



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Рахмановский пер., д.3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994
Тел.: +7 (495) 628-44-53, факс: +7 (495) 628-50-58

Руководителям органов государственной
власти субъектов Российской Федерации
в сфере охраны здоровья

06.07.2026 № 17-6/И/2-12470

На № _____ от _____

В целях реализации мероприятий, предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России разработало и утвердило методические рекомендации по следующим школам:

Школа для больных с хронической обструктивной болезнью легких;

Школа для больных с артериальной гипертензией;

Школа для больных с бронхиальной астмой;

Школа для больных с ишемической болезнью сердца и перенесших острый инфаркт миокарда;

Школа для больных с сердечной недостаточностью;

Школа для больных с фибрилляцией предсердий;

Школа для больных с хронической болезнью почек;

Школа для больных с хроническим гастритом и язвенной болезнью;

Школа для пациентов с избыточной массой тела и ожирением;

Школа здорового образа жизни.

Министерство здравоохранения Российской Федерации с целью организации в субъектах Российской Федерации школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями направляем выше перечисленные методические рекомендации.

Приложение: на 250 л. в 1 экз.

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,
хранится в системе электронного документооборота
Министерства Здравоохранения
Российской Федерации.

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 595937199EF587A8103F104AA3D46C4A
Кому выдан: Камкин Евгений Геннадьевич
Действителен: с 20.08.2025 до 13.11.2026

Е.Г. Камкин

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ШКОЛА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Москва – 2025

Организация-разработчик: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России

Авторы: Драпкина О.М., Авдеев С.Н., Камкин Е.Г., Каракулина Е.В., Дроздова Л.Ю., Смирнова М.И., Калинина А.М., Никитина Л.Ю., Шепель Р.Н., Жарова М.Е.

Рецензенты:

Гордеев И.Г. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии имени академика П.Е.Лукомского Института клинической медицины ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России

Джигоева О.Н. – д.м.н., руководитель лаборатории кардиовизуализации, вегетативной регуляции и сомнологии, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, директор института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Для цитирования:

Аннотация

Хроническая обструктивная болезнь легких занимает ведущее место среди хронических заболеваний органов дыхания. Данное заболевание ассоциировано с развитием тяжелых осложнений, включая дыхательную недостаточность и формирование бронхоэктазов, а также сопровождается значительным снижением качества жизни пациентов. Обучение в школах для больных с хронической обструктивной болезнью легких способствует повышению осведомленности пациентов о своем заболевании, профилактике факторов риска и обострений, правильной технике использования ингаляторов и навыкам самоконтроля.

Методические рекомендации по организации и проведению школы для больных с хронической обструктивной болезнью легких содержат общую информацию о заболевании, об организации и проведении школы для больных с хронической обструктивной болезнью легких, рекомендуемые темы и содержание занятий, тесты для оценки знаний пациентов.

Методические рекомендации предназначены для специалистов, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по специальности "Лечебное дело" или "Сестринское дело" и врачей-специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, участвующих в проведении школ здоровья.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, школа здоровья, методические рекомендации, обучение пациентов, профилактика, первичная медико-санитарная помощь

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (протокол № 7 от 16.09.2025 г.).

© ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Авторский коллектив:

Драпкина Оксана Михайловна – директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, заведующая кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России.

Авдеев Сергей Николаевич – директор клиники пульмонологии и респираторной медицины ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), академик РАН, д.м.н., профессор, главный внештатный специалист пульмонолог Минздрава России, заведующий кафедрой пульмонологии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Камкин Евгений Геннадьевич – заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации

Каракулина Екатерина Валерьевна – директор департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации

Дроздова Любовь Юрьевна – руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н., главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России.

Смирнова Марина Игоревна – руководитель лаборатории профилактики хронических болезней органов дыхания отдела первичной профилактики ХНИЗ в системе здравоохранения, эксперт отдела мониторинга качества медицинской помощи Центра организационно-методического управления и анализа качества оказания медицинской помощи в регионах ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Калинина Анна Михайловна – главный научный сотрудник, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации.

Никитина Лидия Юрьевна – врач-методист отдела анализа кадровой политики и мониторинга организации медицинской помощи Национального медицинского исследовательского центра по профилю «пульмонология» ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), д.м.н.

Шепель Руслан Николаевич – заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н., главный внештатный специалист по терапии Минздрава России в Центральном федеральном округе, доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России.

Жарова Мария Евгеньевна – эксперт отдела организации медицинской помощи Центра организационно-методического управления и анализа качества оказания медицинской помощи,

врач-гастроэнтеролог ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Оглавление

Авторский коллектив:.....	3
СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ	6
1. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ	7
2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	8
3. НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ, ИНЫЕ ДОКУМЕНТЫ	8
4. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	11
5. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	11
5.1. Целевая группа пациентов	11
5.2. Типовая программа обучения пациентов	12
5.3. Рекомендуемая структура и штатное расписание	22
5.4. Рекомендации по техническому оснащению и характеристикам кабинета/зала	22
6. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	23
6.1. Факторы, влияющие на результативность школы для больных с хронической обструктивной болезнью легких	23
7. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	24
Список литературы	28

СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

БИПАП (BIPAP)	– портативное оборудование, обеспечивающее двухуровневое положительное давление в дыхательных путях (Bi-level Positive Airway Pressure)
ГКС	– глюкокортикостероиды
ГЭРБ	– гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ДАИ	– дозированный аэрозольный ингалятор
ДДАХ	– длительнодействующие антихолинергики
ДДБА	– длительнодействующие β_2 -агонисты
ДДБД	– длительно действующие бронходилататоры
ДОГВН	– диспансеризация определенных групп взрослого населения
ДПИ	– дозированный порошковый ингалятор
ИГКС	– ингаляционные глюкокортикостероиды
КДАХ	– короткодействующие антихолинергические средства
КДБА	– короткодействующие β_2 -агонисты
ЛФК	– лечебная физическая культура
МКБ-10	– Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ОАС	– обструктивное апноэ сна
ОРИ	– острые респираторные инфекции
ПМО	– профилактические медицинские осмотры
ПМСП	– первичная медико-санитарная помощь
СД	– сахарный диабет
СИЗ	– средства индивидуальной защиты
СИПАП (CPAP)	– портативное оборудование, обеспечивающее постоянное положительное давление в дыхательных путях (Continuous Positive Airway Pressure)
ССЗ	– сердечно-сосудистые заболевания
ХОБЛ	– хроническая обструктивная болезнь легких
ЧСС	– частота сердечных сокращений
GOLD	– Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни лёгких (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease)
PaO_2	– парциальное напряжение кислорода в артериальной крови
SpO_2	– насыщение гемоглобина кислородом по данным пульсоксиметрии

1. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – гетерогенное состояние легких, характеризующееся хроническими респираторными симптомами (одышка, кашель, отхождение мокроты) и обострениями из-за поражения дыхательных путей (бронхит, бронхиолит) и/или альвеол (эмфизема), которое вызывает персистирующее, часто – прогрессирующее, ограничение воздушного потока^{1,2}.

ХОБЛ занимает третье-четвертое место среди ведущих причин смерти в мире³[1]. Течение ХОБЛ при сохранении факторов риска, частых или тяжелых обострениях, является неуклонно прогрессирующим. Данное заболевание ассоциировано с развитием тяжелых осложнений, включая дыхательную недостаточность и формирование бронхоэктазов, а также сопровождается значительным снижением качества жизни пациентов. Кроме того, ХОБЛ ассоциирована с существенными экономическими затратами и психологической нагрузкой как для пациентов, так и для их семей, одновременно создавая давление на ресурсы системы здравоохранения. Дополнительным фактором, усугубляющим бремя болезни, является повышенный риск развития у данной категории больных сопутствующих заболеваний с неблагоприятным прогнозом. Например, у больных ХОБЛ в среднем в два-три раза выше риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и осложнений, чем у лиц сопоставимого возраста в общей популяции, повышен риск рака легких, сахарного диабета (СД), остеопороза и др. болезней. Обострения и коморбидные состояния являются неотъемлемой частью ХОБЛ и вносят значительный вклад в клиническую картину, прогноз и продолжительность жизни^{2,3} [1–4].

В Российской Федерации по данным формы федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» за 2024 г. распространенность ХОБЛ (J44) среди взрослого населения составила 704,4 человека на 100 тыс. взрослого населения, включая 79,8 человек на 100 тыс. с впервые в жизни установленным заболеванием. За 2021-2024 гг. отмечается увеличение числа лиц старше 18 лет, состоящих на диспансерном наблюдении с этой нозологией: 597 544 – в 2021 г., 621 269 – в 2022 г., 640 803 – в 2023 г., 656 138 – в 2024 г. (прирост показателя к 2024 г. относительно 2023 г. составил 2,4%). В структуре причин смерти от болезней органов дыхания в Российской Федерации ХОБЛ занимает лидирующую позицию, сопоставимую со смертностью от пневмоний – до 19–20 случаев на 100 тыс. населения [5,6]. Необходимо отметить, что значительная доля пациентов с ХОБЛ умирает от ССЗ (от 16% до 50% разных возрастных групп; это – инфаркт миокарда, инсульт, сердечная недостаточность), рака легких (до 25%) и других болезней, вероятность которых существенно ниже при надежной профилактике факторов риска и своевременной медикаментозной терапии, хирургических вмешательств, респираторной

¹ Клинические рекомендации «Хроническая обструктивная болезнь легких». 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/603_3 (дата обращения – 24.07.2025).

² Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2025 https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2024/11/GOLD-2025-Report-v1.0-15Nov2024_WMV.pdf (дата обращения – 24.07.2025).

³ Всемирная Организация Здравоохранения. Хроническая обструктивная болезнь легких. [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructivepulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructivepulmonary-disease-(copd)) (дата обращения – 24.07.2025).

поддержке^{1,2,4,5,6,7}[7–14]. Крупные исследования показали снижение не только респираторной, но и сердечно-сосудистой смертности пациентов с ХОБЛ при определенной ингаляционной терапии, вакцинопрофилактике респираторных инфекций, применении реабилитации и респираторной поддержки у больных с осложненным течением ХОБЛ².

Профилактические медицинские осмотры (ПМО) и диспансеризация определенных групп взрослого населения (ДОГВН)⁸ помогают выявлять группы риска развития ХОБЛ (курильщики, лиц с хроническим бронхитом, профессиональными и производственными факторами риска и др.), а также больных ХОБЛ. После установления диагноза (J44.0, J44.8, J44.9 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)) пациенты подлежат диспансерному наблюдению у врача-терапевта в соответствии с Порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденным приказом Минздрава России от 15.03.2022 №168н⁹. Важным элементом диспансерного наблюдения является обучение пациентов в школах здоровья¹ [2,4,5].

Обучение в школах здоровья способствует повышению осведомленности пациентов о своем заболевании, профилактике факторов риска и обострений, правильной технике использования ингаляторов и навыкам самоконтроля [15–20]. Улучшение понимания болезни, подходов к лечению и профилактике факторов риска приводит к повышению приверженности к рекомендациям врача и снижению риска тяжелых обострений, прогрессирования ХОБЛ. Борьба с курением – главным фактором риска ХОБЛ – помогает снизить сердечно-сосудистый риск, риск развития рака легких, других заболеваний [7–14]. Образовательные программы для пациентов с ХОБЛ повышают качество их жизни, способствуют профилактике факторов риска, сохранению физической активности и улучшению прогноза [15,16,21–24]. Кроме того, у пациентов отмечается снижение уровня тревоги и депрессии, что благоприятно сказывается на общем состоянии [15,25–27]. Ряд исследований показывает, что участие в школах здоровья сокращает количество внеплановых обращений к врачам-терапевтам ПМСП и потребность в оказании медицинской помощи в экстренной [16,28]. Это дополнительно позволяет оптимизировать расходы на здравоохранение.

Разработанные методические рекомендации направлены на стандартизацию работы школ для больных с ХОБЛ. Единые подходы к обучению позволят повысить эффективность профилактических мероприятий.

2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Врач-терапевт – врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в случае возложения отдельных функций лечащего врача

⁴ Клинические рекомендации «Стабильная ишемическая болезнь сердца». 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/155_2 (дата обращения – 24.07.2025).

⁵ Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака». 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/814_1 (дата обращения – 24.07.2025).

⁶ Клинические рекомендации «Хроническая сердечная недостаточность». 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/156_2 (дата обращения – 24.07.2025).

⁷ Клинические рекомендации «Злокачественное новообразование бронхов и легких». 2022. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/30_4 (дата обращения – 24.07.2025).

⁸ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» <https://base.garant.ru/401414440/> (дата обращения – 24.07.2025).

⁹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» <https://base.garant.ru/404523658/> (дата обращения – 24.07.2025).

по непосредственному оказанию медицинской помощи, в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 27.03.2025 № 155н¹⁰ (для целей настоящих методических рекомендаций).

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение¹¹.

Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности¹¹.

Профилактика – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания¹¹.

Школа для больных с хронической обструктивной болезнью легких (далее – Школа ХОБЛ) – организационная форма группового профилактического консультирования (гигиенического обучения и воспитания – по МКБ-10 в классе XXI, Z70-76), являющаяся медицинской услугой, оказываемой пациентам с ХОБЛ в амбулаторных условиях.

3. НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ, ИНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»
- Приказ Минздрава России от 19.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми»

¹⁰ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации 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». <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202504140028> (дата обращения – 21.08.2025).

¹¹ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». СПС «Консультант Плюс» (дата обращения – 21.08.2025).

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.10.2020 № 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 916н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология»»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.03.2022 № 151н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при хронической обструктивной болезни легких (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)»
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21.03.2017 № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 475н «Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра/медицинский брат»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 19.03.2019 № 154н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-пульмонолог»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.03.2025 № 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»
- Клинические рекомендации «Хроническая обструктивная болезнь легких», 2024, (https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/603_3).

4. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Школы ХОБЛ организуются в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП).

Цель организации Школы ХОБЛ — совершенствование и оптимизация профилактических мероприятий при оказании ПМСП населению, в частности пациентам с ХОБЛ, включая увеличение охвата целевых групп и доступности профилактической медицинской помощи.

Задачи:

- повышение информированности пациентов о заболевании, факторах риска осложнений, обострений и прогрессирования ХОБЛ;
- обучение пациентов профилактике индивидуальных факторов риска прогрессирования, обострения и осложнений ХОБЛ;
- формирование правильных навыков по применению технических средств для лечения и контроля ХОБЛ;
- повышение приверженности лечению и диспансерному наблюдению.

5. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Решение об организации Школы ХОБЛ принимается на основании объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности, половозрастного состава обслуживаемого населения, показателей уровня и структуры заболеваемости и смертности населения, других показателей, характеризующих здоровье населения, и с учетом рекомендуемых штатных нормативов медицинской организации, оказывающей ПМСП, или ее структурного подразделения¹².

Организация Школы ХОБЛ регламентируется приказом руководителя медицинской организации, в котором отражены ФИО ответственного за организацию и проведение Школы ХОБЛ, перечень (ФИО, должность) медицинских и иных работников медицинской организации, участвующих в проведении Школы ХОБЛ, график работы, форматы работы, численность пациентов в группе, программа обучения и иная дополнительная информация о Школе ХОБЛ на усмотрение руководителя медицинской организации.

Целесообразно вести журнал учета посещений занятий в Школе ХОБЛ на бумажном носителе или в электронном виде, в том числе в медицинской информационной системе, с формированием соответствующей отчетности, с указанием ФИО пациентов и ФИО, должности/ей специалиста/-ов, проводивших занятия.

Программа обучения включает **5 тематических занятий**, проводимых в очном формате или с применением телемедицинских технологий¹³. Каждое занятие продолжается **60 минут**,

¹² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202506020016> (дата обращения – 21.08.2025).

¹³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202505150033> (дата обращения – 21.08.2025).

включает теоретическую и практическую части (в том числе обсуждение). Все занятия хронометрированы.

Численность пациентов в группе **20 человек**. Целевые группы пациентов представлены в пункте 5.1. Группы пациентов формируются до начала обучения, в процессе обучения не рекомендуется присоединение новых пациентов.

Рекомендуемая периодичность направления пациента в Школу ХОБЛ не реже 1 раза в год (при необходимости – чаще).

Во время обучения пациенты обеспечиваются необходимыми информационными материалами (программа обучения, дневник пациента и др.). Программа обучения разрабатывается на основе типовой программы обучения пациентов в соответствии с пунктом 5.2.

5.1. Целевая группа пациентов

В группу обучения включаются пациенты с установленным диагнозом ХОБЛ (в том числе с впервые в жизни установленным диагнозом ХОБЛ; J44.0, J44.8, J44.9 по МКБ-10), находящиеся под диспансерным наблюдением у врача-терапевта, по направлению врача-терапевта.

Не привлекаются к занятиям в Школе ХОБЛ пациенты с выраженным нарушением когнитивных функций, наличием клинически значимых острых заболеваний или хронических заболеваний в стадии обострения.

Для немобильных или маломобильных пациентов с ХОБЛ возможна организация проведения Школ ХОБЛ на дому с привлечением законных представителей (опекунов, родственников) при необходимости.

5.2. Типовая программа обучения пациентов

Занятие 1. Что такое хроническая обструктивная болезнь легких и ее факторы риска. Многофакторная профилактика обострений хронической обструктивной болезни легких. Исключение курения любого вида – один из главных принципов профилактики прогрессирования хронической обструктивной болезни легких!

Занятие 2. Самостоятельный контроль здоровья при хронической обструктивной болезни легких. Оценка симптомов. Пульсоксиметрия.

Занятие 3. Медикаментозное лечение хронической обструктивной болезни легких и правильная техника ингаляций.

Занятие 4. Физическая активность, дыхательные упражнения и тренировки. Правильное питание и здоровье желудочно-кишечного тракта.

Занятие 5. Ваши действия при ухудшении самочувствия. Когда назначается кислородотерапия и помощь дыханию во время сна? Закрепление практических навыков.

Скачать полезные материалы, а также ознакомиться с информацией о заболевании можно на сайте:



**Занятие 1. Что такое хроническая обструктивная болезнь легких и ее факторы риска.
Многофакторная профилактика обострений хронической обструктивной болезни легких.**

**Исключение курения любого вида – один из главных принципов профилактики
прогрессирования хронической обструктивной болезни легких!**

Цели:

- предоставить пациентам информацию о ХОБЛ, ее проявлениях, последствиях, причинах обострений и прогрессирования
- научить пациентов распознавать и предотвращать причины обострений ХОБЛ, сформировать представление о многофакторной профилактике
- сформировать у пациентов с ХОБЛ осознанную мотивацию к отказу от курения, углубить понимание вреда табака и рассказать о доступных методах преодоления никотиновой зависимости, включая психологическую помощь и медикаментозную терапию

Задачи:

- Дать определение ХОБЛ и охарактеризовать ключевые факторы риска, патогенетические механизмы развития ХОБЛ, а также ее взаимосвязь с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и острыми респираторными инфекциями (ОРИ).
- Научить распознавать ключевые симптомы заболевания
- Объяснить последствия неконтролируемого течения ХОБЛ и доказать эффективность профилактики в снижении бремени болезни и коморбидности
- Рассказать об основных причинах обострений (ОРИ, курение, загрязнение воздуха в помещении или на улице, ГЭРБ и др.) и прогрессирования ХОБЛ
- Научить базовым принципам профилактики: отказ от курения, соблюдение режима ингаляционной терапии, гигиенических норм, вакцинация, применение средств индивидуальной защиты (СИЗ) и др.
- Сформировать осознанное отношение к выполнению рекомендаций лечащего врача и диспансерному наблюдению, продемонстрировав клинические примеры о влиянии профилактики на течение ХОБЛ
- Охарактеризовать негативное влияние всех форм курения (включая электронные сигареты, кальян, вейпы и пассивное курение) на прогрессирование ХОБЛ, развитие ССЗ, онкологических заболеваний респираторной системы и остеопороза, а также рассказать о современных методах отказа от курения (фармакологических и поведенческих)
- Продемонстрировать клинически значимые эффекты прекращения курения, подкрепив их статистическими данными и клиническими примерами

Содержание занятия:

Входное тестирование знаний.

Теоретическая часть

Занятие начинается с определения ХОБЛ, разъяснения её стадий и степеней тяжести, а также особенностей течения заболевания в зависимости от наличия факторов риска. Особое внимание уделяется причинам развития болезни: курение, производственные факторы, загрязнение окружающей среды, ОРИ. Объясняется, что основой развития ХОБЛ являются локальное воспаление и ремоделирование дыхательных путей, нарушение вентиляции лёгких, системное воспаление и формирование сопутствующих заболеваний (ССЗ, СД, остеопороз, др.)

Пациенты знакомятся с клиническими проявлениями болезни: одышкой, кашлем, выделением мокроты, снижением переносимости физической нагрузки, а также частыми ОРИ.

Подчёркивается, что ХОБЛ нередко приводит к развитию осложнений, включая эмфизему, дыхательную недостаточность, бронхоэктазы, лёгочную гипертензию и ССЗ. Важно, чтобы пациент понимал не только суть симптомов, но и их долгосрочные последствия.

Преподаватель объясняет, что такое обострение ХОБЛ: усиление одышки и/или кашля с мокротой, ухудшающееся в течение ≤ 14 дней, которое может сопровождаться тахипноэ и/или тахикардией, часто связано с усилением местного и системного воспаления, вызванного инфекцией дыхательных путей, поллютантами или другими повреждениями воздухоносной системы; к чему может привести обострение ХОБЛ: снижение функции лёгких, ухудшение качества жизни, развитие осложнений, госпитализация и др.

Обсуждаются факторы, провоцирующие обострения: курение, нерегулярная ингаляционная терапия основными препаратами для лечения ХОБЛ, вирусные и бактериальные инфекции, загрязнённый воздух (пыль, химикаты), нарушение дыхания во сне, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, обострение сопутствующих заболеваний, в частности сердечной недостаточности. Особое внимание уделяется курению — как основной причине прогрессирования и обострения ХОБЛ, а также профилактике респираторных инфекций. Слушателям демонстрируются иллюстрации воздействия табачного дыма и мелких частиц на легочную ткань (видеоролики/схемы/макеты).

Далее рассматриваются меры профилактики обострений: стойкий отказ от курения, регулярный приём ингаляционной терапии основными препаратами, вакцинация от гриппа, пневмококка и других инфекций в соответствии с национальным календарем профилактических прививок¹⁴, соблюдение гигиенических правил, проветривание, очищение и увлажнение (при необходимости) воздуха в помещении, использование СИЗ при загрязнении воздуха, регулярная физическая активность.

В период роста заболеваемости сезонными ОРИ рекомендуется соблюдение дополнительных мер предосторожности: использование СИЗ в местах массового скопления людей, следование правилам гигиены, а также применение методов профилактики ОРИ. Разработка письменного плана действий на случай обострения ХОБЛ.

Повысить приверженность пациентов к соблюдению врачебных рекомендаций и диспансерному наблюдению путем демонстрации клинических случаев, иллюстрирующих эффективность профилактических мер в контроле ХОБЛ.

Разъяснить, что курение не только вызывает ХОБЛ, но и ускоряет её прогрессирование, провоцирует обострения, а также повышает риск ССЗ и онкологии – не только рака лёгких, но и других органов, включая желудок, кишечник и др. Курение вызывает хроническое воспаление бронхов, сужение просвета дыхательных путей, ускоряет разрушение легочной ткани (эмфизему). Акцентировать внимание, что вейпы и электронные сигареты, сигары также содержат токсические вещества и не безопасны. Пассивное курение тоже усиливает симптомы.

Рассказать о современных методах отказа от курения:

- мотивационное консультирование: обсуждение личных причин бросить, готовность к изменениям;
- поведенческая терапия: работа с «триггерами», стресс-менеджмент, новые привычки;

¹⁴Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2021 г. № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" (с изменениями и дополнениями) <https://base.garant.ru/403258640/> (дата обращения 04.07.2025)

- фармакотерапия: никотинзаместительная терапия (жевательные резинки, пластыри);
- группы поддержки, горячие линии, онлайн-программы;

Ознакомить пациента с доступными ресурсами для отказа от курения, включая:

- центры здоровья;
- онлайн-ресурсы (<https://www.takzdorovo.ru/>);
- мобильные приложения;
- видеоматериалы.

Практическая часть

Пациентам предлагается пройти тест на уровень никотиновой зависимости (тест Фагерстрёма). После этого проводится обсуждение в формате открытого диалога: «Почему я курю?» и «Что мешает бросить?». Такой подход позволяет выявить личные мотивации и барьеры, связанные с отказом от курения, и помогает пациенту осознать собственные установки. Следующим шагом является составление личного плана отказа от курения. Даже если пациент пока не готов к немедленному отказу, формулирование плана «на будущее» закладывает основу для постепенной работы в этом направлении.

Далее пациента просят составить список индивидуальных факторов риска, возможных причин обострения, а также отметить, какие меры профилактики он уже применяет и какие ещё следовало бы внедрить. Обсуждаются действия, которые пациент предпримет в случае возникновения трудностей с выполнением профилактических мер.

Занятие 2. Самостоятельный контроль здоровья при хронической обструктивной болезни легких. Оценка симптомов. Пульсоксиметрия

Цель: научить пациентов с ХОБЛ контролировать свое состояние, правильно пользоваться пульсоксиметром и другими доступными методами самоконтроля, выявлять ранние признаки обострения. Повысить вовлеченность пациента в процесс управления заболеванием.

Задачи:

- Объяснить важность оценки выраженности симптомов ХОБЛ
- Познакомить с базовыми методами самоконтроля: ведение дневника пациента, пульсоксиметрия, измерение артериального давления, план вакцинопрофилактики.
- Научить правильно пользоваться пульсоксиметром, интерпретировать значения SpO_2 .
- Научить пациентов распознавать тревожные признаки, включая признаки обострения, использовать план самоведения при возникновении необходимости обращаться за медицинской помощью.
- Повысить мотивацию к регулярному ведению дневника пациента.

Содержание занятия:

Теоретическая часть

Закрепление знаний о том, что ХОБЛ — это хроническое прогрессирующее заболевание с периодами ремиссии и обострений, течение которого ухудшается при сохранении факторов риска, таких как курение и других (см. занятие 1). Основной задачей является профилактика обострений, в особенности тяжёлых, и максимальное продление периодов ремиссии за счёт формирования у пациента понимания собственной активной роли в процессе лечения хронической обструктивной болезни лёгких. Надёжный самоконтроль позволяет предотвращать развитие обострений, выявлять их на ранних стадиях, своевременно вносить коррективы в лечение.

Обосновать необходимость регулярного заполнения дневника пациента как инструмента мониторинга состояния. Показать пример дневника пациента и рассказать, как правильно его заполнять: дозировка и время приема основных препаратов для лечения ХОБЛ, субъективные симптомы (одышка, кашель, характер мокроты), объективные показатели (SpO_2 , артериальное давление), регулярность физической активности, прием препаратов для купирования симптомов, для пациентов с дыхательной недостаточностью применение кислородотерапии, для пациентов с ОАС и другими нарушениями дыхания во сне – СИПАП/БИПАП. Как выявить тревожные изменения (например, снижение SpO_2 , усиление кашля, появление гнойной мокроты, повышение температуры тела).

Рассказать, что такое SpO_2 и частота пульса, целевые значения SpO_2 и пульса, показатели при которых нужно обратиться к врачу. Продемонстрировать, как правильно использовать пульсоксиметр: перед использованием прибора внимательно изучите инструкцию к нему, наденьте пульсоксиметр на палец (руки должны быть теплые), включите прибор, держите руку низко, без напряжения, не стягивайте ее часами, одеждой, не задерживайте дыхание, дождитесь отображения результатов на экране, если результат ниже значений, указанных врачом, повторите измерение. Обратить внимание на то, что у пациентов с аритмией частота пульса может быть ниже ЧСС.

Правила измерения артериального давления¹⁵. Целевые значения артериального давления, при каких показателях нужно обратиться к врачу. Как правильно измерять артериальное давление. Рассказать о частых ошибках измерения АД: манжета поверх одежды, разговор или движение во время измерения, скрещенные ноги, измерение сразу после еды. Правила ведения дневника артериального давления.

Практическая часть

Каждый пациент самостоятельно измеряет сатурацию, ЧСС и АД под наблюдением преподавателя школы. Совместное заполнение страницы дневника. Приоритетной задачей является достижение корректного выполнения измерений каждым пациентом, а также формирование у него полного понимания техники проведения данных манипуляций.

Занятие 3. Медикаментозное лечение хронической обструктивной болезни легких и правильная техника ингаляций

Цель: повысить осведомленность пациентов о принципах ингаляционной терапии и другого медикаментозного лечения ХОБЛ, вкладе правильного выполнения ингаляций в успех лечения.

Задачи:

- научить различать основные группы препаратов, понимать цели и принципы их назначения
- обучить принципам использования различных ингаляционных устройств
- стимулировать устойчивую приверженность к оптимальной терапии, продемонстрировав 2-3 клинических случая для наглядности
- акцентировать внимание на необходимости регулярного диспансерного наблюдения для своевременной коррекции терапии, внеочередных визитов при ухудшении самочувствия и сразу после обострений.

Содержание занятия:

Теоретическая часть

¹⁵ Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых». 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/62_3 (дата обращения 10.07.2025)

Краткий обзор основных целей лечения ХОБЛ: уменьшение симптомов, предотвращение обострений, повышение качества жизни, замедление прогрессирования заболевания.

Обзор групп лекарственных средств, применяемых при ХОБЛ:

Основные препараты	Монопрепараты: Бронхолитики длительного действия	ДДМХ	Тиотропий, Гликопирроний, Аclidиний, Умеклидиний
		ДДБА	Формотерол, Индакатерол, Салметерол, Олодатерол
	Двойные фиксированные комбинации бронходилататоров длительного действия	ДДМХ+ ДДБА	Гликопирроний + Формотерол Аclidиний + Формотерол Гликопирроний + Индакатерол Тиотропий + Олодатерол Умеклидиний + Вилантерол
	Тройные фиксированные комбинации бронхолитиков длительного действия	ИГКС+ ДДМХ+ ДДБА	Будесонид + Гликопирроний + Формотерол Беклометазон + Гликопирроний + Формотерол Мометазон + Гликопирроний + Индакатерол Флутиказон + Умеклидиний + Вилантерол
Препараты для купирования симптомов	Бронхолитики короткого действия, в т.ч. их комбинации	КДБА	Сальбутамол, Фенотерол
		КДМХ	Ипратропия бромид
		КДМХ+ КДБА	Ипратропий+Фенотерол

Пациентам кратко объясняется принцип выбора и действия препаратов, назначаемых вне обострения и при обострении, демонстрируется эффект бронходилатации.

Особое внимание уделяется ингаляционной терапии как главной форме введения препаратов при лечении ХОБЛ. Обсуждаются:

- типы ингаляторов (дозированные аэрозольные ингаляторы, дозированные порошковые, ингаляторы «мягкого тумана», компрессорные и меш-небулайзеры);
- важность соблюдения режима ингаляционной терапии: обязательное применение основных препаратов утром после пробуждения, при необходимости вечерний прием для купирования симптомов (с учетом клинической картины), обращение за медицинской помощью при увеличении потребности в дополнительных ингаляциях и снижении эффективности стандартной терапии;
- важность правильной техники ингаляции (необходимость обеспечить попадание препарата в периферические отделы дыхательных путей);
- соблюдение правил применения ингаляторов в соответствии с инструкцией;
- ошибки при использовании устройств;
- необходимость ополаскивания ротовой полости после ингаляций препаратов.

Практическая часть

Пациенты знакомятся с различными техническими устройствами, отрабатывают технику использования ингаляторов на моделях/своих ингаляторах/производится демонстрация видеоматериалов.

Дополнительно обсуждаются: важность регулярного приёма препаратов, даже при хорошем самочувствии; когда и как применять препараты короткого действия для купирования симптомов, когда применять муколитики; ведение дневника пациента.

Занятие 4. Физическая активность, дыхательные упражнения и тренировки. Правильное питание и здоровье желудочно-кишечного тракта

Цель:

- сформировать у пациентов с ХОБЛ понимание важности регулярной физической активности и дыхательной гимнастики как неотъемлемой части немедикаментозного лечения. Продемонстрировать правильную технику физических упражнений для улучшения переносимости нагрузки, уменьшения одышки и улучшения общего самочувствия.
- сформировать у пациентов понимание роли питания в контроле общего состояния здоровья, работы дыхательной и пищеварительной систем, профилактике ожирения и кахексии (истощения), обострения ГЭРБ, метеоризма и запоров, влияющих на симптомы ХОБЛ.

Задачи:

- Объяснить влияние регулярной физической активности на функцию лёгких, сердечно-сосудистую систему и качество жизни
- Продемонстрировать выполнение общих физических, дыхательных и дренирующих упражнений
 - Ознакомить с возможностями использования дыхательных тренажёров
 - Разъяснить значение регулярной физической активности, программ тренировок и физической реабилитации, мотивировать к их ежедневному выполнению как элементу самопомощи
- Объяснить роль питания в поддержании общего состояния пациентов с ХОБЛ
- Познакомить с особенностями рациона при частых обострениях, ожирении, снижении массы тела, нарушениях стула, метеоризме и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
 - Разъяснить значение витамина Д и принципы профилактики его дефицита
 - Дать практические рекомендации по коррекции рациона и обозначить дальнейшие шаги по модификации питания, включая маршрутизацию для получения специализированной помощи

Содержание занятия:

Теоретическая часть

Рассказать, почему регулярная физическая активность важна при ХОБЛ (малоподвижный образ жизни усугубляет одышку, слабость, снижает жизненную ёмкость лёгких, сердечный выброс, иммунитет). Объяснить, что регулярные упражнения улучшают вентиляцию лёгких, повышают выносливость, замедляют прогрессирование заболевания, снижают риск развития респираторных инфекций, ССЗ.

Далее разбираются принципы безопасной физической активности при ХОБЛ: подбор интенсивности (ориентир — лёгкая/умеренная нагрузка, при которой пациент может говорить); постепенное увеличение продолжительности; предпочтение аэробным упражнениям (ходьба, медленный бег, велосипед в т.ч. «ручной»); регулярность занятий; использование пульсоксиметра для мониторинга SpO₂ и пульса. Для пациентов с выраженной дыхательной недостаточностью упражнения проводятся с применением непрерывной кислородотерапии и удержанием SpO₂ в целевом диапазоне.

Преподаватель демонстрирует пациентам простые упражнения лечебной физкультуры (ЛФК): разминка, упражнения на растяжку и дыхание, упражнения на укрепление мышц ног, рук и грудной клетки, ходьба на месте, элементы дыхательной гимнастики.

Практическая часть включает демонстрацию простого комплекса упражнений с участием пациентов. Объясняется, как адаптировать занятия под уровень физической подготовки и как реагировать при появлении симптомов (одышка, головокружение, кашель и др.). Упражнения могут быть выполнены стоя, сидя или лежа в зависимости от состояния пациента.

Пациентам выдается памятка с комплексом упражнений, рекомендованных для домашнего выполнения. В качестве домашнего задания — вести дневник физической активности и отметить контролируемые показатели АД, пульс, SpO₂ до и после занятий.

Основное внимание уделяется обучению простым, но эффективным дыхательным техникам, которые пациенты могут применять самостоятельно: техника «губного выдоха», позиционное дыхание, тренировка дыхательной мускулатуры, применение дыхательных тренажеров и др. Отмечается, что упражнения небольшой интенсивности могут выполняться при тяжелом течении ХОБЛ в положении лежа, сидя на стуле с кислородной поддержкой.

При наличии потребности у группы, рекомендуется включить специальный раздел, посвященный методам улучшения отхождения мокроты (экспекторации). В данном разделе необходимо разъяснить основные техники эффективного откашливания, продемонстрировать методики кинезиотерапии, дренажные положения тела, перкуссионный массаж грудной клетки и использование современных вибрационно-компрессионных устройств (специальных жилетов). Важно обеспечить наглядные демонстрации каждого метода, в том числе с помощью видеоматериала.

Обсуждается, как питание, здоровье ЖКТ и вес влияют на течение ХОБЛ. Объясняется, что пациенты с ХОБЛ часто испытывают энергетический дефицит из-за повышенных затрат на дыхание, кашель, продукцию мокроты, сниженного аппетита, дыхательной недостаточности, усиливающейся при ОРВИ. Это может приводить к астении, саркопении, снижению иммунорезистентности и эффективности лечения.

Рассматриваются основные принципы питания при ХОБЛ: достаточное потребление белка, овощей и фруктов, энергетическая ценность рациона, предпочтение ненасыщенным жирам и медленным углеводам, достаточное потребление продуктов богатых витаминами и микроэлементами.

Особое внимание уделяется питанию при частых обострениях и дефиците массы тела: рекомендации по дробному питанию 5–6 раз в день, выбор легкоусвояемых, но калорийных продуктов. При избыточной массе — акцент на белки и овощи с минимизацией сахара и обработанных жиров, увеличении физической активности.

Рассказать, что ГЭРБ может спровоцировать обострение ХОБЛ или поддерживать респираторные симптомы. Основные немедикаментозные и медикаментозные меры профилактики и лечения ГЭРБ.

Рассказать о профилактике запоров и метеоризма: увеличение количества пищевых волокон — овощи, фрукты, отруби, норма 25-30 г в сутки. Достаточное потребление жидкости.

При необходимости дать рекомендации по маршрутизации для получения соответствующей медицинской помощи и ссылки на полезные материалы.

Практическая часть

Ознакомление с техникой дыхания с инструктором, совместное выполнение упражнений и обсуждение ощущений. Разбираются ситуации, в которых эти техники особенно полезны (на фоне стресса, физической нагрузки, начинающейся одышки).

В завершение пациенты получают памятку с описанием упражнений и список дополнительных ресурсов (ссылки). Домашнее задание — выбрать 2–3 несложных упражнения и выполнять их ежедневно, фиксируя самочувствие в дневнике.

Пациентам предлагается оценить собственный вес и рацион на соответствие обсужденным на занятии критериям. На основе проведенной оценки предоставляются индивидуальные рекомендации по оптимизации пищевого рациона. Для облегчения данной задачи пациентам выдаются стандартизированные шаблоны или информационные памятки, содержащие перечень продуктов, рекомендованных к употреблению при ХОБЛ.

Преподавателю рекомендуется заранее ознакомиться с характеристиками пациентов (ИМТ, наличие СД, ГЭРБ, дефицит витамина Д) и корректировать содержание занятия на основании этих характеристик, уделяя больше времени той проблеме, которая наиболее актуальна.

Занятие 5. Ваши действия при ухудшении самочувствия. Когда назначается кислородотерапия и помощь дыханию во время сна? Закрепление практических навыков

Цель:

- научить пациентов распознавать первые признаки обострения ХОБЛ и сопутствующих заболеваний, понимать алгоритм действий при ухудшении состояния
- познакомить пациентов с показаниями, принципами и правилами проведения длительной кислородотерапии при ХОБЛ. Объяснить роль возможных нарушений дыхания во сне, показания и методы коррекции
- закрепить ключевые практические навыки, полученные на протяжении курса: техника ингаляций, самоконтроль, пульсоксиметрия, измерение АД, физические и дыхательные упражнения, действия при обострении, контроль вакцинопрофилактики респираторных инфекций; для пациентов, нуждающихся в респираторной поддержке, навыки по кислородотерапии, применению оборудования для поддержки дыхания во сне

Задачи:

- Закрепить знания о признаках обострения ХОБЛ, принципах самопомощи и тревожных симптомах, требующих срочной медицинской помощи
- Разъяснить различие между обострением и прогрессированием ХОБЛ, объяснить причины хронической гипоксемии
- Ознакомить с критериями назначения кислородной терапии, её влиянием на прогноз, а также с основными видами дыхательной поддержки во сне (кислородотерапия, СИПАП, БИПАП)
- Научить пациентов и ухаживающих лиц безопасному использованию оборудования для кислородной терапии и идентификации возможных ошибок
- Повторить ключевые навыки: техника ингаляций, самоконтроль (пульсоксиметрия, ЧСС, АД), выполнение физических и дыхательных упражнений, основы респираторной поддержки (при необходимости)
- Провести итоговое тестирование и заполнение вопросника оценки удовлетворенности обучением в школе здоровья

Содержание занятия:

Теоретическая часть

Пациенты знакомятся с признаками обострения (2 и более признаков): усиление одышки, увеличение объема или изменение характера мокроты (стала гнойной), тахикардия, повышение температуры тела (не всегда сопровождает обострение), ухудшение общего самочувствия.

Объясняется, что раннее распознавание обострения и своевременный ответ — ключ к предотвращению госпитализации.

Разбирается алгоритм действий при обострении: оценка состояния (симптомы, SpO_2 , общее самочувствие, отеки), внесение сведений в дневник пациента. Что можно сделать дома самостоятельно (добавление/увеличение дозы быстродействующих бронходилататора/ов, небулайзерная терапия, добавление муколитиков).

Когда необходимо срочно обратиться за медицинской помощью: $SpO_2 < 88\%$ в покое, выраженная одышка, кашель, слабость, лихорадка $> 38,5^\circ C$, отеки и др.

Важно объяснить, что необходимо дифференцировать постепенное ухудшение состояния, связанное с прогрессированием ХОБЛ (более 2-х недель) или присоединением сопутствующих заболеваний, которое проявляется постепенным усилением одышки и/или кашля. Необходимость явки к врачу на прием в рамках диспансерного наблюдения или внеочередной прием при появлении признаков обострения.

Рассказать пациентам, как развивается и проявляется хроническая дыхательная недостаточность, хроническая гипоксемия ($SpO_2 < 88-90\%$), к чему она может привести (лёгочной гипертензии, правожелудочковой сердечной недостаточности, повышенной утомляемости, головной боли, нарушению памяти).

Объяснить, что кислородотерапия у пациентов с хронической дыхательной недостаточностью и устойчивым уровнем $SpO_2 \leq 88\%$ улучшает насыщение крови кислородом, снижает одышку и продлевает жизнь при длительном применении (более 15 часов в сутки).

Рассказать о показаниях к длительной кислородотерапии: $SpO_2 \leq 88\%$ в покое (при двухкратном подтверждении); доказанная гипоксемия по анализу газов артериальной крови ($PaO_2 \leq 55$ мм рт. ст.); наличие признаков лёгочного сердца или выраженной полицитемии в сочетании с уровнем $SpO_2 \leq 89\%$ $PaO_2 = 55-59$; наличие тяжелых нарушений дыхания во сне.

Объяснить, что при ХОБЛ могут наблюдаться нарушения дыхания во сне, и что могут сочетаться несколько заболеваний: ХОБЛ и обструктивное апноэ сна (ОАС) и/или гиповентиляции во сне. Для диагностики нарушений дыхания во время сна применяются следующие методы: ночная пульсоксиметрия, кардиореспираторный ночной мониторинг с капнометрией, полисомнография. Обследование осуществляет специалист по респираторной поддержке или сомнолог.

Разъяснить, что у пациентов без хронической дыхательной недостаточности и нарушений дыхания во сне, снижение SpO_2 может возникнуть при ОРИ, выраженной астении, инсульте и возможно потребуется кислородотерапия или лечение с помощью СИПАП/БИПАП.

Рассказать о методах и приборах респираторной поддержки: концентраторы кислорода, СИПАП/БИПАП и другие портативные устройства. При необходимости проводится обучение пациентов правильной настройке аппаратов и уходу за оборудованием компетентным специалистом.

Донести информацию о правилах безопасности и организации кислородотерапии, типах оборудования: концентраторы кислорода, баллоны, жидкий кислород. Памятка: что нельзя делать (курить, подходить к открытым источникам огня).

Информировать о том, когда обращаться к специалисту по респираторной поддержке для проверки эффективности работы оборудования и его настроек, технического обслуживания, замены расходных материалов.

Пациенты повторяют и отрабатывают практические навыки:

- Ингаляционная терапия: обсуждение и демонстрация правильной техники (ДАИ, ДПИ, небулайзер). Участники по очереди выполняют действия под контролем инструктора.
- Самоконтроль: заполнение дневника пациента, измерение сатурации, пульса и АД. Разбор типичных ошибок. Обсуждение вопросов о физической активности, уточнение техники упражнений, применение дыхательных тренажеров.

В ситуациях, когда пациент испытывает трудности в освоении практических навыков, рекомендуется повторное обучение в школе с привлечением лица, осуществляющего уход за пациентом (например, супруга/супруги, родственника, социального работника и др.).

Важно напомнить пациентам о важности отказа от курения, соблюдения режима ингаляционной терапии, гигиенических норм, вакцинопрофилактики, применении СИЗ, диспансерного наблюдения и возможных повторных курсов обучения.

Практическая часть

Разбор типичных ситуаций при обострении. Демонстрация кислородного концентратора (или видеоролик), если в группе имеются пациенты с нарушением дыхания во сне – демонстрация СИПАП/БИПАП. Объяснение схем подключения, ухода за оборудованием, гигиены носовых канюль, масок. Закрепление практических навыков.

В финале проводится итоговое тестирование знаний и анкетирование для оценки качества Школы ХОБЛ.

5.3. Рекомендуемая структура и штатное расписание

Обучение в школах для пациентов проводят специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по специальности "Лечебное дело" или "Сестринское дело"¹⁶ и врачи-специалисты ПМСП.

5.4. Рекомендации по техническому оснащению и характеристикам кабинета/зала

Необходимо помещение, оборудованное для групповой работы: стулья, столы без тумбочек, рабочее место обучающего (стол, стул, компьютер с выходом в сеть Интернет), доска маркерная (с набором маркеров), шкаф для размещения наглядных пособий, пикфлоуметр, со сменными мундштуками, ростомер, весы напольные, сантиметровая лента, комплекты структурированных программ обучения по темам, демонстрационное оборудование (экран, проектор), комплект систем ингаляционной доставки лекарств, пульсоксиметр, дыхательные тренажеры (флаттер, трешолд, др.), гантели, гимнастическая «палка»), маски, др. СИЗы, вентиляция (системы кондиционирования, дезинфекции и очистки воздуха).

¹⁶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" СПС «Консультант Плюс» (дата обращения 19.09.2025)

Необходимое количество оборудования рассчитывается по потребностям. Площадь помещения определяется из расчета 4 м² на 1 человека¹⁷, но должна составлять не менее 24 м².

6. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Деятельность Школы ХОБЛ обязательно должна быть направлена на решение проблем, наиболее значимых для конкретного контингента пациентов в текущий период времени и обязательно должна преследовать конкретный, видимый результат за относительно небольшой отрезок времени. Правильная подготовка к проведению Школы ХОБЛ, в частности материально-технических и кадровых ресурсов, – важная составляющая успешных результатов.

Медицинские работники Школы ХОБЛ должны научиться работать в команде. Специалисты, не умеющие работать в команде, даже если они имеют более высокую квалификацию по сравнению со сложившейся командой единомышленников, не должны приглашаться для ведения занятий в Школе ХОБЛ.

Вся наглядная продукция, используемая в Школе ХОБЛ, должна быть:

- красочной;
- информативной;
- запоминающейся;
- понятной;
- интересующей;
- доступной.

Цветовое и иное оформление целесообразно обсуждать с психологом.

Занятия в Школе ХОБЛ следует проводить в интерактивной форме, избегать больших информационных блоков в структуре занятий.

Занятия должны быть предварительно четко структурированы, хронометрированы. Продолжительность занятий не должна превышать 60 мин.

6.1. Факторы, влияющие на результативность Школы для больных с хронической обструктивной болезнью легких

Факторы, влияющие на результативность профилактической помощи в Школе ХОБЛ, неразрывно связаны с качеством профилактической помощи в целом. Эти факторы можно разделить на несколько групп:

- факторы профессиональной компетентности медицинских работников;
- факторы отношений и взаимопонимания между медицинскими работниками и пациентами, их межличностные отношения;
- факторы организации профилактической работы в целом, которые определяют и ее качество.

Эти же факторы влияют на приверженность пациентов к сохранению и укреплению здоровья, а также к выполнению рекомендаций врача, в том числе и соблюдение режима лекарственной терапии. Среди факторов дифференцируют положительные (факторы,

¹⁷ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24 декабря 2020 г. № 44 «Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг». СПС «Консультант Плюс» (дата обращения – 21.08.2025).

способствующие повышению качества профилактической помощи) и отрицательные (факторы, негативно влияющие на качество профилактической помощи). Основные группы этих факторов перечислены в таблице 1.

Таблица 1 – Группы положительных и отрицательных факторов

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (СОДЕЙСТВИЕ)	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (ПРЕПЯТСТВИЕ)
<i>Факторы профессиональной компетентности медицинского работника</i>	
Знание основ профилактической помощи (понятие риска, основы консультирования, технологии и др.)	Пренебрежение профилактической помощью (предпочтение диагностике и лечению)
Знание основ поведенческой медицины	Преобладание синдромального подхода
Разумная интеграция лечения и профилактики	Противопоставление лечения и профилактики
<i>Факторы отношений (медицинский работник – пациент)</i>	
Взаимопонимание, сопереживание (эмпатия)	Равнодушие
Понимание потребности пациента	Уверенность медицинских работников в том, что они «знают» в чем нуждается пациент
Уверенность медицинского работника и умение объяснять	Неспособность объяснять и убеждать
<i>Факторы организации и качества профилактической помощи</i>	
Ненавязчивая форма консультирования при очередных посещениях (по обращаемости)	Насильственные (требующие усилий со стороны пациента) рекомендации и назначения
Обсуждение с пациентом его проблем здоровья	Директивная форма рекомендаций
Простота и доступность (по времени, цене и пр.) профилактических мер и рекомендаций	Сложные схемы и многоступенчатость профилактической помощи
Наличие письменных инструкций, советов	Устные советы и рекомендации
Наличие красочных печатных материалов	Плохое полиграфическое качество материалов
Взаимодействие между медицинскими работниками	Незаинтересованность в профилактической работе

7. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Для оценки результативности профилактической помощи пациентам с ХОБЛ необходима и систематическая оценка результативности Школ ХОБЛ, оценка знаний пациентов и оценка удовлетворенности обучением в Школе ХОБЛ.

Для оценки результативности Школ ХОБЛ рекомендуется использовать следующие критерии:

- доля обученных пациентов с БА из числа состоящих на диспансерном наблюдении (%);
- доля обученных пациентов с БА из числа лиц с впервые установленным диагнозом (%);
- доля пациентов, прошедших полный цикл обучения, от числа направленных (%);
- стабилизация (отсутствие роста) или снижение уровня госпитализаций пациентов с ХОБЛ, состоящих на диспансерном наблюдении у врача-терапевта, прошедших обучение в Школе ХОБЛ;

- снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к пациентам с ХОБЛ, состоящим на диспансерном наблюдении у врача-терапевта, прошедшим обучение в Школе ХОБЛ;
- снижение частоты обострений среди пациентов с ХОБЛ, состоящих на диспансерном наблюдении у врача-терапевта, прошедших обучение в Школе ХОБЛ.

Конкретные показатели критериев оценки результативности работы Школ ХОБЛ определяются руководителем медицинской организации с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей, объемов оказываемой медицинской помощи.

При необходимости по решению руководителя медицинской организации могут использоваться дополнительные критерии оценки результативности Школ ХОБЛ.

Для оценки результативности Школ ХОБЛ рекомендуется проводить оценку знаний пациентов до и после обучения на основе теста для контроля знаний.

Тесты для контроля знаний

ФИО

Дата

1. Основной причиной хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), а также ее обострений и прогрессирования, является _____. *Отметьте один правильный вариант ответа.*

- А) Генетика
- Б) Аллергия
- В) Курение
- Г) Малоподвижный образ жизни

Правильный ответ: В

2. Какие из следующих утверждений соответствуют принципам многофакторной профилактики обострений ХОБЛ? *Выберите все правильные варианты*

- ☐ 1. Отказ от курения снижает риск обострений
- ☐ 2. Использование антибиотиков при каждом кашле предотвращает обострения
- ☐ 3. Вакцинация от гриппа и пневмококка является важной профилактической мерой
- ☐ 4. Регулярное проветривание помещения и увлажнение воздуха помогают снизить риск обострений
- ☐ 5. Ограничение физической активности позволяет избежать обострений
- ☐ 6. Соблюдение режима ингаляционной терапии важно для профилактики обострений

Правильный ответ: 1, 3, 4, 6

3. Какое значение сатурации (SpO_2) требует срочного обращения к врачу? *Отметьте один правильный вариант ответа.*

- А) 94%
- Б) 92%
- В) 90%
- Г) 87%

Правильный ответ: Г

4. Что важно делать при первых признаках обострения? *Отметьте один правильный вариант ответа.*

- А) Пить антибиотики
- Б) Использовать рекомендованный ингалятор и обратиться к врачу
- В) Прервать лечение
- Г) Ждать, пока пройдет само

Правильный ответ: Б

5. Что из нижеперечисленного верно про кислородотерапию и помощь дыханию во сне при ХОБЛ? *Отметьте все правильные варианты*

- ☐ 1. Кислородотерапия помогает при постоянной нехватке кислорода (если сатурация 88% и ниже в покое)
- ☐ 2. Кислород можно включать самостоятельно без назначения врача, если появилось чувство усталости
- ☐ 3. Некоторые пациенты с ХОБЛ ночью плохо дышат — им могут назначить специальные аппараты (СРАР или ВІРАР)
- ☐ 4. При кислородной терапии можно курить, если открыть окно
- ☐ 5. Чтобы лечение кислородом помогло, нужно дышать кислородом не меньше 15 часов в сутки
- ☐ 6. Кислород могут назначить, если у пациента есть проблемы с сердцем, связанные с ХОБЛ

Правильные ответы: 1, 3, 5, 6

6. Какие из перечисленных признаков наиболее характерны для обострения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ)? *Отметьте один правильный вариант ответа.*

- А) Усиление кашля, нарастание одышки, увеличение количества мокроты.
- Б) Увеличение концентрации глюкозы в плазме крови.
- В) Возникновение интенсивной головной боли.
- Г) Появление чувства тошноты и/или рвоты.

Правильные ответы: А

7. От каких респираторных инфекций следует делать прививку при ХОБЛ? *Отметьте все правильные варианты*

- А) Грипп
- Б) Пневмококк
- В) Гепатит А
- Г) Столбняк

Правильные ответы: А и Б

Удовлетворенность обучением

Каждый пациент по окончании курса анонимно заполняет анкету удовлетворенности обучением в Школе ХОБЛ. Анкета позволяет оценить различные аспекты: полезность полученных знаний, понятность материала, удобство организации занятий (время, формат), компетентность преподавателей и т.д. Индивидуальная удовлетворенность важна не только как показатель качества, но и как фактор приверженности: пациент, положительно оценивший организацию и проведение Школы ХОБЛ, с большей вероятностью будет применять полученные знания.

**Анкета удовлетворенности обучением
в Школе для больных с хронической обструктивной болезнью легких**

Дата _____ г.

(заполняется анонимно)

Инструкция для пациентов. Просим Вас заполнить анонимно следующую анкету. Ваши ответы помогут определить насколько Вы удовлетворены обучением в школе для больных с хронической обструктивной болезнью легких, получить Ваши советы и пожелания для совершенствования обучения. Дайте оценку в соответствии с Вашим мнением или отношением, по пятибалльной системе для пунктов 1-9:

1 – нет;

2 – скорее нет;

3 – затрудняюсь ответить;

4 – скорее да;

5 – да.

В пункте 10 необходимо ответить в развернутом виде на предлагаемые вопросы.

№	Вопрос (утверждение)	Баллы				
		1	2	3	4	5
1.	Мне было понятно, о чём говорили на занятиях					
2.	Информация была полезной и нужной мне					
3.	Я себя комфортно чувствовал во время занятий					
4.	Преподаватели вели занятия интересно и доброжелательно					
5.	Мне удобно было посещать занятия по времени					
6.	Я умею правильно пользоваться ингалятором					
7.	У меня не было сложностей с выполнением рекомендаций после занятий					
8.	Я готов(а) применять полученные рекомендации					
9.	Я порекомендую другим людям с ХОБЛ пройти такую школу					
10.	Что вам понравилось больше всего? Что вы хотели бы улучшить?					

Благодарим за участие! Желаем Доброго здоровья!

Критерии оценки организации обучения в школе здоровья по мнению пациента:

до 20 баллов «Неудовлетворительно»

21–30 баллов «Удовлетворительно»

31–39 баллов «Хорошо»

40–45 баллов «Отлично»

Список литературы

1. Авдеев СН. Патофизиология обострений хронической обструктивной болезни легких. Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2019 г.;16(2):75–82.
2. Драпкина ОМ, Концевая АВ, Калинина АМ, Авдеев СН, Агальцов МВ, Алексеева ЛИ, и др. Коморбидность пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в практике врача-терапевта. Евразийское руководство. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024 г.;23(3):3996.
3. Абдуллаева НМ, Фесенко ОВ, Белоусов АС, Сироткина КИ, Золотова ЕА, Мичурина СВ, и др. Эпидемиология и патогенез патологии, сопутствующей хронической обструктивной болезни легких. Эффективная фармакотерапия. 2024 г.;20(16):63–7.
4. Драпкина ОМ, Авдеев СН, Смирнова МИ, Крякова МЮ, Шепель РН, Никитина ЛЮ, и др. Диспансерное наблюдение пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь [Интернет]. 2025 г.;2(2). Доступно на: <https://doi.org/10.15829/3034-4123-2025-42>
5. Авдеев СН, Никитина ЛЮ, Мержоева ЗМ, Нуралиева ГС, Гайнитдинова ВВ, Джигоева ОН, и др. Реалии и перспективы организации пульмонологической помощи пациентам с хронической обструктивной болезнью легких в Российской Федерации. РМЖ. 2024 г.;1:2–6.
6. Смирнова МИ, Самородская ИВ, Драпкина ОМ. Вариабельность показателей смертности от болезней органов дыхания в регионах Российской Федерации в период пандемии COVID-19 и три предыдущих года. Профилактическая медицина. 2024 г.;27(4):82–8.
7. Kunisaki KM, Dransfield MT, Anderson JA, Brook RD, Calverley PMA, Celli BR, и др. Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Cardiac Events. A Post Hoc Cohort Analysis from the SUMMIT Randomized Clinical Trial. Am J Respir Crit Care Med. 1 июль 2018 г.;198(1):51–7.
8. Berry CE, Wise RA. Mortality in COPD: causes, risk factors, and prevention. COPD. октябрь 2010 г.;7(5):375–82.
9. Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, Manfreda J, Kanner RE, Connett JE, и др. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: a randomized clinical trial. Ann Intern Med. 15 февраль 2005 г.;142(4):233–9.
10. Pauwels RA, Löfdahl CG, Laitinen LA, Schouten JP, Postma DS, Pride NB, и др. Long-term treatment with inhaled budesonide in persons with mild chronic obstructive pulmonary disease who continue smoking. European Respiratory Society Study on Chronic Obstructive Pulmonary Disease. N Engl J Med. 24 июнь 1999 г.;340(25):1948–53.
11. Burge PS, Calverley PM, Jones PW, Spencer S, Anderson JA, Maslen TK. Randomised, double blind, placebo controlled study of fluticasone propionate in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: the ISOLDE trial. BMJ. 13 май 2000 г.;320(7245):1297–303.
12. McGarvey LP, John M, Anderson JA, Zvarich M, Wise RA, TORCH Clinical Endpoint Committee. Ascertainment of cause-specific mortality in COPD: operations of the TORCH Clinical Endpoint Committee. Thorax. май 2007 г.;62(5):411–5.
13. Tashkin DP, Celli B, Senn S, Burkhardt D, Kesten S, Menjoge S, и др. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 9 октябрь 2008 г.;359(15):1543–54.
14. Mannino DM, Doherty DE, Sonia Buist A. Global Initiative on Obstructive Lung Disease (GOLD) classification of lung disease and mortality: findings from the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. Respir Med. январь 2006 г.;100(1):115–22.

15. Jang JG, Kim JS, Chung JH, Shin KC, Ahn JH, Lee MS, и др. Comprehensive Effects of Organized Education for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. COPD. ноябрь 2019 г.;Volume 14:2603–9.
16. Bourbeau J, Farias R, Li PZ, Gauthier G, Battisti L, Chabot V, и др. The Quebec Respiratory Health Education Network: Integrating a model of self-management education in COPD primary care. Chron Respir Dis. май 2018 г.;15(2):103–13.
17. Worth H, Dhein Y. Does patient education modify behaviour in the management of COPD? Patient Education and Counseling. март 2004 г.;52(3):267–70.
18. Кожевникова СА, Будневский АВ, Трибунцева ЛВ, Белов ВН. Роль обучения и дозированных физических нагрузок в повышении качества жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и метаболическим синдромом. Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2017 г.;16(4):979–87.
19. Семенюк СА, Белевский АС, Мещерякова НН. Эффективность обучения больных ХОБЛ. Пульмонология. 2007 г.;(6):43–9.
20. Акулин ИМ, Куколь ЛВ, Пупышев СА. Особенности организации медицинской помощи при хронической обструктивной болезни легких. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2016 г.;24(1):21–7.
21. Folch-Ayora A, Orts-Cortés MI, Macia-Soler L, Andreu-Guillamon MV, Moncho J. Patient education during hospital admission due to exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: Effects on quality of life—Controlled and randomized experimental study. Patient Education and Counseling. март 2019 г.;102(3):511–9.
22. Семенюк СА, Белевский АС, Мещерякова ИН. Обучение пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и его эффективность. Клиническая геронтология. 2007 г.;13(7):22–7.
23. Ройтберг ГЕ, Кондратова НВ, Новиков МС. Обучение пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в общей врачебной практике. Справочник врача общей практики. 2017 г.;(10):66–71.
24. Ермаков ГИ. Объективные и субъективные показатели качества жизни у больных с хронической обструктивной болезнью легких и их взаимосвязь. Общественное здоровье и здравоохранение. 2010 г.;(3(27)):71–3.
25. Nohra RG, Chaaban T, Sacre H, Salameh P, Aoun Bacha Z, Le Bon Chami B, и др. Evaluating the Feasibility and Pretesting the Impact of an Educational and Telemonitoring Program for COPD Patients in Lebanon. COPD. апрель 2022 г.;Volume 17:949–65.
26. Ермаков ГИ. Медико-социальное значение обучения больных хронической обструктивной болезнью легких. Клиническая медицина. 2010 г.;88(5):39–41.
27. Трофимова АЮ, Колосов ВП. Эффективность образовательного направления у больных хронической обструктивной болезнью легких. Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2010 г.;(37):37–41.
28. Gallefoss F. The effects of patient education in COPD in a 1-year follow-up randomised, controlled trial. Patient Education and Counseling. март 2004 г.;52(3):259–66.
29. Драпкина ОМ, Авдеев СН, Смирнова МИ, Крякова МЮ, Шепель РН, Никитина ЛЮ, и др. Диспансерное наблюдение пациентов с бронхоэктазами врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2024 г.;1(2):53–78.

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ШКОЛА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Москва – 2025

Организация-разработчик: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России

Авторы: Драпкина О.М., Бойцов С.А., Шляхто Е.В., Камкин Е.Г., Каракулина Е.В., Жарова М.Е., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М., Савченко Е.Д., Шепель Р.Н., Явелов И.С.

Рецензенты:

Гордеев И.Г.— д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии имени академика П.Е.Лукомского Института клинической медицины ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России

Джигоева О.Н.— д.м.н., руководитель лаборатории кардиовизуализации, вегетативной регуляции и сомнологии, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, директор института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Для цитирования:

Аннотация

Артериальная гипертензия представляет собой одну из самых значимых медико-социальных проблем в современном мире и является основным фактором риска для сердечно-сосудистых заболеваний, занимающими первое место среди причин смертности. Обучение в школах для больных с артериальной гипертензией способствует повышению осведомленности пациентов о своем заболевании, профилактике факторов риска и обострений, навыкам самоконтроля симптомов, улучшению качества жизни.

Методические рекомендации по организации и проведению школы для больных с артериальной гипертензией содержат общую информацию о заболевании, об организации и проведении школы, рекомендуемые темы и содержание занятий, тесты для оценки знаний пациентов.

Методические рекомендации предназначены для врачей-специалистов, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по специальности "Лечебное дело" или "Сестринское дело" и врачей-специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, участвующих в проведении школ здоровья.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, школа здоровья, методические рекомендации, обучение пациентов, профилактика, первичная медико-санитарная помощь

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (протокол № 7 от 16.09.2025 г.).

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Драпкина Оксана Михайловна – директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, заведующий кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор

Бойцов Сергей Анатольевич – генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. академика Е.И. Чазова» Минздрава России, профессор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор

Шляхто Евгений Владимирович — генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» Минздрава России, президент Российского кардиологического общества, академик РАН, д.м.н., профессор

Камкин Евгений Геннадьевич – заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации

Каракулина Екатерина Валерьевна – директор департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации

Жарова Мария Евгеньевна – эксперт центра организации программ скрининга онкологических заболеваний отдела мониторинга организации медицинской помощи Центра организационно-методического управления и анализа качества оказания медицинской помощи в регионах, к.м.н.

Дроздова Любовь Юрьевна – руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Калинина Анна Михайловна – главный научный сотрудник, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор

Савченко Екатерина Дмитриевна – ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Шепель Руслан Николаевич – заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, к.м.н.

Явелов Игорь Семенович – руководитель отдела фундаментальных и клинических проблем тромбоза при неинфекционных заболеваниях ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор

ОГЛАВЛЕНИЕ

Основание для разработки.....	6
Термины и определения.....	7
Нормативно-правовая база.....	8
Цель и задачи школы для больных с артериальной гипертензией.....	9
Порядок организации школы для больных с артериальной гипертензией	9
Целевая группа пациентов.....	10
Типовая программа обучения пациентов.....	11
Занятие 1. Что такое артериальная гипертензия. Факторы, способствующие возникновению и прогрессированию артериальной гипертензии. Степени артериальной гипертензии. Осложнения артериальной гипертензии. «Органы-мишени». Оценка риска неблагоприятных исходов при артериальной гипертензии.....	11
Занятие 2. Правила измерения артериального давления. Методы самоконтроля артериального давления.....	12
Занятие 3. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний при артериальной гипертензии и способы их коррекции.....	14
Занятие 4. Медикаментозное лечение артериальной гипертензии. Общие принципы и цели лечения. Способы повышения приверженности к лечению. План действий при недостаточном контроле артериального давления, внезапных повышениях артериального давления. «Красные флаги» для пациента. Показания для обращения за медицинской помощью. Диспансерное наблюдение и диспансеризация при артериальной гипертензии	16
Занятие 5. Итоговое занятие. Закрепление практических навыков.....	18
Рекомендуемая структура и штатное расписание.....	18
Рекомендации по техническому оснащению и характеристикам кабинета/зала для обучения	18
Рекомендации для достижения цели обучения в школе для больных с артериальной гипертензией.....	19
Оценка результативности школы для больных с артериальной гипертензией	20
Приложения.....	22
Список литературы.....	26

СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

АГ	—	артериальная гипертензия
АД	—	артериальное давление
ДАД	—	диастолическое артериальное давление
ДН	—	диспансерное наблюдение
ДОГВН	—	диспансеризация определенных групп взрослого населения
ИБС	—	ишемическая болезнь сердца
ИМ	—	инфаркт миокарда
МКБ-10	—	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ПМО	—	профилактические медицинские осмотры
ПМСП	—	первичная медико-санитарная помощь
САД	—	систолическое артериальное давление
ССЗ	—	сердечно-сосудистые заболевания
СН	—	сердечная недостаточность
ФР	—	факторы риска
ХБП	—	хроническая болезнь почек
ХСН	—	хроническая сердечная недостаточность
ЧСС	—	частота сердечных сокращений

1. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ

Артериальная гипертензия (АГ) — синдром повышения артериального давления (АД) при гипертонической болезни и симптоматических АГ выше пороговых значений (систолического артериального давления (САД) ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического артериального давления (ДАД) ≥ 90 мм рт. ст.), определенных в результате эпидемиологических и рандомизированных контролируемых исследований, продемонстрировавших связь с повышением сердечно-сосудистого риска, целесообразность и пользу лечения, направленного на снижение АД ниже этих уровней АД (Синоним – Артериальная гипертония (АГ))¹[1].

АГ представляет собой одну из самых значимых медико-социальных проблем в современном мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, около 1,28 миллиарда человек в мире страдают от повышенного АД, причем около 46% из них не осведомлены о своем заболевании [2]. В России АГ выявляется у 30–45% взрослого населения, что делает ее важным объектом государственного здравоохранения¹. Согласно данным исследования ЭССЕ-РФ (эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации), выполненного ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, распространенность повышенного АД в российской популяции 25-64 лет составляет 33,8% (мужчины — 41,1%, женщины — 29,0%) [3]. АГ является основным фактором риска для сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), которые занимают первое место среди причин смертности как в России, так и в мире¹. По данным последних клинических исследований, повышение САД на 20 мм рт. ст. связано с увеличением риска сердечной недостаточности (СН) на 28%, а повышение ДАД на 10 мм рт. ст. связано с увеличением риска развития СН на 12% [3]. Своевременное выявление, эффективная терапия и диспансерное наблюдение (ДН) пациентов с АГ могут существенно снизить заболеваемость и смертность от таких осложнений, как ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ), инсульт, СН и хроническая болезнь почек (ХБП) [3].

Профилактические медицинские осмотры (ПМО) и диспансеризация определенных групп взрослого населения (ДОГВН)² помогают выявлять группы риска развития АГ (курильщики, лиц с избыточной массой тела и др.), а также больных АГ. После подтверждения диагноза (I10 - I15 по МКБ-10) пациенты подлежат ДН у врача-терапевта и/или врача-кардиолога в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации №168н³. Алгоритм ДН пациентов с АГ представлен в методических рекомендациях «Диспансерное наблюдение пациентов с артериальной гипертензией врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения» [1]. Важным элементом ДН является обучение пациентов в школах для пациентов¹ [4–6].

Однако в реальной жизни многие пациенты сталкиваются с недостаточной информированностью, забывчивостью, социальной изоляцией, отсутствием поддержки со стороны окружения и снижением внутренней мотивации. Исследования подтверждают, что обучение в школах для пациентов способствует повышению их осведомленности о своем заболевании, улучшению контроля АД, профилактике факторов риска (ФР), правильной технике измерения АД и навыкам самоконтроля. Улучшение понимания болезни, подходов к лечению и

¹ Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых», 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/62_3 (дата обращения 22.07.2025).

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» <https://base.garant.ru/401414440/> (дата обращения 24.06.2025).

³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» <https://base.garant.ru/404523658/> (дата обращения 24.06.2025).

профилактике ФР приводит к повышению приверженности к лечению и снижению риска развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий [4–11].

Кроме того, отмечается снижение уровня тревожности и депрессии, что благоприятно сказывается на общем состоянии пациентов [12,13]. Ряд исследований показывает, что обучение в школах для пациентов сокращает количество внеплановых обращений к врачам-терапевтам⁴ ПМСП и потребность в оказании экстренной помощи [7,14,15]. Это дополнительно позволяет оптимизировать расходы на здравоохранение.

Разработанные методические рекомендации направлены на стандартизацию работы школ для больных с АГ. Единые подходы к обучению позволят повысить эффективность комплексных образовательных программ и обеспечить преемственность в оказании медицинской помощи на разных этапах.

2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Артериальная гипертензия (АГ) — синдром повышения артериального давления (АД) при гипертонической болезни и симптоматических АГ выше пороговых значений (систолического артериального давления (далее — САД) ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического артериального давления (далее — ДАД) ≥ 90 мм рт. ст.)¹.

Вакцинация — это введение в организм человека препарата, содержащего антигены возбудителя/-ей инфекционных болезней с целью создания невосприимчивости (иммунитета) к данному возбудителю/-ям или снижения риска развития тяжелых форм соответствующих инфекционных заболеваний.

Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц⁵.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации⁵.

⁴ Врач-терапевт – врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в случае возложения отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в соответствии с Порядком возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи 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, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н. <https://base.garant.ru/70170588/> (дата обращения 11.07.2025).

⁵ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения 28.07.2025)

Медицинская профилактическая услуга — это мероприятия или комплекс мероприятий, имеющих самостоятельное значение и определенную стоимость, направленных на профилактику заболевания, своевременное лечение, оздоровление⁵.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения⁵.

Школа для больных — это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов, направленная на повышение уровня их информированности и практических навыков по рациональной профилактике и лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни.

Школа для больных с артериальной гипертензией (далее Школа АГ) — организационная форма индивидуального и группового профилактического консультирования (гигиенического обучения и воспитания – по МКБ-10 в классе XXI, Z70-76), являющаяся медицинской профилактической услугой, оказываемой пациентам с АГ в амбулаторных условиях.

3. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.10.2020 № 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»
- Приказ Минздрава России от 19.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми».
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 ноября 2020 г. N 1193н «Об утверждении стандартов медицинской помощи взрослым при артериальной гипертензии»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21.03.2017 № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 475н «Об утверждении профессионального стандарта "Медицинская сестра/медицинский брат»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.03.2025 № 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»
- Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых», 2024, https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/62_3.⁶
- Методические рекомендации. Диспансерное наблюдение пациентов с артериальной гипертензией врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения⁷.

4. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Школа АГ организуются в медицинских организациях, оказывающих ПМСП.

Цель организации Школы АГ — совершенствование и оптимизация профилактических мероприятий при оказании ПМСП населению, в частности пациентам с АГ, включая увеличение охвата целевых групп и доступности профилактической медицинской помощи.

Задачи

- повышение информированности пациентов об АГ, ее факторах риска и последствиях;
- обучение пациентов профилактике индивидуальных факторов риска возникновения и прогрессирования АГ;
- обучение пациентов современным принципам лечения АГ и предупреждения ее осложнений;
- формирование правильных навыков по применению технических средств для контроля АГ.

⁶ Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых», 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/62_3 (дата обращения 25.08.2025).

⁷ 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):00. doi: 10.15829/10.15829/3034-4123-2025-55.

5. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Решение об организации Школы АГ принимается на основании объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности, половозрастного состава обслуживаемого населения, показателей уровня и структуры заболеваемости и смертности населения, других показателей, характеризующих здоровье населения, и с учетом рекомендуемых штатных нормативов медицинской организации, оказывающей ПМСП, или ее структурного подразделения⁸.

Организация Школы АГ регламентируется приказом руководителя медицинской организации, в котором отражены ФИО ответственного за организацию и проведение Школы АГ, перечень (ФИО, должность) медицинских и иных работников медицинской организации, участвующих в проведении Школы АГ, график работы, форматы работы, численность пациентов в группе, программа обучения и иная дополнительная информация о Школе АГ на усмотрение руководителя медицинской организации.

Целесообразно вести журнал учета посещений занятий Школы АГ на бумажном носителе или в электронном виде, в т.ч. в медицинской информационной системе, с формированием соответствующей отчетности, с указанием ФИО пациентов и ФИО, должности(ей) специалиста(ов), проводивших занятия.

Программа обучения включает **5 тематических занятий**, проводимых в очном формате или с применением телемедицинских технологий⁹. Каждое занятие продолжается **60 минут**. Все занятия хронометрированы.

Численность пациентов в группе **20 человек**. Целесообразно по возможности формировать группы пациентов в соответствии с принципами, указанными в пункте 5.1. Группы пациентов формируются до начала обучения, в процессе обучения не рекомендуется присоединение новых пациентов.

Рекомендуемая периодичность направления пациента в Школу АГ – не реже 1 раза в год, при необходимости – чаще.

Во время обучения пациенты обеспечиваются необходимыми информационными материалами (программа обучения, дневник пациента и др.). Программа обучения пациентов разрабатывается на основе типовой программы в соответствии с пунктом 5.2.

5.1. Целевая группа пациентов

В группу обучения включаются пациенты с установленным диагнозом АГ, в т.ч. с впервые в жизни установленным (I10 – I15 по МКБ-10), находящиеся на ДН у врача-терапевта и/или врача-кардиолога, по направлению врача-терапевта.

При формировании групп особое внимание рекомендуется уделять пациентам со средним и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, не достигшим целевых значений артериального давления, с впервые установленным диагнозом, низкой приверженностью к лечению, а также коморбидным пациентам, в том числе с метаболическим синдромом. Пациентов

⁸ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202506020016> (дата обращения – 21.08.2025).

⁹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202505150033> (дата обращения – 21.08.2025).

с развитием сердечно-сосудистых осложнений (ИМ, инсульт, ХСН и др.) целесообразно обучать в рамках программ по реабилитации.

Не привлекаются к занятиям в Школе АГ пациенты с выраженным нарушением когнитивных функций, наличием клинически значимых острых состояний или хронических заболеваний в стадии обострения.

Для немобильных или маломобильных пациентов с АГ возможна организация Школы АГ на дому с привлечением законных представителей (опекунов, родственников) при необходимости.

5.2. Типовая программа обучения пациентов

Занятие 1. Что такое АГ. Факторы, способствующие возникновению и прогрессированию АГ. Степени АГ. Осложнения АГ. «Органы-мишени». Оценка риска неблагоприятных исходов при АГ.

Занятие 2. Правила измерения АД. Методы самоконтроля АД.

Занятие 3. Факторы риска ССЗ при АГ и способы их коррекции.

Занятие 4. Медикаментозное лечение АГ. Общие принципы и цели лечения. Способы повышения приверженности к лечению. План действий при недостаточном контроле АД, внезапных повышениях АД. «Красные флаги» для пациента. Показания для обращения за медицинской помощью. Диспансерное наблюдение и диспансеризация при АГ.

Занятие 5. Итоговое занятие. Закрепление практических навыков.

Пациенты, обучающиеся в Школе АГ, обеспечиваются дневником пациента, который является неотъемлемой частью процесса обучения и содержит материалы, необходимые для пациентов как во время обучения, так и в дальнейшем.

Скачать полезные материалы, а также ознакомиться с информацией о заболевании можно на сайте:



Занятие 1. Что такое АГ? Факторы, способствующие возникновению и прогрессированию АГ. Степени АГ. Осложнения АГ. «Органы-мишени». Оценка риска неблагоприятных исходов при АГ.

Цель: повысить уровень знаний пациентов об АГ, сформировать представление о факторах, способствующих возникновению и прогрессированию АГ, проявлениях и последствиях АГ.

Задачи:

- Дать определение АГ.
- Рассказать о видах АГ, степенях АГ, «органах-мишенях», основных причинах и факторах риска возникновения и прогрессирования АГ.
- Показать механизмы развития болезни (патогенез).
- Научить распознавать ключевые симптомы.

- Объяснить последствия неконтролируемой АГ и надежность профилактики ФР в снижении бремени болезни и коморбидности.

Содержание занятия:

Входное тестирование знаний (Приложение 1).

Определение АГ. Виды АГ: первичная (или эссенциальная) и вторичная. Подчеркнуть важность своевременной диагностики АГ и контроля АД.

Степени АГ и особенности течения заболевания. Влияние степени АГ на органы-мишени и развитие сердечно-сосудистых осложнений.

Причины и факторы, способствующие возникновению и прогрессированию АГ: возраст; избыточная масса тела и ожирение; наследственная предрасположенность; избыточное потребление натрия (>5 г/день); злоупотребление алкоголем; курение; гиподинамия; нарушения метаболизма глюкозы и липидов; новые экологические факторы (например, загрязнение воздуха и шум).

Механизмы развития заболевания (патогенез). Основные механизмы: повышение объема циркулирующей крови, гиперактивация симпатической нервной системы, нарушение регуляции сосудистого тонуса и функции почек.

Клинические проявления АГ. Объяснение, что при АГ может не быть выраженных симптомов, что делает заболевание опасным. Описание симптомов, сопровождающих АГ: головные боли, головокружение, ощущение пульсации в голове, быстрая утомляемость, нарушения зрения и др.

Последствия и осложнения АГ. Влияние на органы-мишени: сердце, почки, глаза, головной мозг. Риски для жизни: повышенный риск инфарктов и инсультов. Влияние на качество жизни и коморбидность.

Роль изменения образа жизни: снижение потребления соли, отказ от курения, физическая активность, стресс-менеджмент.

Ответы на вопросы, обсуждение

Занятие 2. Правила измерения артериального давления. Методы самоконтроля артериального давления.

Цель: научить пациентов правильной технике измерения АД и методах самоконтроля АД. Сформировать осознанное отношение к выполнению рекомендаций лечащего врача.

Задачи:

- Показать и отработать на практике правильную технику измерения АД и ведение дневника пациента.
- Объяснить причины и механизмы недостижения целевых значений АД.
- Сформировать осознанное отношение к выполнению рекомендаций лечащего врача, продемонстрировав клинические примеры о влиянии профилактики на течение АГ.
- Ознакомить с возможностями цифровых персональных помощников для дистанционного контроля АД, ЧСС.

Содержание занятия:

Теоретическая часть

Принципы правильной техники измерения АД и ЧСС и интерпретация результатов:

- демонстрация правильной техники измерения АД с использованием автоматического и манжетного тонометра;
- пояснение принципов правильного положения тела и манжеты, разбор частых ошибок при измерении АД;
- обучение пациентов правильной интерпретации результатов;
- разъяснение показаний к измерению АД: когда и как часто нужно измерять АД.

Ведение дневника пациента:

- разъяснение важности ведения дневника измерений АД и ЧСС для контроля за состоянием;
- объяснение, как правильно записывать данные, какие дополнительные параметры важно фиксировать (например, прием препаратов, физическая активность, стресс);
- рассмотрение примеров ведения дневника на основе реальных случаев.

Объяснение последствий недостаточного контроля АД для здоровья пациента, в т.ч. повышения риска сердечно-сосудистых осложнений (инсульта, ИМ).

Рассмотрение сценариев, при которых не удастся достичь целевых значений АД и факторов, способствующих этому.

Причины недостижения целевых значений АД:

- курение: влияние табачного дыма на сосудистую систему и повышение давления;
- чрезмерное употребление соли;
- нерегулярный прием препаратов: важность соблюдения режима терапии и возможные последствия пропуска приема препарата;
- нарушение дыхания во сне (обструктивное апноэ): связь с повышением АД и его контролем;
- недостаточная физическая активность и малоподвижный образ жизни, избыточная масса тела и ожирение.

Наглядно, с помощью клинических примеров показать важность выполнения рекомендаций лечащего врача, регулярного ДН.

Рассказать о доступных цифровых персональных помощниках для дистанционного контроля АД, ЧСС.

Практическая часть

Отработка техники измерения АД и ЧСС. Пациенты самостоятельно измеряют АД под наблюдением преподавателя. Практическая проверка правильности выполнения измерений.

Заполнение дневника пациента. Каждый участник заполняет свой дневник, фиксируя результаты измерений, а также дополнительные параметры (например, прием лекарств, физическая активность).

Занятие 3. Факторы риска ССЗ при АГ и способы их коррекции. Диспансерное наблюдение и диспансеризация при АГ.

Цель: повышение уровня осведомленности пациентов с АГ о ФР ССЗ и формирование практических навыков по их коррекции с целью улучшения клинического состояния и предотвращения прогрессирования заболевания.

Задачи:

- Объяснить, как физическая активность влияет на сердечно-сосудистую систему и помогает контролировать АГ.
- Научить основным принципам выполнения физических упражнений, подходящих для пациентов с АГ.
- Рассказать о роли питания в профилактике и лечении АГ, объяснить принципы рациона при гипертензии и ожирении, предложить практические рекомендации по коррекции питания.
- Обсудить методы коррекции других ФР, включая курение, стресс и нарушения сна, и их влияние на эффективность контроля артериального давления.
- Дать рекомендации по внедрению изменений в образ жизни, объяснить, как это снижает риск развития осложнений АГ.
- Рассказать о важности ДН и регулярного прохождения диспансеризации.

Содержание занятия:

Теоретическая часть

Как движение влияет на сердечно-сосудистую систему и качество жизни. Механизмы, через которые *физическая активность* помогает контролировать АД: улучшение кровообращения, снижение жесткости артерий, улучшение работы сердца.

Преимущества регулярных физических упражнений: улучшение физической формы, уменьшение стресса и др. Влияние активности на снижение риска ССЗ (инфарктов, инсультов, атеросклероза).

Типы упражнений: кардионагрузка (ходьба, бег, плавание, велосипед), силовые тренировки, упражнения на растяжку.

Пациентам с АГ рекомендуется начинать выполнение физических упражнений под контролем врача и/или специалиста по лечебной физкультуре. Противопоказаниями к выполнению регулярной физической нагрузки являются: гипертонический криз, значительное снижение АД (на 20-30% от исходного уровня) с ухудшением самочувствия, АГ 3-й степени, коморбидные состояния и осложнения имеющихся заболеваний (например, нарушения ритма сердца и т.п.).

Пациентам с АГ рекомендуется использовать в программах тренировок:

- общеукрепляющие и дыхательные упражнения;
- упражнения на равновесие;
- упражнения, включающие в работу мышцы туловища и нижних конечностей;
- упражнения на расслабление мышц верхних конечностей, плечевого пояса, грудной клетки, снижающие их чрезмерное напряжение.

Основные принципы: постепенность, регулярность, умеренная интенсивность. При АГ 1-й степени интенсивность физической нагрузки должна находиться в пределах 60-70% максимальной ЧСС, при АГ 2-й степени – в пределах 40-60% максимальной ЧСС. Контроль интенсивности

физических нагрузок осуществляется с использованием «разговорного теста» (шкалы Борга) или при расчете целевого диапазона пульса, с которым нужно выполнять упражнения (табл. 1).

Таблица 1 – Уровни интенсивности физической нагрузки и их определение

Уровень (интенсивность) нагрузки	Оценка по шкале Борга («разговорный тест»)	По пульсу (частоте сердечных сокращений)
Низкая	очень незначительная одышка, человек легко разговаривает	50-63% МЧСС*
Умеренная	дыхание учащенное, но человек может говорить полными предложениями	64-76% МЧСС
Интенсивная	выраженная одышка, человеку тяжело или некомфортно говорить	77-93% МЧСС
*МЧСС – максимальная частота сердечных сокращений, рассчитанная по формуле: $MЧСС = 220 - \text{возраст в годах}$		

Обсуждение правильной техники выполнения упражнений: как избегать перенапряжения, важность разминки и заминки. При выполнении физической нагрузки уровень АД может повышаться, поэтому важно контролировать его до начала занятий и после их окончания. В норме показатели АД возвращаются к исходному уровню в пределах 10 мин, если этого не происходит, необходимо снизить интенсивность физических упражнений.

Оптимальный режим занятий для пациентов с АГ: 5 раз в неделю по 20-30 мин или 2-3 раза в неделю по 40-60 мин.

Как *питание* влияет на общее состояние пациента с АГ¹⁰.

Объяснение связи между избыточным весом, высоким потреблением соли, жиров и углеводов и повышением АД. Роль натрия, калия и магния в рационе для контроля давления: продукты, богатые этими микроэлементами. Влияние высококалорийной пищи, жирных и жареных продуктов на увеличение массы тела и риск гипертензии. Особенности влияния питания при различных стадиях АГ.

Особенности рациона питания при ожирении. Взаимосвязь между ожирением и АГ: как избыточный вес способствует повышению давления через механизмы инсулинорезистентности и увеличения объема циркулирующей крови. Принципы питания при ожирении: снижение калорийности пищи, ограничение потребления насыщенных жиров и соли. Пример оптимального рациона: уменьшение количества быстрых углеводов (сладости, выпечка и пр.), увеличение доли овощей, фруктов и продуктов, богатых клетчаткой.

Практические рекомендации по улучшению рациона питания.

Основные принципы здорового питания для контроля АГ:

- уменьшение потребления соли (не более 5–6 г в день);
- соблюдение питьевого режима;
- преобладание ненасыщенных жиров (растительные масла, омега-3 жирные кислоты);
- достаточное употребление клетчатки: овощи, фрукты, цельнозерновые продукты;
- отказ от алкоголя;
- ограничение потребления кофе.

¹⁰ Елиашевич С.О., Орехова А.В. Питание при артериальной гипертензии. Материалы для пациента. <https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2023/12/pitanie-pri-arterialnoj-gipertenzii.pdf> (дата обращения 25.08.2025).

Пример дневного рациона пациента с АГ (средиземноморская диета, DASH-диета, тарелка здорового питания («гарвардская тарелка»)).

Дальнейшие шаги по модификации образа жизни. Как пациенты могут самостоятельно внедрить изменения в повседневную жизнь.

Когда необходимо обратиться за консультацией к диетологу или другому специалисту (например, эндокринологу при наличии сопутствующих заболеваний, таких как сахарный диабет).

Далее обсуждаются методы коррекции других факторов риска, таких как *курение и стресс*. Курение приводит к повышению тонуса сосудов и увеличению жесткости артерий, что способствует развитию АГ. Стратегии по отказу от курения включают использование никотинозаместительной терапии, когнитивно-поведенческой терапии и поддержку со стороны медицинских работников и близких. Стресс, в свою очередь, является важным фактором, влияющим на повышение АД через активацию симпатической нервной системы. Для снижения стресса рекомендуется использовать методы релаксации, такие как медитация, йога, а также регулярные физические нагрузки, соблюдение режима сон-бодрствование.

Вакцинация (от гриппа, пневмококка и других инфекционных заболеваний в соответствии с национальным календарем профилактических прививок¹¹) как инструмент снижения риска заболеваемости и смертности от иных причин у пациентов с АГ.

Рассмотрение реальных клинических примеров, демонстрация важности профилактических мер и своевременной коррекции образа жизни.

Обсуждение важности ДН – регулярных визитов к врачу для контроля достижения целевых показателей здоровья и коррекции терапии, важности прохождения диспансеризации в регламентированные сроки.

Практическая часть

Освоение техники физических упражнений с инструктором, совместное выполнение упражнений и обсуждение ощущений.

В завершение пациенты получают памятку с описанием упражнений¹². Домашнее задание – выбрать 2-3 несложных упражнения и выполнять их ежедневно, фиксируя самочувствие в дневнике.

Пациентам предлагается оценить собственный рацион на соответствие обсужденным на занятии критериям. На основе проведенной оценки предоставляются индивидуальные рекомендации по оптимизации рациона питания. Для облегчения данной задачи пациентам выдаются стандартизированные шаблоны или информационные памятки, содержащие перечень продуктов, рекомендованных к употреблению при АГ¹³.

Занятие 4. Медикаментозное лечение АГ. Общие принципы и цели лечения. Способы повышения приверженности к лечению. План действий при недостаточном контроле АД, внезапных повышениях АД. «Красные флаги» для пациента. Показания для обращения за медицинской помощью.

¹¹ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 декабря 2021 г. N 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" (с изменениями и дополнениями) <https://base.garant.ru/403258640/> (дата обращения 29.07.2025).

¹² Новикова Н.К. Комплексы упражнений при гипертонической болезни. Авторская методика. <https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2023/02/gb-vseh-treh-stepeney-kniga.pdf> (дата обращения 25.08.2025).

¹³ Елиашевич С.О., Орехова А.В. Питание при артериальной гипертензии. Материалы для пациента. <https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2023/12/pitanie-pri-arterialnoj-gipertenzii.pdf> (дата обращения 25.08.2025).

Цель: сформировать у пациентов с АГ базовые знания о принципах медикаментозной терапии, повысить комплаентность к лечению, а также выработать алгоритмы действий при неконтролируемой гипертензии и угрожающих состояниях.

Задачи:

- научить различать основные группы препаратов, понимать цели и принципы их назначения;
- стимулировать устойчивую приверженность к оптимальной терапии, продемонстрировав 2-3 клинических случая для наглядности;
- рассказать об алгоритме действий при недостижении целевых значений АД, при гипертоническом кризе (Приложение 3).

Содержание занятия:

Теоретическая часть

Краткий обзор основных целей лечения АГ: достижение целевых значений АД, предотвращение гипертонических кризов, повышение качества жизни, замедление прогрессирования заболевания. Обзор групп лекарственных средств, применяемых при АГ (табл. 2).

Таблица 2 – Группы лекарственных препаратов, применяемых при лечении АГ

Группа препаратов	Наименование препаратов	Показания к назначению
Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ)	Эналаприл, Лизиноприл, Рамиприл, Периндоприл и др.	Постоянная терапия АГ
	Каптоприл	Для купирования гипертонического криза
Блокаторы рецепторов ангиотензина II (АРБ)	Лозартан, Валсартан, Телмисартан, Азилсартан и др.	Постоянная терапия АГ
Блокаторы кальциевых каналов	Амлодипин, Нифедипин,	Постоянная терапия АГ
Бета-блокаторы	Метопролол, Атенолол, Бисопролол и др.	Постоянная терапия АГ с сопутствующими заболеваниями (например, ишемической болезнью сердца, сердечной недостаточностью).
Диуретики (петлевые и тиазидные)	Гидрохлоротиазид, Фуросемид, Индапамид	Постоянная терапия АГ
Альфа-адреноблокаторы	Доксазозин, Теразозин	При гипертонии и гиперплазии предстательной железы.
Препараты центрального действия	Моксонидин	Для купирования гипертонического криза
Антагонисты рецепторов ангиотензина II в комбинации с другими средствами	Валсартан+сакубитрил	У пациентов с АГ и ХСН и сниженной фракцией выброса
Антагонисты альдостерона	Спинолактон	При СН и резистентной АГ

Пациентам разъясняется принцип действия препаратов, применяемых при стабильном течении АГ и при гипертоническом кризе.

Обсуждаются:

- важность регулярного приема гипотензивной терапии;
- предпочтительность применения фиксированных комбинаций;
- возможности участия в программах льготного лекарственного обеспечения;
- частые ошибки при применении гипотензивной терапии;
- как применять препараты короткого действия для купирования гипертонического криза;
- правила ведения дневника пациента.

«Красные флаги» для пациента: когда необходимо немедленно обратиться за медицинской помощью:

- симптомы осложненного гипертонического криза (головная боль, головокружение, тошнота, нарушение зрения, боли в груди, нарушение чувствительности в теле, ограничения движений в конечностях, отеки и выраженная одышка);
- сохранение высокого АД на фоне приема терапии;

Практическая часть

Отработка алгоритма действий при гипертоническом кризе (Приложение 3).

Занятие 5. Итоговое занятие. Закрепление практических навыков.

Цель: закрепить ключевые практические навыки, полученные на протяжении курса: самоконтроль, измерение АД, ЧСС, правильное выполнение физических упражнений, действия при гипертоническом кризе.

Задачи:

- Повторить и отработать на практике основные навыки, изученные на занятиях.
- Проверить корректность выполнения самоконтроля (ЧСС, АД).
- Напомнить о правильной технике выполнения физических и дыхательных упражнений.
- Провести итоговое тестирование знаний (Приложение 1).
- Оценить удовлетворенность пациентов процессом обучения в Школе АГ (Приложение 2).

Содержание занятия:

Занятие проводится в интерактивном формате. Пациенты повторяют и отрабатывают практические навыки. Самоконтроль: заполнение дневника пациента, измерение ЧСС и АД, алгоритм действий при гипертоническом кризе. Разбор типичных ошибок.

В ситуациях, когда пациент испытывает трудности в освоении практических навыков, рекомендуется повторное обучение в школе с привлечением лица, осуществляющего уход за пациентом (например, супруга/супруги, родственника, социального работника и прочее).

Важно напомнить пациентам о важности отказа от курения, соблюдения режима терапии, ДН, диспансеризации, вакцинации.

В финале проводится итоговое тестирование знаний пациентов, также обучающимся предлагается заполнить анкету (анонимно) для оценки удовлетворенности обучением в Школе АГ.

5.3. Рекомендуемая структура и штатное расписание

Обучение в школах для больных проводят специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по специальности "Лечебное дело" или "Сестринское дело"¹⁴ и врачи-специалисты ПМСП.

¹⁴ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" СПС «Консультант Плюс» (дата обращения 19.09.2025)

5.4. Рекомендации по техническому оснащению и характеристикам кабинета/зала для обучения

Необходимо помещение, оборудованное для групповой работы: стулья, столы без тумбочек, рабочее место обучающего (стол, стул, компьютер с выходом в информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»), доска маркерная (с набором маркеров), шкаф для размещения наглядных пособий, тонометр с манжетами разного размера, ростомер, весы напольные, сантиметровая лента, комплекты структурированных программ обучения по темам, демонстрационное оборудование (экран, проектор), информационные материалы по тематике занятий; дневники пациента, бумага для записей, ручки; маски, назальные фильтры, респираторы, др. СИЗы. Помещение должно быть оснащено системой вентиляции (системой кондиционирования и очистки воздуха).

Необходимое количество оборудования рассчитывается по потребностям. Площадь помещения определяется из расчета 4 м² на 1 человека¹⁵, но должна составлять не менее 24 м².

6. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Деятельность Школы АГ направлена на решение проблем, наиболее значимых для конкретного контингента пациентов в текущий период времени и должна преследовать конкретный, видимый результат за достаточно небольшой отрезок времени. Правильная подготовка к проведению Школы АГ, в частности материально-технических и кадровых ресурсов, – важная составляющая успешных результатов.

Медицинские работники – преподаватели Школы АГ должны научиться работать в команде. Специалисты, не умеющие работать в команде, даже если они имеют более высокую квалификацию по сравнению со сложившейся командой единомышленников, не должны приглашаться для ведения занятий в школах для пациентов.

Вся наглядная продукция, используемая в Школе АГ, должна соответствовать следующим требованиям:

- красочность;
- информативность;
- доступность для понимания;
- удобность в использовании.

Цветовое и иное оформление целесообразно обсуждать с психологом.

Занятия в Школе АГ следует проводить в интерактивной форме, избегать больших информационных блоков в структуре занятий.

Занятия должны быть четко структурированы, хронометрированы. Продолжительность занятий не должна превышать 60 мин.

6.1. Факторы, влияющие на результативность Школы АГ

¹⁵ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24 декабря 2020 г. № 44 «Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг». СПС «Консультант Плюс» (дата обращения – 21.08.2025).

Факторы, влияющие на результативность обучения в Школе АГ, неразрывно связаны с качеством профилактической помощи в целом. Эти факторы можно разделить на несколько групп:

- факторы профессиональной компетентности медицинских работников;
- факторы отношений и взаимопонимания между медицинскими работниками и пациентами, их межличностные отношения;
- факторы организации профилактической работы в целом, которые определяют и ее качество.

Эти же факторы влияют на приверженность пациентов к сохранению и укреплению здоровья, а также к выполнению рекомендаций врача, в т.ч. и соблюдение режима лекарственной терапии. Среди факторов дифференцируют положительные – способствующие повышению качества профилактической помощи и отрицательные – негативно влияющие на качество профилактической помощи (табл. 2).

Таблица 2 – Группы факторов, влияющих на качество профилактической помощи

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (СОДЕЙСТВИЕ)	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (ПРЕПЯТСТВИЕ)
<i>Факторы отношений (медицинский работник – пациент)</i>	
Взаимопонимание, сопереживание (эмпатия)	Равнодушие
Понимание потребности пациента	Уверенность медицинских работников в том, что они «знают» в чем нуждается пациент
Уверенность медицинского работника и умение объяснять	Неспособность объяснять и убеждать
<i>Факторы профессиональной компетентности медицинского работника</i>	
Знание основ профилактической помощи (понятие риска, основы консультирования, технологии и др.)	Пренебрежение профилактической помощью (предпочтение диагностике и лечению)
Знание основ поведенческой медицины	Преобладание синдромального подхода
Разумная интеграция лечения и профилактики	Противопоставление лечения и профилактики
<i>Факторы организации и качества профилактической помощи</i>	
Ненавязчивая форма консультирования при очередных посещениях (по обращаемости)	Насильственные (требующие усилий со стороны пациента) рекомендации и назначения
Обсуждение с пациентом его проблем здоровья	Директивная форма рекомендаций
Простота и доступность (по времени, цене и пр.) профилактических мер и рекомендаций	Сложные схемы и многоступенчатость профилактической помощи
Наличие письменных инструкций, советов	Устные советы и рекомендации
Наличие красочных печатных материалов	Плохое полиграфическое качество материалов
Взаимодействие между медицинскими работниками	Незаинтересованность в профилактической работе

7. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Для оценки результативности профилактической помощи пациентам с АГ необходима и систематическая оценка результативности Школы АГ, оценка знаний пациентов и оценка удовлетворенности обучением в Школе АГ.

Для оценки результативности Школы АГ рекомендуется использовать следующие критерии:

- доля обученных пациентов с АГ из числа состоящих на ДН у врача-терапевта/врача-кардиолога (%);
- доля обученных пациентов с АГ из числа лиц с впервые установленным диагнозом АГ (%);

- доля пациентов, прошедших полный цикл обучения из числа направленных в Школу АГ (%);
- стабилизация (отсутствие роста) или снижение уровня госпитализаций пациентов с АГ, состоящих на ДН у врача-терапевта/врача-кардиолога и прошедших обучение в Школе АГ;
- снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к пациентам с АГ, состоящим на ДН у врача-терапевта/врача-кардиолога и прошедших обучение в Школе АГ;
- снижение частоты развития осложнений у пациентов с АГ, состоящих на ДН у врача-терапевта/врача-кардиолога и прошедших обучение в Школе АГ;
- доля обученных пациентов с АГ, достигших целевых значений АД (%).

Конкретные показатели критериев оценки результативности работы Школы АГ определяются руководителем медицинской организации с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей, объемов оказываемой медицинской помощи.

При необходимости по решению руководителя медицинской организации могут использоваться дополнительные критерии оценки результативности Школы АГ.

Оценка знаний пациентов

Для оценки результативности Школы АГ рекомендуется проводить оценку знаний пациентов до и после обучения на основе теста для контроля знаний (Приложение 1).

Удовлетворенность обучением

Каждый пациент по окончании курса анонимно заполняет анкету удовлетворенности обучением в Школе АГ (Приложение 2). Анкета позволяет оценить различные аспекты: полезность полученных знаний, понятность материала, удобство организации занятий (время, формат), компетентность преподавателей и т.д. Индивидуальная удовлетворенность важна не только как показатель качества, но и как фактор приверженности: пациент, положительно оценивший организацию и проведение Школы АГ, с большей вероятностью будет применять полученные знания.

Тесты для контроля знаний

ФИО

Дата

1. Что такое артериальная гипертензия? (выберите один правильный ответ)

- а) Временное повышение давления из-за стресса или физической нагрузки
- б) Стойкое повышение артериального давления $\geq 140/90$ мм рт. ст.
- в) Заболевания, при котором давление всегда ниже 100/60 мм рт. ст.
- г) Наследственная особенность, не требующая лечения

Правильный ответ: б

2. Какие из перечисленных факторов способствуют возникновению и прогрессированию артериальной гипертензии? (выберите все правильные ответы)

- а) Курение
- б) Применение гипотензивных препаратов
- в) Нерегулярная физическая активность
- г) Чрезмерное употребление соли

Правильный ответ: а, в, г

3. Какое из следующих утверждений о технике измерения артериального давления является правильным? (выберите один правильный ответ)

- а) Измерение АД следует проводить после 5 минут покоя
- б) Измерять АД можно в любое время, независимо от физической активности
- в) Манжету тонометра следует надевать поверх одежды
- г) Для точного измерения АД не нужно соблюдать положение тела пациента

Правильный ответ: а

4. Какие из следующих рекомендаций важны для самоконтроля артериального давления? (выберите все правильные ответы)

- а) Измерять АД 1-2 раза в день, в одно и то же время
- б) Использовать манжету тонометра, подходящую по размеру
- в) Пропускать измерения при хорошем самочувствии
- г) Записывать результаты для дальнейшего обсуждения с лечащим врачом

Правильный ответ: а, б, г

5. Как регулярная физическая активность влияет на артериальное давление? (выберите один правильный ответ)

- а) Повышает артериальное давление
- б) Помогает снижать давление и улучшает сосудистую функцию
- в) Не оказывает воздействия на артериальное давление
- г) Может только ускорить частоту сердечных сокращений, но не влияет на давление

Правильный ответ: б

6. Какие из следующих мер помогают снизить артериальное давление? (выберите все правильные ответы)

- а) Регулярная физическая активность
- б) Снижение потребления соли
- в) Регулярное употребление напитков с кофеином
- г) Отказ от курения

Правильный ответ: а, б, г

7. Что из нижеперечисленного является основным эффектом антигипертензивных препаратов? (выберите один правильный ответ)

- а) Повышение артериального давления
- б) Снижение артериального давления
- в) Обезболивание
- г) Противовоспалительный эффект

Правильный ответ: б

8. Какие из препаратов могут быть назначены для купирования гипертонического криза? (выберите все правильные ответы)

- а) Каптоприл
- б) Моксонидин
- в) Эналаприл
- г) Валсартан

Правильный ответ: а, б

9. Какой из перечисленных подходов к питанию наиболее эффективно способствует снижению артериального давления? (выберите один правильный ответ)

- а) Регулярное употребление соленых продуктов (колбасы, консервы, чипсы)
- б) Частое употребление жирных сортов мяса и сливочного масла
- в) Регулярное употребление овощей, фруктов, цельнозерновых продуктов и ограничение соли
- г) Регулярное потребление сладких газированных напитков и выпечки

Правильный ответ: в

10. Какие из этих привычек и условий жизни можно изменить, чтобы снизить риск повышения давления? (выберите все правильные ответы)

- а) Избыточное потребление поваренной соли (>5 г/сутки)
- б) Наследственная предрасположенность
- в) Хронический стресс
- г) Низкая физическая активность
- д) Курение
- е) Злоупотребление алкоголем (более 30 мл этанола/сутки для мужчин, 20 мл для женщин)

Правильный ответ: а, в, г, д, е

Число вопросов с правильным ответом, всего

**Анкета удовлетворенности обучением
в Школе для больных с артериальной гипертензией**

Дата _____ г.

(заполняется анонимно)

Уважаемый пациент! Ваши ответы помогут определить, насколько Вы удовлетворены обучением в Школе для больных с артериальной гипертензией, получить Ваши советы и пожелания для совершенствования обучения.

Оцените утверждения пунктов 1-9 в соответствии с Вашим мнением или отношением, по пятибалльной системе:

1 – нет;

2 – скорее нет;

3 – затрудняюсь ответить;

4 – скорее да;

5 – да.

В пункте 10 просим Вас дать развернутый ответ.

№	Вопрос (утверждение)	Баллы				
		1	2	3	4	5
1.	Мне было понятно, о чём говорили на занятиях					
2.	Информация была полезной и нужной мне					
3.	Я себя комфортно чувствовал(а) во время занятий					
4.	Преподаватели вели занятия интересно и доброжелательно					
5.	Мне удобно было посещать занятия по времени					
6.	Я освоил(а) практические навыки					
7.	У меня не было сложностей с выполнением рекомендаций после занятий					
8.	Я готов(а) применять полученные рекомендации					
9.	Я порекомендую другим людям с АГ пройти такую школу					
10.	Что Вам понравилось больше всего? Что вы хотели бы улучшить?					

Благодарим за участие в опросе! Желаем Доброго здоровья!

Критерии оценки организации обучения в школе для пациентов на основании мнения обучающихся:

до 20 баллов «Неудовлетворительно»

21–30 баллов «Удовлетворительно»

31–39 баллов «Хорошо»

40–45 баллов «Отлично»

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. 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):00. doi: 10.15829/10.15829/3034-4123-2025-55.
2. Zhou B. et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants // *The Lancet*. Elsevier BV, 2021. Т. 398, № 10304. Стр. 957–980.
3. Муромцева Г.А. и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014. Т. 13, № 6. Стр. 4–11.
4. Скворцов В.В., Тагиев Ф.З., Володина Д.М. Школа Здоровья для больных артериальной гипертензией // *Медицинская сестра*. 2023. Т. 25, № 3. Стр. 34–38.
5. Светый Л.И. и др. Исследование методик вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений артериальной гипертензии у пожилых пациентов при обучении в школе здоровья // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2021. № 1. Р. 264–271.
6. Ларина В.Н. и др. Вторичная профилактика хронических неинфекционных заболеваний на амбулаторном этапе: школы здоровья для пациентов в городской поликлинике // *CardioСоматика*. 2019. Т. 10, № 2. Стр. 49–55.
7. Perl S. et al. Randomized Evaluation of the Effectiveness of a Structured Educational Program for Patients With Essential Hypertension // *American Journal of Hypertension*. Oxford University Press (OUP), 2016. Vol. 29, № 7. P. 866–872.
8. Foroumandi E., Kheirouri S., Alizadeh M. The potency of education programs for management of blood pressure through increasing self-efficacy of hypertensive patients: A systematic review and meta-analysis // *Patient Education and Counseling*. Elsevier BV, 2020. Vol. 103, № 3. P. 451–461.
9. Tam H.L., Wong E.M.L., Cheung K. Effectiveness of Educational Interventions on Adherence to Lifestyle Modifications Among Hypertensive Patients: An Integrative Review // *IJERPH*. MDPI AG, 2020. Vol. 17, № 7. P. 2513.
10. Rakhshani T. et al. The effect of educational intervention based on the PRECEDE-PROCEED model on self-care behaviors and quality of life of hypertensive patients // *Front. Public Health*. Frontiers Media SA, 2024. Vol. 12.
11. Estrada D. et al. Efecto de una intervención educativa repetida frente a una intervención inicial sobre el control de la presión arterial en pacientes hipertensos // *Medicina Clínica*. Elsevier BV, 2022. Vol. 158, № 9. P. 406–412.
12. Кулишова Т.В. et al. Повышение качества жизни больных артериальной гипертензией, прошедших обучение в условиях санатория в школе здоровья «артериальная гипертензия» // *Современные проблемы науки и образования*. 2022. № 6–1.
13. Sha W. et al. The Effects of Health Education and the Sunrise Model of Nursing Care on Blood Pressure Control and Psychological Status in Elderly Patients with Hypertension // *Altern Ther Health Med*. 2025. Vol. 31, № 1. P. 288–293.
14. Choudhry N.K. et al. Medication Adherence and Blood Pressure Control: A Scientific Statement From the American Heart Association // *Hypertension*. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), 2022. Vol. 79, № 1.
15. Barnason S. et al. Evidence for Therapeutic Patient Education Interventions to Promote Cardiovascular Patient Self-Management: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association // *Circ: Cardiovascular Quality and Outcomes*. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), 2017. Vol. 10, № 6.

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ШКОЛА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Москва – 2025

Организация-разработчик: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России

Авторы: Драпкина О.М., Авдеев С.Н., Камкин Е.Г., Каракулина Е.В., Смирнова М.И., Жарова М.Е., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М., Нагаткина О.В., Шепель Р.Н.

Рецензенты:

Гордеев И.Г.— д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии имени академика П.Е.Лукомского Института клинической медицины ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России

Джигоева О.Н.— д.м.н., руководитель лаборатории кардиовизуализации, вегетативной регуляции и сомнологии, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, директор института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Для цитирования:

Аннотация

Большинство пациентов, страдающих бронхиальной астмой, хорошо отвечают на лечение, однако часть из них имеет заболевание, трудное для контроля. Обучение в школах для больных с бронхиальной астмой способствует повышению осведомленности пациентов о своем заболевании, профилактике факторов риска и обострений, правильной технике использования ингаляторов и навыкам самоконтроля.

Методические рекомендации по организации и проведению школы для больных с бронхиальной астмой содержат общую информацию о заболевании, об организации и проведении школы для больных с бронхиальной астмой, рекомендуемые темы и содержание занятий, тесты для оценки знаний пациентов.

Методические рекомендации предназначены для специалистов, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по специальности "Лечебное дело" или "Сестринское дело" и врачей-специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, участвующих в проведении школ здоровья.

Ключевые слова: бронхиальная астма, школа здоровья, методические рекомендации, обучение пациентов, профилактика, первичная медико-санитарная помощь

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (протокол № 7 от 16.09.2025 г.).

© ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Авторский коллектив:

Драпкина Оксана Михайловна – директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, заведующая кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России.

Авдеев Сергей Николаевич – директор клиники пульмонологии и респираторной медицины ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), академик РАН, д.м.н., профессор, главный внештатный специалист пульмонолог Минздрава России, заведующий кафедрой пульмонологии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Камкин Евгений Геннадьевич – заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации

Каракулина Екатерина Валерьевна – директор департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации

Смирнова Марина Игоревна – руководитель лаборатории профилактики хронических болезней органов дыхания отдела первичной профилактики ХНИЗ в системе здравоохранения, эксперт отдела мониторинга качества медицинской помощи Центра организационно-методического управления и анализа качества оказания медицинской помощи в регионах ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Жарова Мария Евгеньевна – эксперт отдела организации медицинской помощи Центра организационно-методического управления и анализа качества оказания медицинской помощи, врач-гастроэнтеролог ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Дроздова Любовь Юрьевна – руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н., главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России.

Калинина Анна Михайловна – главный научный сотрудник, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации.

Нагаткина Ольга Владимировна – врач-пульмонолог клиники пульмонологии и респираторной медицины ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), к.м.н., доцент.

Шепель Руслан Николаевич – заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н., главный внештатный специалист по терапии Минздрава России в Центральном федеральном округе, доцент кафедры терапии и

профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России.

Оглавление

СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ	6
1. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ	7
2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	8
3. НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ, ИНЫЕ ДОКУМЕНТЫ	9
4. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	10
5. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	11
5.1. Целевая группа пациентов	12
5.2. Типовая программа обучения пациентов	12
5.3. Рекомендуемая структура и штатное расписание	19
5.4. Рекомендации по техническому оснащению и характеристикам кабинета/зала	20
6. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	20
6.1. Факторы, влияющие на эффективность школы для больных с бронхиальной астмой	21
7. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	22
Приложение	26
Список литературы	37

СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

АЛП	–	антилейкотриеновые препараты
АСИТ	–	аллерген-специфическая терапия
БА	–	бронхиальная астма
БДБА	–	быстро действующий β_2 -агонист
ГЭРБ	–	гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ДАИ	–	дозированный аэрозольный ингалятор
ДДБА	–	длительнодействующие β_2 -агонисты
ДОГВН	–	диспансеризация определенных групп взрослого населения
ДПИ	–	дозированный порошковый ингалятор
ИГКС	–	ингаляционные глюкокортикостероиды
КДБА	–	короткодействующие β_2 -агонисты
МКБ-10	–	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
НПВС	–	нестероидные противовоспалительные средства
ОРЗ	–	острое респираторное заболевание
ОРИТ	–	отделение реанимации и интенсивной терапии
ПМО	–	профилактические медицинские осмотры
ПМСП	–	первичная медико-санитарная помощь
ПРС	–	полипозный риносинусит
ПСВ	–	пиковая скорость выдоха
СИЗ	–	средства индивидуальной защиты
DALY	–	Disability-Adjusted Life Years, годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности
GINA	–	Global Initiative for Asthma (Global Strategy for Asthma Management and Prevention Initiative of Asthma – Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы, разработанная международным комитетом экспертов)
SDI	–	Socio-demographic Index, социо-демографический индекс

1. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ

Бронхиальная астма (БА) является гетерогенным заболеванием, характеризующимся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием таких респираторных симптомов, как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей¹. Гетерогенность БА проявляется различными фенотипами заболевания, многие из которых возможно выделить в обычной клинической практике: аллергическая (атопическая), неаллергическая (в том числе «аспирин-чувствительная» и профессиональная), БА с поздним дебютом, с фиксированной обструкцией дыхательных путей, БА у пациентов с ожирением. Фенотипы БА могут сочетаться, один фенотип может трансформироваться в другой [1].

БА – одно из самых распространённых хронических неинфекционных заболеваний в мире, по оценкам, в 2021 г. ей страдали около 260 миллионов человек. За последние три десятилетия абсолютное число случаев БА увеличилось, однако стандартизированные по возрасту показатели распространённости и смертности снизились примерно на 40% и 46% соответственно, что отражает улучшение диагностики и лечения, а также демографические изменения [2,3]. Заболеваемость и распространённость астмы выше в странах с высоким социо-демографическим индексом (Socio-demographic Index, SDI), однако смертность и годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности (Disability-Adjusted Life Years, DALY) относительно выше в странах с низким SDI из-за ограниченного доступа к медицинской помощи и медикаментозной терапии. Наибольшая распространённость отмечается у детей 5–9 лет, а смертность – у пожилых. Среди факторов риска наибольший вклад в глобальное бремя астмы вносят высокий индекс массы тела, курение и профессиональные факторы [2, 4–7].

Прогнозируется, что к 2050 г. абсолютное число больных астмой достигнет 275 миллионов, однако стандартизированные по возрасту показатели останутся стабильными [2].

В Российской Федерации по данным формы федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» за 2024 г. распространённость БА (J45, J46) среди взрослого населения составила 1 393 162 человек из них 1 245 413 человек состоит на диспансерном наблюдении. При этом данные популяционного исследования свидетельствуют о более высокой распространённости заболевания [8].

Крупные рандомизированные исследования и метаанализы подтверждают, что регулярное применение ингаляционных кортикостероидов (ИГКС) достоверно снижают риск тяжелых обострений и смерти у пациентов с БА, вакцинопрофилактика – риск тяжелых респираторных инфекций, реабилитация улучшает толерантность к физической нагрузке и качество жизни. Применение таких подходов признано предпочтительным для контроля симптомов и профилактики обострений, улучшения качества жизни и прогноза согласно рекомендациям Global Initiative for Asthma (GINA)².

¹ Клинические рекомендации «Бронхиальная астма». 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/603_3 (дата обращения – 21.08.2025).

² Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention (2025 update). <https://ginasthma.org/2025-gina-strategy-report/> (дата обращения – 21.08.2025).

Профилактические медицинские осмотры (ПМО) и диспансеризация определенных групп взрослого населения (ДОГВН)³ помогают выявлять как группы риска развития БА, так и пациентов с БА. После установления диагноза (J45.0, J45.1, J45.8, J45.9 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)) пациенты подлежат диспансерному наблюдению у врача-терапевта в соответствии с Порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденным приказом Минздрава России от 15.03.2022 №168н⁴. Важным элементом диспансерного наблюдения является обучение пациентов в школах здоровья [1].

Обучение в школах здоровья способствует повышению осведомленности пациентов о своем заболевании, правильной технике использования ингаляторов и навыкам самоконтроля² [9–15]. Улучшение понимания болезни, подходов к лечению и профилактике факторов риска приводит к повышению приверженности к рекомендациям врача и снижению риска тяжелых обострений БА. Ряд исследований показывает, что участие в школах здоровья сокращает количество обращений за неотложной медицинской помощью² [9,10,16].

Разработанные методические рекомендации направлены на стандартизацию работы школ для больных с БА (медицинская услуга В04.037.003 в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н⁵). Единые подходы к обучению позволят повысить эффективность профилактических мероприятий.

2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Врач-терапевт – врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в случае возложения отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи, в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 27.03.2025 № 155н⁶ (для целей настоящих методических рекомендаций).

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение⁷.

Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую,

³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» <https://base.garant.ru/401414440/> (дата обращения – 21.08.2025).

⁴ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» <https://base.garant.ru/404523658/> (дата обращения – 21.08.2025).

⁵ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». СПС «Консультант Плюс» (дата обращения – 21.08.2025).

⁶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации 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». <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202504140028> (дата обращения – 21.08.2025).

⁷ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». СПС «Консультант Плюс» (дата обращения – 21.08.2025).

исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности⁷.

Профилактика – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания⁷.

Школа для больных с бронхиальной астмой (далее – Школа БА) – организационная форма группового профилактического консультирования (гигиенического обучения и воспитания – по МКБ-10 в классе XXI, Z70-76), являющаяся медицинской услугой, оказываемой пациентам с БА в амбулаторных условиях (B04.037.003⁵).

3. НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ, ИНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2022 № 168н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.10.2020 № 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 916н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология»»

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.05.2022 г. № 358н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при бронхиальной астме (диагностика и лечение)»
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21.03.2017 № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 475н «Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра/медицинский брат»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 138н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – аллерголог-иммунолог»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 19.03.2019 № 154н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-пульмонолог»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.03.2025 № 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»
- Клинические рекомендации «Бронхиальная астма», 2024 (https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/359_3).
- 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.

4. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Школы БА организуются в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП).

Цель организации Школы БА – совершенствование профилактических мероприятий при оказании ПМСП населению, в частности пациентам с БА, включая увеличение охвата целевых групп и доступности профилактической медицинской помощи.

Задачи:

- повышение информированности пациентов с БА о заболевании и факторах риска его плохого контроля и обострений;
- обучение пациентов профилактике индивидуальных факторов риска плохого контроля прогрессирования, обострения и осложнений БА;

- формирование правильных навыков по применению технических средств для лечения и контроля БА;
- обучение алгоритму и навыкам самопомощи при развитии приступов удушья разной степени тяжести, в том числе потенциально опасных для жизни.

5. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Решение об организации Школы БА принимается на основании объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности, половозрастного состава обслуживаемого населения, показателей уровня и структуры заболеваемости и смертности населения, других показателей, характеризующих здоровье населения, и с учетом рекомендуемых штатных нормативов медицинской организации, оказывающей ПМСП, или ее структурного подразделения⁸.

Организация Школы БА регламентируется приказом руководителя медицинской организации, в котором отражены ФИО ответственного за организацию и проведение Школы БА, перечень (ФИО, должность) медицинских и иных работников медицинской организации, участвующих в проведении Школы БА, график работы, форматы работы, численность пациентов в группе, программа обучения и иная дополнительная информация о Школе БА на усмотрение руководителя медицинской организации.

Целесообразно вести журнал учета посещений занятий в Школе БА на бумажном носителе или в электронном виде, в том числе в медицинской информационной системе, с формированием соответствующей отчетности, с указанием ФИО пациентов и ФИО, должности/-ей специалиста/-ов, проводивших занятия.

Программа обучения включает **5 тематических занятий**, проводимых в очном формате или с применением телемедицинских технологий⁹. Каждое занятие продолжается **60 минут**, включает теоретическую и практическую части (в том числе обсуждение). Все занятия хронометрированы.

Численность пациентов в группе **20 человек**. Целесообразно по возможности формировать группы пациентов в соответствии с принципами, указанными в пункте 5.1. Группы пациентов формируются до начала обучения, в процессе обучения не рекомендуется присоединение новых пациентов.

Рекомендуемая периодичность направления пациента в Школу БА не реже 1 раза в год, при необходимости – чаще:

1. После обострения, в случае стабилизации состояния, независимо от времени, прошедшего с предыдущего обучения в Школе БА;
2. В случае утраты контроля над БА, ранее полностью контролируемой, независимо от времени, прошедшего с предыдущего обучения в Школе БА;
3. При отсутствии улучшения контроля БА, независимо от времени, прошедшего с предыдущего обучения в Школе БА;

⁸ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202506020016> (дата обращения – 21.08.2025).

⁹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202505150033> (дата обращения – 21.08.2025).

4. Для пациентов с многолетним полным контролем БА или ремиссии БА при обновлении/актуализации программы обучения в Школе БА.

Во время обучения пациенты обеспечиваются необходимыми информационными материалами (программа обучения, дневник пациента и др.). Программа обучения разрабатывается на основе типовой программы обучения пациентов в соответствии с пунктом 5.2.

5.1. Целевая группа пациентов

В группу обучения включаются пациенты с установленным диагнозом БА (в том числе с впервые в жизни установленным диагнозом БА; J45.0, J45.1, J45.8, J45.9 по МКБ-10), находящиеся под диспансерным наблюдением у врача-терапевта, по направлению врача-терапевта.

При формировании групп целесообразно по возможности придерживаться следующих принципов:

- I. Формирование групп пациентов в зависимости от перенесенного обострения:

Первая группа: пациенты, перенесшие обострение легкой и средней степени тяжести в течение прошедших 12 мес. и/или пациенты, перенесшие тяжелое обострение в течение прошедших 2 лет без критериев для формирования второй группы пациентов для Школ БА (эти пациенты характеризуются риском обострений в ближайший период, если профилактика факторов риска осуществляется недостаточно, терапия БА не соответствует клиническим рекомендациям или пациент плохо привержен к терапии и профилактике БА).

Вторая группа: пациенты, перенесшие тяжелое обострение когда-либо в жизни, потребовавшее госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), интубации, искусственной вентиляции легких (эти пациенты относятся пожизненно к группе риска тяжелых обострений, наиболее вероятно нуждающихся в психологической поддержке, консультации медицинского психолога или врача-психиатра).

- II. Формирование групп пациентов в зависимости от уровня контроля симптомов БА и/или степени тяжести БА:

Первая группа: пациенты с тяжелой БА с любым уровнем контроля и пациенты со среднетяжелой неконтролируемой БА.

Вторая группа: пациенты со среднетяжелой частично контролируемой БА и контролируемой БА и пациенты с легкой БА с любым уровнем контроля.

Не привлекаются к занятиям в Школе БА пациенты с выраженным нарушением когнитивных функций, наличием клинически значимых острых заболеваний или хронических заболеваний в стадии обострения.

Для немобильных или маломобильных пациентов с БА возможна организация проведения Школ БА на дому с привлечением законных представителей (опекунов, родственников) при необходимости.

5.2. Типовая программа обучения пациентов

- Занятие 1. Что такое бронхиальная астма (БА) и как ее контролировать?
- Занятие 2. Поддерживающая (базисная) терапия БА и терапия для купирования симптомов.
- Занятие 3. Что делать при обострении и как его избежать?
- Занятие 4. Образ жизни пациента с БА.

Занятие 5. Дополнительные аспекты контроля над здоровьем легких, обсуждение вопросов и закрепление навыков.

Скачать полезные материалы, а также ознакомиться с информацией о заболевании можно на сайте:



В приложении представлена форма медицинской документации «План самоведения пациентов с бронхиальной астмой» с порядком заполнения; дневник пациента с БА для контроля пиковой скорости выдоха (ПСВ) в домашних условиях с методикой проведения пикфлоуметрии в домашних условиях и инструкцией по заполнению дневника, а также дневник самоконтроля симптомов БА по 4 вопросам GINA с инструкцией по заполнению.

Занятие 1. Что такое бронхиальная астма (БА) и как ее контролировать?

Цель: сформировать у пациентов базовое понимание о бронхиальной астме как хроническом заболевании и обучить основам самоконтроля болезни и алгоритму самопомощи при приступе удушья.

Задачи:

- Дать кратко основную информацию о строении легких и дыхательных путей, патофизиологии БА.
- Дать определение БА, разъяснить ее хроническую природу и необходимость контроля болезни в течение всей жизни.
- Рассмотреть причины и факторы риска плохого контроля и обострений БА.
- Рассказать о степенях тяжести течения и уровнях контроля симптомов, разнообразии фенотипов БА.
- Научить пациентов методам самоконтроля: проведению домашней пикфлоуметрии, ведению дневника пикфлоуметрии, триггеров симптомов БА, симптомов БА, в том числе с помощью 4 вопросов GINA для оценки уровня контроля.
- Разъяснить роль диспансерного наблюдения врачом-терапевтом.

Содержание занятия:

Входное тестирование знаний.

Теоретическая часть

Пациентам дается основная информация о строении легких и дыхательных путей, патофизиологии БА.

Пациентам разъясняется, что БА – это хроническое воспалительное заболевание бронхов, при котором периодически возникает обратимое сужение дыхательных путей (бронхоспазм, отек). Подчеркивается, что БА не излечивается полностью, поэтому ее необходимо научиться контролировать пожизненно, даже при наступлении ремиссии. Это позволяет сделать не только

медикаментозная терапия БА, но и управление факторами риска и сопутствующими заболеваниями. Главная задача пациента – ежедневно управлять факторами риска и не допускать утраты контроля над симптомами, обострений болезни. Рассматриваются основные причины и триггеры астмы: от аллергенов (клещи домашней пыли, пыльца растений, эпидермис животных, плесневые грибки и пр.) до неаллергических факторов (не истинных аллергенов), таких как вирусные респираторные инфекции, холодный воздух, физические упражнения и др., а для пациентов с непереносимостью нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), хроническим полипозным риносинуситом (ПРС) – прием болеутоляющих, противовоспалительных препаратов из группы НПВС; сопутствующие заболевания – аллергический ринит, ПРС, ожирение, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Обсуждается, что существуют различные фенотипы БА (аллергический, неаллергический и др.) в зависимости от типа воспаления; методы контроля аллергенов и триггеров.

Рассматривается домашний метод пикфлоуметрии – измерение пациентом пиковой скорости выдоха (ПСВ) в домашних условиях. Инструктор демонстрирует, как правильно пользоваться портативным пикфлоуметром. Пациенты получают дневники самоконтроля и учатся правильно использовать пикфлоуметр и записывать показатели ПСВ. Пациентам разъясняется, как использовать 4 вопроса GINA для оценки симптомов БА и интерпретировать полученные результаты, отмечать симптомы и наименования триггеров, их эффекты (симптомы). Анализ данных дневника позволяет врачу и самому пациенту оценивать динамику болезни, уточнять аллергены и триггеры: по колебаниям показателей можно выявить начало ухудшения астмы (снижение ПСВ), еще до появления выраженных симптомов, и вовремя предпринять меры по предупреждению БА. Пациенты учатся составлять индивидуальный список триггеров – отмечать, какие факторы (например, контакт с животными, пыль, физическая нагрузка, выход на холод) вызывали у них симптомы, что делать, чтобы избежать появления или ухудшения симптомов БА.

Кратко рассматривается алгоритм самопомощи при приступе БА, который изучается на других занятиях.

Подчеркивается важность регулярного диспансерного наблюдения и кратко перечисляются проводимые мероприятия в рамках диспансерного наблюдения.

Практическая часть

Ответы на вопросы, обсуждение, в том числе действий/алгоритма при приступе удушья.

Пациенты предупреждаются о необходимости принести на следующее занятие лист с назначениями врача по лечению БА и ингаляторы.

Занятие 2. Поддерживающая (базисная) терапия БА и терапия для купирования симптомов

Цель: ознакомить пациентов с принципами медикаментозного лечения астмы и сформировать навыки правильного использования ингаляторов для эффективной и безопасной доставки лекарственных веществ.

Задачи:

- Дать основную информацию о современных методах лечения БА.
- Разъяснить отличия между регулярной поддерживающей (базисной) терапией и средствами для купирования симптомов БА.
- Рассказать о понятии контроля симптомов БА (контроля БА), как он достигается.

- Напомнить о методе домашней пикфлоуметрии как возможности выявления ухудшения течения БА еще до нарастания симптомов.
- Обучить пациентов технике ингаляции с помощью дозированных ингаляторов: показать на тренажерах (макетах ингаляторов), как правильно пользоваться различными ингаляторами (или видеоролик); проверить и откорректировать навыки каждого пациента по применению индивидуальных средств доставки, в том числе дать информацию про спейсеры к ДАИ, и уход за ними.
- Подчеркнуть важность соблюдения назначений врача и о рисках, связанных с самостоятельной отменой ингаляционной терапии, необходимость регулярного диспансерного наблюдения.

Содержание занятия:

Пациенты приносят на занятие назначения врача для лечения БА и свои ингаляторы.

Теоретическая часть

Пациентам представляются две основные группы препаратов для лечения БА: поддерживающие/улучшающие контроль (базисные) средства и препараты для купирования симптомов. В доступной форме объясняется, почему важно ежедневно ингалировать базисные препараты. Пациентам приводятся данные, что при правильной базисной терапии уменьшается потребность в ингаляторах «скорой помощи», риск обострений и госпитализаций. Отдельно обсуждаются возможные побочные эффекты, в частности ИГКС, и способы их минимизации (полоскать рот после ингаляций и др.), развенчиваются мифы о «вредных гормонах» в терапии БА, кратко обсуждаются вопросы применения антилейкотриеновых препаратов (АЛП), теофиллинов, АСИТ, биологической терапии.

Преподаватель напоминает, что подбор схемы лечения строго индивидуален и осуществляется врачом – сам пациент не должен произвольно менять дозы, кратность применения или отменять лекарства, если это не предписано врачом. Также обсуждается необходимость иметь при себе ингалятор, соблюдать сроки годности препаратов и условия их хранения.

Напоминают, что кроме самочувствия, важным объективным показателем служит пикфлоуметрия: снижение показателей ПСВ на $\geq 20\%$ от лучших значений может означать начинающуюся утрату контроля над БА, что делать в таких случаях.

Практическая часть

Обучение правильной технике ингаляций. Инструктор показывает пошагово, как пользоваться дозированным аэрозольным ингалятором (ДАИ), в том числе со спейсером к нему. Каждому пациенту дают попробовать выполнить эти действия на макете-ингаляторе или собственном устройстве под наблюдением преподавателя школы. Аналогично разбирается техника использования порошковых ингаляторов. Преподаватель исправляет типичные ошибки. Правильная техника значительно повышает долю лекарства, доставляемого в легкие; некорректное использование ингаляторов – одна из частых причин неконтролируемой БА, побочных эффектов препаратов. Пациентам рекомендуют периодически показывать врачу на приеме, как они используют то или иное ингаляционное устройство для контроля качества ингаляций. Пациентам рассказывают о базовых принципах ухода за ингаляторами и спейсерами.

Пациентов просят на следующее занятие принести назначения врача для помощи при обострении.

Занятие 3. Что делать при обострении и как его избежать?

Цель: научить пациентов своевременно распознавать начинающееся обострение БА, оказывать себе первую помощь при приступе удушья, следуя индивидуальному плану самопомощи.

Задачи:

- Объяснить пациентам, как распознать обострение БА в самом начале. Дать критерии различия легкого и тяжелого приступа БА.
- Обсудить письменный план действий при ухудшении контроля БА, приступе БА, обострении БА.
- Отработать алгоритм самопомощи при приступе удушья: как правильно действовать при первых признаках, что делать при усугублении симптомов, когда обращаться за медицинской помощью.
- Дать информацию о небулайзерной терапии, когда ее используют и принципах подбора небулайзера для домашнего применения, ухода за ним.
- Научить пациентов создавать вокруг себя безопасную среду для профилактики обострения и при обострении, всегда с собой носить средства самопомощи и информационный листок о заболевании и действиях потенциального помощника/-ов в случае тяжелого приступа БА.
- Напомнить о регулярном диспансерном наблюдении, внеочередной явке к врачу при/после обострения.

Содержание занятия:

Пациенты приносят на занятие назначения врача для помощи при обострении.

Теоретическая часть

В начале занятия пациентам объясняют признаки начала обострения. Обсуждаются субъективные симптомы: появление, учащение кашля, появление свиста при дыхании, чувство стеснения в груди, нарастание одышки, необходимость чаще использовать ингалятор быстрого действия, например, ночью или перед/во время нагрузки. Могут быть индивидуальные признаки обострения. Следует отметить, что нарастать симптомы могут в течение нескольких дней, но иногда это – часы и даже минуты, когда время для экстренных действий ограничено. Пациенту разъясняют, что следует выполнить при ухудшении контроля над БА/усилении симптомов: воспользоваться письменным планом действий самопомощи, в котором врачом должны быть прописаны все необходимые действия.

Далее в интерактивной форме разбирается практический алгоритм действий при приступе астмы. Пациентам пошагово объясняют, что делать, если начался приступ удушья. Преподаватель школы моделирует различные ситуации: легкий приступ (пациент самостоятельно купирует его ингалятором и состояние улучшается) и тяжелый приступ (требуется медицинская помощь врачей, до этого – окружающих, если сам пациент не может выполнить необходимые мероприятия). Группа обсуждает эти сценарии. Специалист, проводящий занятие, акцентирует внимание на том, что знание и выполнение принципов самопомощи помогает облегчить симптомы и исключить панику,

что помогает снять страх перед удушьем. Специалист оценивает, верно ли пациенты понимают, что делать в каждом случае.

Пациентам рассказывают, что небулайзерная терапия является разновидностью ингаляционной терапии обострения, при которой лекарственные средства распыляются прибором в виде аэрозоля мельчайших частиц, вдыхаются пациентом обычно без дополнительных усилий и доставляются непосредственно в легкие и бронхи даже при тяжелом приступе (в самые отдаленные участки дыхательных путей). Небулайзеры могут применяться в домашних условиях, так как просты в использовании. Продемонстрировать пример применения небулайзера или показать видеоролик. Отметить, что небулайзер используется только при обострении; у пациентов с двигательными или когнитивными нарушениями, когда ДАИ/ДПИ адекватно использовать невозможно, также рассматривается терапия БА посредством небулайзера.

Далее обсуждаются вопросы, связанные с терапией обострения, рекомендованной лечащим врачом (если есть вопросы), как создать безопасную среду дома, а также на работе: регулярная влажная уборка (удаление пыли, плесени), проветривание помещений и/или использование средств индивидуальной защиты (СИЗ, например: назальные фильтры, респираторы, маски), использование средств очистки воздуха, борьба с домашними насекомыми, грызунами, гипоаллергенное постельное белье, питание, профилактика респираторных инфекций, др., наличие плана действий для окружающих, которые на его основании смогут помочь пациенту при тяжелом приступе. Пациент всегда носит с собой в кармане ингалятор для купирования симптомов БА и шприц с лекарством, если назначено врачом.

Практическая часть

Рассматривается конструкция, использование и уход за небулайзером; применение ДАИ/ДПИ, инъекции препаратов при приступе. Имитируется ситуация тяжелого обострения и необходимые действия.

Занятие 4. Образ жизни пациента с БА

Цель: разъяснить пациентам, что правильно организованный образ жизни (контроль аллергенов, триггеров, сопутствующих заболеваний, дозированная физическая активность, здоровое питание и контроль массы тела, контроль воздушной среды и стресса, психологическая поддержка) способствует лучшему контролю БА.

Задачи:

- Разъяснить пациентам, что необходим постоянный контроль аллергенов, триггеров, сопутствующих заболеваний.
- Рассказать, что пациентам с БА не стоит избегать физической активности, к ней нужно быть готовым.
- Обсудить принципы правильного питания при БА, необходимость обращать внимание на состав продуктов во избежание контакта с пищевыми аллергенами и гистаминолибераторами.
- Рассмотреть бытовые аспекты: как минимизировать контакт с аллергенами/триггерами дома и отказаться от вредных привычек.
- Обратить внимание на психологические аспекты: научить методам релаксации, чтобы лучше управлять стрессом и тревогой, которые могут провоцировать приступы БА.

Содержание занятия:

Теоретическая часть

Пациентам напоминают, что необходим постоянный контроль аллергенов, триггеров и сопутствующих заболеваний.

Пациентам объясняют, что не стоит ограничивать физическую активность при БА. Физические упражнения укрепляют общую выносливость и даже способны слегка улучшить показатели функции легких и контроль симптомов. Обсуждаются подходящие виды активности: плавание считается одним из лучших вариантов; полезны ходьба, велотренировки, гимнастика. Не рекомендуются тяжёлые нагрузки на холодном воздухе без подготовки. Преподаватель школы знакомит с методикой дыхательной гимнастики. Преподаватель также показывает упражнения для укрепления мышц груди и диафрагмы. Делают акцент, что пациентам с астмой физического усилия необходимо делать ингаляцию ИГКС/БДБА перед физической нагрузкой, а лечащий врач рассматривает, нужна ли терапия АЛП.

Пациентам разъясняют, что здоровое питание значительно улучшает общее состояние организма; рекомендуется придерживаться сбалансированного рациона, богатого овощами и фруктами, клетчаткой и полиненасыщенными жирными кислотами, однако рекомендуют исключить из рациона продукты-аллергены, учитывая индивидуальную чувствительность к ним.

Пациентам с избыточной массой тела необходимо постепенное снижение веса – даже потеря 5–10% массы может улучшать контроль БА, функцию легких, уменьшать одышку и снижать потребность в препаратах для купирования симптомов БА. При сопутствующем апноэ сна СИПАП-терапия снижает выраженность симптомов, может снижать риск тяжелых обострений БА.

Пациентам напоминают, что необходимо изучать состав продуктов перед покупкой, так как содержащиеся в них добавки, консерванты и красители могут быть аллергенами/триггерами/гистаминолибераторами и вызывать появление или ухудшение симптомов.

На занятии затрагиваются психологические аспекты жизни с БА, так как стрессовые ситуации могут спровоцировать приступ.

Практическая часть

Анализ состава некоторых продуктов – пациентам предлагается изучить состав продукта и определить наличие в нем потенциальных аллергенов/триггеров/гистаминолибераторов.

Пациентам предлагаются простые техники: мышечная релаксация (поочередное напряжение и расслабление групп мышц), дыхательные упражнения, массаж лица (позволяет снять напряжение и способствует профилактике приступов) и др.

Обсуждается важность поддержки близких: родные должны понимать особенности БА, не стигматизировать диагноз и создавать дома спокойную эмоциональную атмосферу. Следует кратко рассказать, когда требуется помощь врача-психиатра и/или медицинского психолога.

Пациенты под контролем инструктора выполняют упражнения дыхательной гимнастики и короткую релаксационную сессию, массаж лица, обсуждают со специалистом школы возникшие вопросы.

Занятие 5. Дополнительные аспекты контроля над здоровьем легких, обсуждение вопросов и закрепление навыков

Цель: информировать пациентов о важных дополнительных аспектах профилактики БА, закрепить знания и навыки, полученные в ходе обучения.

Задачи:

- Дать пациентам основную информацию о вакцинации против респираторных инфекций и общим мерам профилактики острых респираторных заболеваний (ОРЗ).
- Повторить ключевые моменты предыдущих занятий, убедиться, что у пациентов не осталось вопросов в процессе обсуждения.
- Проверить навыки пациентов: правильность техники использования ингаляторов, умение провести пикфлоуметрию и заполнить дневник самоконтроля, выполнить алгоритмы действий при обострении и регулярного применения ингаляционных препаратов.
- Проведение итогового тестирования и анонимной оценки качества школы здоровья.

Содержание занятия:

Теоретическая часть

Рассказать, что пациентам с БА рекомендована вакцинация от гриппа и от пневмококковой инфекции, а также от других инфекций в соответствии с национальным календарем профилактических прививок (например, от дифтерии, столбняка, коклюша). План вакцинации необходимо уточнять у лечащего врача в рамках диспансерных приемов, так как из-за недавно перенесенного обострения БА, ОРЗ и иных состояний график вакцинации может быть скорректирован.

Рассказать пациентам о необходимости применения средств индивидуальной защиты и медикаментозной профилактики в периоды распространения ОРЗ, о необходимости избегать контактов с лицами с выявленными или подозрительными на наличие ОРЗ, какие меры принимать, если ОРЗ заболел кто-то из членов семьи.

Напомнить о вреде курения; необходимости регулярной терапии БА и диспансерного наблюдения, контроле триггеров и сопутствующих заболеваний, которые могут влиять на течение БА.

Дополнительно рассказать пациентам, что во время беременности забота о здоровье требует особого внимания, но при грамотном контроле БА, соблюдении лечения большинство женщин хорошо переносят беременность и могут родить здоровых детей. Важно, чтобы женщина своевременно обращала внимание на любые ухудшение самочувствия, находилась под наблюдением врача-терапевта участкового, врача – акушера-гинеколога, врача-пульмонолога, чтобы своевременно выявлять и купировать обострения.

Практическая часть

Проводится контроль навыков – пациенты демонстрируют, как пользуются своими ингаляторами. При необходимости инструктор корректирует технику. Обсуждаются все вопросы.

В финале проводится итоговое тестирование знаний и анкетирование для оценки качества Школы БА.

5.3. Рекомендуемая структура и штатное расписание

Обучение в школах для пациентов проводят специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним

профессиональным образованием по специальности "Лечебное дело" или "Сестринское дело"¹⁰ и врачи-специалисты ПМСП.

5.4. Рекомендации по техническому оснащению и характеристикам кабинета/зала

Необходимо помещение, оборудованное для групповой работы: стулья, столы без тумбочек, рабочее место обучающего (стол, стул, компьютер с выходом в информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»), доска маркерная (с набором маркеров), шкаф для размещения наглядных пособий, пикфлоуметр, со сменными мундштуками, ростомер, весы напольные, сантиметровая лента, комплекты структурированных программ обучения по темам, демонстрационное оборудование (экран, проектор), комплект систем ингаляционной доставки лекарств, пульсоксиметр, дыхательные тренажеры для тренировки инспираторных и экспираторных мышц (флаттер, трешолд, др.), гантели, гимнастическая палка), маски, назальные фильтры, респираторы, др. СИЗы, вентиляция (системы кондиционирования и очистки воздуха); информационные материалы с перечнем главных и соответствующих второстепенных аллергенов, включая продукты питания, дневники пикфлоуметрии, бумага для записей, ручки.

Необходимое количество оборудования рассчитывается по потребностям. Площадь помещения определяется из расчета 4 м² на 1 человека¹¹, но должна составлять не менее 24 м².

6. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Деятельность Школы БА обязательно должна быть направлена на решение проблем, наиболее значимых для конкретного контингента пациентов в текущий период времени и обязательно должна преследовать конкретный, видимый результат за относительно небольшой отрезок времени. Правильная подготовка к проведению Школы БА, в частности материально-технических и кадровых ресурсов, – важная составляющая успешных результатов.

Медицинские работники Школы БА должны научиться работать в команде. Специалисты, не умеющие работать в команде, даже если они имеют более высокую квалификацию по сравнению со сложившейся командой единомышленников, не должны приглашаться для ведения занятий в Школе БА.

Вся наглядная продукция, используемая в Школе БА, должна быть:

- красочной;
- информативной;
- запоминающейся;
- понятной;
- интересующей;
- доступной.

Цветовое и иное оформление целесообразно обсуждать с психологом.

¹⁰ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" СПС «Консультант Плюс» (дата обращения 19.09.2025)

¹¹ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24 декабря 2020 г. № 44 «Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг». СПС «Консультант Плюс» (дата обращения – 21.08.2025).

Занятия в Школе БА следует проводить в интерактивной форме, избегать больших информационных блоков в структуре занятий.

Занятия должны быть предварительно четко структурированы, хронометрированы. Продолжительность занятий не должна превышать 60 мин.

6.1. Факторы, влияющие на результативность школы для больных с бронхиальной астмой

Факторы, влияющие на результативность профилактической помощи в Школе БА, неразрывно связаны с качеством профилактической помощи в целом. Эти факторы можно разделить на несколько групп:

- факторы профессиональной компетентности медицинских работников;
- факторы отношений и взаимопонимания между медицинскими работниками и пациентами, их межличностные отношения;
- факторы организации профилактической работы в целом, которые определяют и ее качество.

Эти же факторы влияют на приверженность пациентов к сохранению и укреплению здоровья, а также к выполнению рекомендаций врача, в том числе и соблюдение режима лекарственной терапии. Среди факторов дифференцируют положительные (факторы, способствующие повышению качества профилактической помощи) и отрицательные (факторы, негативно влияющие на качество профилактической помощи). Основные группы этих факторов перечислены в таблице 1.

Таблица 1 – Группы положительных и отрицательных факторов

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (СОДЕЙСТВИЕ)	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (ПРЕПЯТСТВИЕ)
<i>Факторы профессиональной компетентности медицинского работника</i>	
Знание основ профилактической помощи (понятие риска, основы консультирования, технологии и др.)	Пренебрежение профилактической помощью (предпочтение диагностике и лечению)
Знание основ поведенческой медицины	Преобладание синдромального подхода
Разумная интеграция лечения и профилактики	Противопоставление лечения и профилактики
<i>Факторы отношений (медицинский работник – пациент)</i>	
Взаимопонимание, сопереживание (эмпатия)	Равнодушие
Понимание потребности пациента	Уверенность медицинских работников в том, что они «знают» в чем нуждается пациент
Уверенность медицинского работника и умение объяснять	Неспособность объяснять и убеждать
<i>Факторы организации и качества профилактической помощи</i>	
Ненавязчивая форма консультирования при очередных посещениях (по обращаемости)	Насильственные (требующие усилий со стороны пациента) рекомендации и назначения
Обсуждение с пациентом его проблем здоровья	Директивная форма рекомендаций
Простота и доступность (по времени, цене и пр.) профилактических мер и рекомендаций	Сложные схемы и многоступенчатость профилактической помощи
Наличие письменных инструкций, советов	Устные советы и рекомендации
Наличие красочных печатных материалов	Плохое полиграфическое качество материалов

Взаимодействие между медицинскими работниками	Незаинтересованность в профилактической работе
---	--

7. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Для оценки результативности профилактической помощи пациентам с БА необходима и систематическая оценка результативности Школ БА, оценка знаний пациентов и оценка удовлетворенности обучением в Школе БА.

Для оценки результативности Школ БА рекомендуется использовать следующие критерии:

- доля обученных пациентов с БА из числа состоящих на диспансерном наблюдении (%);
- доля обученных пациентов с БА из числа лиц с впервые установленным диагнозом (%);
- доля пациентов, прошедших полный цикл обучения, от числа направленных (%);
- стабилизация (отсутствие роста) или снижение уровня госпитализаций пациентов с БА, состоящих на диспансерном наблюдении у врача-терапевта, прошедших обучение в Школе БА;
- снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к пациентам с БА, состоящим на диспансерном наблюдении у врача-терапевта, прошедшим обучение в Школе БА;
- снижение частоты обострений среди пациентов с БА, состоящих на диспансерном наблюдении у врача-терапевта, прошедших обучение в Школе БА.

Конкретные показатели критериев оценки результативности работы Школ БА определяются руководителем медицинской организации с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей, объемов оказываемой медицинской помощи.

При необходимости по решению руководителя медицинской организации могут использоваться дополнительные критерии оценки результативности Школ БА.

Для оценки результативности Школ БА рекомендуется проводить оценку знаний пациентов до и после обучения на основе теста для контроля знаний.

Тесты для контроля знаний

ФИО

Дата

1. Что такое бронхиальная астма? *Вопрос с одним правильным ответом*

- а) Инфекционное заболевание лёгких
- б) Хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей
- в) Аллергическая реакция только на пыльцу
- г) Наследственное заболевание

Правильный ответ: б

2. Какой прибор используется для измерения пиковой скорости выдоха при бронхиальной астме? *Вопрос с одним правильным ответом*

- а) Тонометр
- б) Пикфлоуметр
- в) Пульсоксиметр
- г) Термометр

Правильный ответ: б

3. Что такое «триггер» при бронхиальной астме? *Вопрос с одним правильным ответом*

- а) Лекарство от астмы
- б) Симптом болезни
- в) Фактор, который может вызвать или усилить симптомы
- г) Метод лечения астмы

Правильный ответ: в

4. Для чего ведут дневник самоконтроля при БА? *Вопрос с одним правильным ответом*

- а) Чтобы фиксировать
- б) Чтобы записывать количество
- в) Чтобы отслеживать триггеры, симптомы, показатели пикфлоуметрии и кратность использования ингаляторов регулярной (базисной) терапии и ингаляторов для купирования симптомов БА
- г) Чтобы планировать покупки

Правильный ответ: в

5. Как часто рекомендуется измерять пиковую скорость выдоха в период недостаточного контроля БА? *Вопрос с одним правильным ответом*

- а) Раз в месяц
- б) Раз в неделю
- в) 2 раза в день
- г) 2 раза в неделю

Правильный ответ: в

6. Какие действия входят в правильное использование пикфлоуметра? *Выберите все верные ответы*

- а) Вдохнуть глубоко перед выдохом в прибор
- б) Выдохнуть медленно и плавно
- в) Выдохнуть максимально быстро и сильно
- г) Записать результат в дневник

Правильный ответ: а, в, г

7. Какие факторы могут быть триггерами бронхиальной астмы? *Вопрос с одним правильным ответом*

- а) Пыль и пыльца растений
- б) ОРЗ
- в) Физическая нагрузка
- г) Все перечисленные

Правильный ответ: г

8. Какие действия необходимо выполнить для правильной техники ингаляции? *Вопрос с одним правильным ответом*

- а) Сделать глубокий выдох, плотно обхватить мундштук губами, сделать медленный вдох и одновременно нажать на баллончик, задержать дыхание на несколько секунд и медленно сделать выдох
- б) Снять колпачок, обхватить мундштук губами, нажать на баллончик и сделать выдох
- в) Встряхнуть ингалятор, снять колпачок, обхватить мундштук губами, нажать на баллончик и сделать выдох
- г) Снять колпачок, встряхнуть ингалятор, обхватить мундштук губами, нажать на баллончик и сделать выдох

Правильный ответ: а

9. Что включает дневник самоконтроля пациента с бронхиальной астмой? *Выберите все верные ответы*

- а) Показатели пикфлоуметрии
- б) Контакт с триггером
- в) Уровень глюкозы в крови
- г) Симптомы и их контроль по 4 вопросам GINA

Правильный ответ: а, б, г

10. Какие группы препаратов относятся к главным для регулярной (базисной) терапии бронхиальной астмы? *Выберите все верные ответы*

- а) Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС)
- б) Длительно действующие β_2 -агонисты (ДДБА) в комбинации с ИГКС
- в) Антибиотики
- г) Короткодействующие β_2 -агонисты (КДБА)

Правильный ответ: а, б

Число вопросов с правильным ответом, всего _____

Удовлетворенность обучением

Каждый пациент по окончании курса анонимно заполняет анкету удовлетворенности обучением в Школе БА. Анкета позволяет оценить различные аспекты: полезность полученных

знаний, понятность материала, удобство организации занятий (время, формат), компетентность преподавателей и т.д. Индивидуальная удовлетворенность важна не только как показатель качества, но и как фактор приверженности: пациент, положительно оценивший организацию и проведение Школы БА, с большей вероятностью будет применять полученные знания.

Анкета удовлетворенности обучением в Школе для больных с бронхиальной астмой

Дата _____ г.

(заполняется анонимно)

Инструкция для пациентов. Просим Вас заполнить анонимно следующую анкету. Ваши ответы помогут определить, насколько Вы удовлетворены обучением в школе для больных с бронхиальной астмой, получить Ваши советы и пожелания для совершенствования обучения. Дайте оценку в соответствии с Вашим мнением или отношением, по пятибалльной системе для пунктов 1-9:

1 – нет;

2 – скорее нет;

3 – затрудняюсь ответить;

4 – скорее да;

5 – да.

В пункте 10 необходимо ответить в развернутом виде на предлагаемые вопросы.

№	Вопрос (утверждение)	Баллы				
		1	2	3	4	5
1.	Мне было понятно, о чём говорили на занятиях					
2.	Информация была полезной и нужной мне					
3.	Я себя комфортно чувствовал во время занятий					
4.	Преподаватели вели занятия интересно и доброжелательно					
5.	Мне удобно было посещать занятия по времени					
6.	Я умею правильно пользоваться ингалятором					
7.	У меня не было сложностей с выполнением рекомендаций после занятий					
8.	Я готов(а) применять полученные рекомендации					
9.	Я порекомендую другим людям с БА пройти такую школу					
10.	Что вам понравилось больше всего? Что вы хотели бы улучшить?					

Благодарим за участие! Желаем Доброго здоровья!

Критерии оценки организации обучения в школе здоровья на основании мнения пациента:

до 20 баллов «Неудовлетворительно»

21–30 баллов «Удовлетворительно»

31–39 баллов «Хорошо»

40–45 баллов «Отлично»

Форма медицинской документации

План самоведения для пациента с бронхиальной астмой

1. Ф.И.О. _____

Условия оказания медицинской помощи:

☐ В медицинской организации

☐ На дому

Дата посещения «____» _____ 20__ г. Время _____

2. Факторы риска плохого контроля и обострений БА, осложнений, прогностически неблагоприятных сопутствующих заболеваний:

☐ аллергены, триггеры, профессионально-производственные факторы и факторы окружающей среды внутри и вне помещений, в том числе в быту

Наиболее часто встречающиеся группы аллергенов и аллергены:

Группы аллергенов	Аллергены	Группы аллергенов	Аллергены
Бытовые	☐ клещи книжной пыли ☐ клещи домашней пыли ☐ средства бытовой химии	Пищевые	☐ Яйцо ☐ Зерновые _____ ☐ Овощи _____ ☐ Фрукты _____ ☐ Молочные ☐ Орехи ☐ Мед ☐ Шоколад ☐ Морепродукты
Пыльцевые	☐ Деревья (ольха, береза, орешник) ☐ Злаковые (луговые), травы ☐ Сложноцветные (подсолнечник, полынь, амброзия) ☐ Маревые (лебеда)	Насекомых, животных	☐ Клещ ☐ Эпидермис животных _____ ☐ Перо птицы _____ ☐ Пчела ☐ Оса ☐ Комар
Лекарственные	☐ Пенициллины ☐ Цефалоспорины ☐ Сульфаниламиды ☐ Левомецетин ☐ НПВС ☐ Аспирин ☐ Анальгетики ☐ Витамины гр.В	Промышленные	☐ Скипидар ☐ Масла ☐ Никель ☐ Хром ☐ Мышьяк ☐ Деготь ☐ Смолы ☐ Дубильные вещества ☐ Красители ☐ Кислоты
Микробные	☐ Плесневые и другие грибы (Aspergillus, Candida, Mucor, др.) ☐ ОРВИ	Компоненты вакцин	Указать названия вакцин или компонента/-ов: _____ _____ _____ _____

Другие аллергены, триггеры: _____

Рекомендации:

- ☐ исключить контакт с аллергенами, триггерами
- ☐ использовать средства индивидуальной защиты:
 - ☐ назальные фильтры
 - ☐ защитный спрей для носа
 - ☐ промывание носа
 - ☐ сорбенты
 - ☐ респиратор
 - ☐ системы очистки воздуха
 - ☐ другие _____

☐ заболевания верхних дыхательных путей и полости рта:

- ☐ ринит
- ☐ синусит
- ☐ тонзиллит
- ☐ гингивит
- ☐ другие _____

Рекомендации: _____

- ☐ частые респираторные инфекции

Рекомендации: _____

- ☐ курение

Рекомендации: _____

- ☐ гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)

Рекомендации: _____

- ☐ ожирение

Рекомендации: _____

- ☐ беременность

Рекомендации: _____

- ☐ эозинофилия **крови** или **мокроты** (подчеркнуть)

Уровень эозинофилов: в крови _____ (кл/мкл) в мокроте _____ (кл/мкл)

Рекомендации: _____

- ☐ плохая приверженность к лечению

Рекомендации: _____

☐ низкий уровень витамина D

Указать значение: _____ нг/мл

Целевое значение: _____ нг/мл

Рекомендации: _____

☐ низкая физическая активность

Рекомендации: _____

☐ плохой контроль сердечно-сосудистых заболеваний

☐ уровень АД

☐ ЧСС

☐ отечный синдром

☐ другое _____

Рекомендации: _____

Дополнительно: прием бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ, НПВС, АСК может быть строго противопоказан _____

☐ психологические и социально-экономические проблемы

Рекомендации: _____

Дополнительная информация: _____

3. Поддерживающая (регулярная, базисная) ингаляционная терапия (наименование лекарственного препарата/-ов, доза/-ы в 1 ингаляции, количество ингаляций на 1 прием, кратность приемов в сутки):

4. Ингаляционная терапия для купирования симптомов (наименование лекарственного препарата/-ов, доза/-ы в 1 ингаляции, количество ингаляций на 1 прием, максимальное количество ингаляций в сутки):

5. Тактика при ухудшении контроля (усиление симптомов БА или снижении ПСВ $\geq 20\%$)

А. Устранить контакт с аллергенами и триггерами

Б. Скорректировать поддерживающую (регулярную, базисную) терапию и/или прием препарата для купирования симптомов (наименование лекарственного препарата/-ов, доза/-ы в 1 ингаляции, количество ингаляций на 1 прием, кратность приемов в сутки, максимальное количество ингаляций в сутки) _____

В. Если зарегистрировано снижение ПСВ на $\geq 30\%$, действуйте в соответствии с индивидуальным планом самоведения и запишитесь на прием к лечащему врачу

6. Тактика при обострении

А. При внезапно развившемся остром выраженно тяжелом приступе:

- немедленно прекратить контакт с аллергеном,
- немедленно сообщить окружающим о приступе астмы и вызвать СМП,
- немедленно ингалировать _____

- при невозможности выполнить ингаляцию немедленно принять _____

и/или сделать внутримышечную инъекцию в бедро _____

Б. Если из-за обострения астмы вам трудно без пауз произнести фразу так, что слова приходится говорить отдельно с перерывом для дыхания, немедленно вызвать скорую медицинскую помощь

В. При менее тяжелом обострении (наименование лекарственного препарат/-ов, доза/-ы в 1 ингаляции, количество ингаляций на 1 прием, максимальное количество ингаляций в сутки; показания для добавления преднизолона / метилпреднизолона, доза, длительность применения):

7. Перечень необходимых технических устройств (ингаляторы, пикфлоуметр, пульсоксиметр, дыхательный тренажер, др.): _____

8. Рекомендации по применению технических устройств: _____

9. Рекомендации по самоконтролю:

- ☐ Домашняя пикфлоуметрия (форма прилагается)
- ☐ Домашний контроль симптомов БА по 4 вопросам GINA (форма прилагается)

10. Дополнительная информация _____

Дата «___» _____ 20__ г. _____ (_____)
Подпись _____ ФИО лечащего врача / фельдшера

Настоящая форма медицинской документации «План самоведения для пациента с бронхиальной астмой», включая порядок ее заполнения, не может быть полностью или частично воспроизведена, тиражирована и распространена в качестве официального издания без ссылки на ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России.

Порядок заполнения формы медицинской документации

«План самоведения для пациента с бронхиальной астмой»

1. Форма «План самоведения для пациента с бронхиальной астмой» заполняется лечащим врачом, осуществляющим диспансерное наблюдение за пациентом с бронхиальной астмой (БА) в соответствии с Порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н, или фельдшером в случае возложения отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в соответствии с Порядком возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи 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, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н (далее – План самоведения, медицинский работник).

2. План самоведения заполняется на каждого пациента, за которым установлено диспансерное наблюдение по поводу БА.

3. План самоведения формируется 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 Плане самоведения записи производятся на русском языке, аккуратно, все необходимые исправления делаются незамедлительно, подтверждаются подписью медицинского работника, заполняющего План самоведения. Допускается запись наименований лекарственных препаратов для медицинского применения на латинском языке.

5. В пункте 1 Плана самоведения указываются ФИО пациента, условия оказания медицинской помощи, дата посещения.

6. В пункте 2 Плана самоведения указываются персональные (индивидуальные) факторы риска плохого контроля и обострений БА, осложнений, прогностически неблагоприятных сопутствующих заболеваний (далее – факторы риска), показатели лабораторных или инструментальных исследований (при необходимости), рекомендации врача по каждому фактору риска.

7. В пункте 3 Плана самоведения указывается поддерживающая (регулярная, базисная) ингаляционная терапия БА (наименование лекарственного препарата/-ов, доза/-ы в 1 ингаляции, количество ингаляций на 1 прием, кратность приемов в сутки).

8. В пункте 4 Плана самоведения указывается ингаляционная терапия для купирования симптомов БА (наименование лекарственного препарата/-ов, доза/-ы в 1 ингаляции, количество

ингаляций на 1 прием, максимальное количество ингаляций в сутки).

9. В пункте 5 Плана самоведения указывается тактика пациента при ухудшении контроля БА.

10. В пункте 6 Плана самоведения указывается тактика пациента при обострении БА.

11. В пункте 7 Плана самоведения указывается перечень необходимых технических устройств и дополнительная информация с учетом следующих принципов:

а) знание медицинским работником типов ингаляционных устройств для доставки конкретного лекарственного препарата;

б) оценка преимуществ и недостатков каждого ингаляционного устройства для конкретного пациента;

в) выбор ингаляционного устройства, которое пациент сможет и будет правильно использовать;

г) выбор ингаляционных устройств, разрешенных к применению в соответствии с законодательством Российской Федерации;

д) обучение пациента корректной ингаляционной технике, соответствующей выбранному ингаляционному устройству;

е) регулярная проверка техники ингаляции пациента для обеспечения оптимальной биодоступности препаратов и эффективности терапии;

ж) проверка точности выполнения пациентом назначенного лечения, включая наименование и дозы препаратов;

з) не менять вид ингаляционного устройства без обсуждения с пациентом и последующего обучения пациента правильному использованию нового ингалятора;

и) рекомендуемая модель пикфлоуметра (портативного спирометра для домашнего применения), если требуется;

й) пульсоксиметр рекомендуется всем пациентам с тяжелой БА, а также при другой степени тяжести БА, если в анамнезе были тяжелые обострения.

12. В пункте 8 Плана самоведения указываются рекомендации по применению технических устройств.

13. В пункте 9 Плана самоведения указывается рекомендации по самоконтролю симптомов БА.

14. В пункте 10 Плана самоведения указывается дополнительная информация.

Настоящая форма медицинской документации «План самоведения для пациента с бронхиальной астмой», включая порядок ее заполнения, не может быть полностью или частично воспроизведена, тиражирована и распространена в качестве официального издания без ссылки на ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России.

Дневник пациента с бронхиальной астмой для контроля пиковой скорости выдоха (ПСВ) в домашних условиях

ФНО _____														Месяц _____														Год _____													
Поддерживающая (регулярная, базисная) терапия _____																																									
Лучшее значение ПСВ _____																(л/мин) _____ Дата _____																									
ПСВ (л/мин)	Число и время суток																																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31										
	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В									
800																																									
750																																									
700																																									
650																																									
600																																									
550																																									
500																																									
450																																									
400																																									
350																																									
300																																									
250																																									
200																																									
150																																									
100																																									
50																																									
Применение препаратов по требованию (кол-во раз в сутки)																																									

Настоящий «Дневник пациента с бронхиальной астмой для контроля пиковой скорости выдоха (ПСВ) в домашних условиях», включая инструкцию по его заполнению, не может быть полностью или частично воспроизведен, тиражирован и распространен в качестве официального издания без ссылки на ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России.

Методика проведения пикфлоуметрии в домашних условиях^{2,3}

Измерения проводят утром и вечером (можно чаще). Каждая сессия измерений ПСВ состоит из трех маневров форсированного выдоха, который проводится после небольшой паузы (не более 2 сек.) после глубокого вдоха. Между маневрами рекомендуется отдых около 2 мин. Регистрируется лучший показатель из 3-х попыток. Если разница между двумя лучшими показателями ПСВ из трех велика, следует выполнить дополнительные маневры форсированного выдоха (2-3). Если пациент использует препараты для лечения БА, то пикфлоуметрия проводится до и после их применения (через 15-20 минут, если комбинация с сальбутамолом или формотеролом, через 30 минут, если с ДДБА). В некоторых случаях допускается оценка только до применения препарата поддерживающей (регулярной, базисной) терапии БА.

Пикфлоуметр чистится, дезинфицируется и хранится согласно инструкции к нему. Пикфлоуметры могут быть механическими и электронными, в том числе с функцией хранения, анализа и передачи данных.

Инструкция по заполнению дневника пациента с бронхиальной астмой для контроля пиковой скорости выдоха (ПСВ) в домашних условиях

1. Заполните графы «ФИО», «Месяц», «Год».
2. Укажите поддерживающую (регулярную, базисную) терапию, назначенную лечащим врачом.
3. Укажите лучшее значение ПСВ и дату, когда это значение было зафиксировано, ориентируйтесь на это значение при расчете % снижения ПСВ.
4. Измерения проводите утром и вечером согласно вышеуказанной методике.
5. По итогам каждого измерения (отдельно утром и отдельно вечером) в соответствующих дате и времени суток (У – утро, В – вечер) поставьте точку напротив полученного значения, точки соедините поочередно линиями (рисунок 1).
6. Если зарегистрировали более высокое значение ПСВ, чем ранее отмеченное как лучшее, обновите эти сведения в графе «Лучшее значение ПСВ».

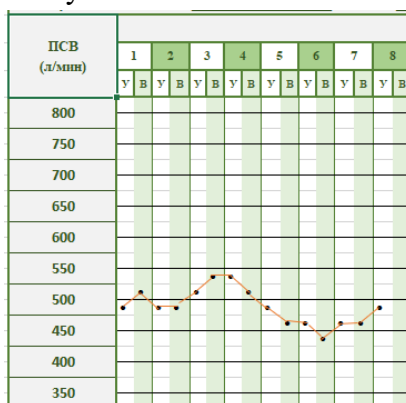


Рисунок 1. Отметка полученного значения ПСВ по итогам измерения

7. В графе «Применение препаратов по требованию (кол-во раз в сутки)» указывайте, сколько раз за сутки (отсчет от 00 час 00 мин.) применялись препараты, назначенные лечащим врачом, для купирования симптомов БА, то есть по требованию, вне планового применения препаратов поддерживающей (регулярной, базисной) терапии.

На рисунке 2 представлен пример заполнения дневника.



Рисунок 2. Пример заполнения дневника пациента с бронхиальной астмой для измерения пикфлоуметрии (пиковой скорости выдоха)

Дневник самоконтроля симптомов бронхиальной астмы по 4 вопросам GINA^{2,3,15}

ФИО _____ Год _____													
Поддерживающая (регулярная, базисная) терапия _____													
4 вопроса GINA		Месяц											
		Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь
1	Дневные симптомы чаще 2 раз в неделю	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
		Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
2	Любые ночные пробуждения из-за бронхиальной астмы	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
		Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
3	Потребность в препаратах скорой помощи* чаще 2 раз в неделю	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
		Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
4	Любые ограничения активности из-за бронхиальной астмы	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
		Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Количество ответов "ДА"***													

*КДБА для купирования симптомов БА (пункт не включает применение по потребности ИГКС+формотерол и препарата перед физической нагрузкой)

**Оценка:

0 ответов «ДА» - контролируемая БА

1-2 ответа «ДА» - частично контролируемая БА

3-4 ответа «ДА» - неконтролируемая БА

Инструкция по заполнению дневника пациента с бронхиальной астмой для контроля симптомов бронхиальной астмы по 4 вопросам GINA в домашних условиях

1. Заполните графы «ФИО», «Год».
2. Укажите поддерживающую (регулярную, базисную) терапию, назначенную лечащим врачом.
3. Выберите на каждый вопрос ответ, наиболее соответствующий характеристикам БА за предшествующие 4 недели (обведите ответ или поставьте галочку в нужном поле).
4. Укажите количество ответов «ДА» в соответствующей (нижней) строке дневника.
5. Оценка состояния производится следующим образом:

0 ответов «ДА» - контролируемая БА
1-2 ответа «ДА» - частично контролируемая БА
3-4 ответа «ДА» - неконтролируемая БА

6. При частично контролируемой БА и неконтролируемой БА – обратитесь к врачу.

Настоящий «Дневник самоконтроля симптомов бронхиальной астмы по 4 вопросам GINA», включая инструкцию по заполнению дневника, не может быть полностью или частично воспроизведен, тиражирован и распространен в качестве официального издания без ссылки на ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Список литературы

1. Драпкина ОМ, Авдеев СН, Смирнова МИ, и др. Диспансерное наблюдение пациентов с бронхиальной астмой врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь [Интернет]. 2025 г.;2(2). Доступно на: <https://doi.org/10.15829/3034-4123-2025-43>
2. Oh J, Kim S, Kim MS, Abate YH, Abd ElHafeez S, Abdelkader A, и др. Global, regional, and national burden of asthma and atopic dermatitis, 1990–2021, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Respiratory Medicine*. май 2025 г.;13(5):425–46.
3. Mu S, Wang Y, Cui J, Chen L, Qiu L, Li C, и др. Global, Regional, and National Temporal Trend and Patterns of Change in the Burden of Asthma From 1990 to 2021: An Analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Clin Exp Pharma Physio*. май 2025 г.;52(5):e70039.
4. Shin YH, Hwang J, Kwon R, Lee SW, Kim MS, GBD 2019 Allergic Disorders Collaborators, и др. Global, regional, and national burden of allergic disorders and their risk factors in 204 countries and territories, from 1990 to 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Allergy*. август 2023 г.;78(8):2232–54.
5. Hang Y qi, Piao X, Wu J, Jiang Q wen, Han Y. The epidemiology of asthma and its attributable risk factors from 1990 to 2021: A systematic analysis based on the Global Burden of Disease Study 2021 and Mendelian Randomization Studies. *Public Health*. июнь 2025 г.;243:105731.
6. Cao Y, Chen S, Chen X, Zou W, Liu Z, Wu Y, и др. Global trends in the incidence and mortality of asthma from 1990 to 2019: An age-period-cohort analysis using the global burden of disease study 2019. *Front Public Health*. 22 ноябрь 2022 г.;10:1036674.
7. Wang Z, Li Y, Gao Y, Fu Y, Lin J, Lei X, и др. Global, regional, and national burden of asthma and its attributable risk factors from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Respir Res*. 23 июнь 2023 г.;24(1):169.
8. Chuchalin A.G., Khaltayev N., Antonov N. Chronic respiratory diseases and risk factors in 12 regions of the Russian Federation // *Int J COPD*. 2014. Vol. 9. P. 963–974. doi: 10.2147/COPD.S67283.
9. De Oliveira MA, Faresin SM, Bruno V f, De Bittencourt A r, Fernandes ALG. Evaluation of an educational programme for socially deprived asthma patients. *Eur Respir J*. октябрь 1999 г.;14(4):908.
10. Willis LD. Role of the Respiratory Therapist in Asthma Education. *Respiratory Care*. 1 июнь 2025 г.;70(6):709–20.
11. Купаев ВИ, Жестков АВ, Вахно ОВ, Нагаткин ДА. Особенности ведения пациентов с легкой бронхиальной астмой на этапе первичного звена здравоохранения. *Справочник врача общей практики*. 2012 г.;(6):34–9.
12. Ландышев ЮС, Щербань НА, Лазуткина ЕЛ. Влияние обучения в астма-школе на качество жизни у больных бронхиальной астмой. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2006 г.;(1):66–9.
13. Глембицкая ОВ, Хохлов АЛ, Лилеева ЕГ. Оценка качества жизни и приверженности к терапии больных с бронхиальной астмой после внедрения обучающих программ. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2009 г.;(7–8):13–8.

14. Salandi J, Hayden MC, Heinrichs K, Limbach M, Schultz K, Schwarzl G, и др. Can an educational intervention in the context of inpatient pulmonary rehabilitation improve asthma self-management at work? A study protocol of a randomized controlled trial. BMC Pulm Med. 17 январь 2024 г.;24(1):40.
15. Семченко ЛН, Соболева ЕВ, Федорова ДС. Эффективность работы амбулаторной школы бронхиальной астмы г. Челябинска. Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2017 г.;5(4(19)):30–2.
16. Côté J, Cartier A, Robichaud P, Boutin H, Malo JL, Rouleau M, и др. Influence on asthma morbidity of asthma education programs based on self-management plans following treatment optimization. Am J Respir Crit Care Med. май 1997 г.;155(5):1509–14.

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ШКОЛА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПЕРЕНЕСШИХ
ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА**

МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИИ

Москва – 2025

Организация-разработчик: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России

Авторы: Драпкина О.М., Бойцов С.А., Шляхто Е.В., Камкин Е.Г., Каракулина Е.В., Шепель Р.Н., Жарова М.Е., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М., Савченко Е.Д., Явелов И.С.

Рецензенты:

Гордеев И.Г. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии имени академика П.Е.Лукомского Института клинической медицины ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России

Джигоева О.Н. – д.м.н., руководитель лаборатории кардиовизуализации, вегетативной регуляции и сомнологии, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, директор института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Для цитирования:

Аннотация

В России, как и во всем мире, несмотря на проводимые лечебно-профилактические мероприятия, сердечно-сосудистая патология по-прежнему занимает первое место в структуре заболеваемости и смертности. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) представляет собой одну из самых значимых медико-социальных проблем, так как является ведущей причиной смертности и инвалидизации во всем мире. Обучение в школах для больных способствует повышению их осведомленности о своем заболевании, профилактике факторов риска и обострений, освоению навыков самоконтроля симптомов, улучшению качества их жизни.

Методические рекомендации по организации и проведению школы для больных с ИБС и перенесших острый инфаркт миокарда содержат общую информацию о заболевании, об организации и проведении школ для больных, рекомендуемые темы и содержание занятий, тесты для оценки знаний пациентов.

Методические рекомендации предназначены для специалистов, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по специальности "Лечебное дело" или "Сестринское дело" и врачей-специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, участвующих в проведении школ здоровья.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, школа здоровья, методические рекомендации, обучение пациентов, профилактика, первичная медико-санитарная помощь

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (протокол № 7 от 16.09.2025 г.).

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Драпкина Оксана Михайловна – директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, заведующий кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор

Бойцов Сергей Анатольевич – генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. академика Е.И. Чазова» Минздрава России, профессор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор

Шляхто Евгений Владимирович — генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» Минздрава России, президент Российского кардиологического общества, академик РАН, д.м.н., профессор

Камкин Евгений Геннадьевич – заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации

Каракулина Екатерина Валерьевна – директор департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации

Шепель Руслан Николаевич – заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, к.м.н. помощи в регионах, к.м.н.

Дроздова Любовь Юрьевна – руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Жарова Мария Евгеньевна – эксперт центра организации программ скрининга онкологических заболеваний отдела мониторинга организации медицинской помощи Центра организационно-методического управления и анализа качества оказания медицинской

Калинина Анна Михайловна – главный научный сотрудник, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор

Савченко Екатерина Дмитриевна – ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Явелов Игорь Семенович – руководитель отдела фундаментальных и клинических проблем тромбоза при неинфекционных заболеваниях ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор

ОГЛАВЛЕНИЕ

Основание для разработки.....	6
Термины и определения.....	7
Нормативно-правовая база.....	9
Цель и задачи Школы для больных с ишемической болезнью сердца и перенесших острый инфаркт миокарда.....	10
Порядок организации Школы для больных с ишемической болезнью сердца и перенесших острый инфаркт миокарда.....	10
Целевая группа пациентов.....	11
Типовая программа обучения пациентов.....	11
Занятие 1. Что такое ИБС. Варианты патогенеза ИБС. Факторы риска возникновения и прогрессирования ИБС. Клиническое течение и неблагоприятные исходы ИБС. Оценка тяжести ИБС и вероятности неблагоприятного исхода. Понятие об остром коронарном синдроме.....	12
Занятие 2. Факторы риска ССЗ при ИБС и способы их коррекции.....	13
Занятие 3. Медикаментозное и немедикаментозное лечение ИБС. Общие принципы и цели лечения. Как повысить приверженность к лечению. План действий при приступе стенокардии. «Красные флаги» для пациента.....	16
Занятие 4. Как распознать прогрессирование ИБС. План действий при подозрении на острый коронарный синдром. Показания для обращения за медицинской помощью при ИБС. Диспансерное наблюдение и диспансеризация при ИБС. Вакцинация пациентов с ИБС. Подведение итогов, закрепление практических навыков.....	17
Рекомендуемая структура и штатное расписание.....	18
Рекомендации по техническому оснащению и характеристикам кабинета/зала для обучения...	18
Рекомендации для достижения цели обучения в Школе для пациентов с ишемической болезнью сердца.....	18
Оценка результативности Школы для больных с ишемической болезнью сердца и перенесших острый инфаркт миокарда	20
Приложения.....	22
Список литературы.....	26

СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

АД	—	артериальное давление
АКШ	—	аортокоронарное шунтирование
ДН	—	диспансерное наблюдение
ДОГВН	—	диспансеризация определенных групп взрослого населения
ИБС	—	ишемическая болезнь сердца
ИМ	—	инфаркт миокарда
КА	—	коронарные артерии
МКБ-10	—	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
МКШ	—	маммарно-коронарное шунтирование
ПМО	—	профилактический медицинский осмотр
ПМСП	—	первичная медико-санитарная помощь
ССЗ	—	сердечно-сосудистые заболевания
ССО	—	сердечно-сосудистые осложнения
ФА	—	физическая активность
ФК	—	функциональный класс
ФР	—	фактор риска
ХС-ЛПНП	—	холестерин липопротеинов низкой плотности
ЦВБ	—	цереброваскулярная болезнь
ЧКВ	—	чрескожное коронарное вмешательство
ЧСС	—	частота сердечных сокращений

1. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — поражение миокарда, вызванное нарушением кровотока по коронарным артериям (КА). ИБС возникает в результате органических (необратимых) и функциональных (преходящих) изменений. Главная причина органического поражения — атеросклероз КА. К функциональным изменениям относят спазм и внутрисосудистый тромбоз. Понятие «ИБС» включает в себя острые проходящие (нестабильные) и хронические (стабильные) состояния¹[1].

ИБС представляет собой одну из самых значимых медико-социальных проблем в современном мире. ИБС остаётся ведущей причиной смертности и инвалидизации во всём мире. В 2019 году ИБС стала причиной 9,1 млн. смертей и 182 млн. случаев потери трудоспособности во всём мире. Общее число людей, живущих с ИБС, составило 197 млн. [2,3]. Несмотря на снижение показателей смертности и заболеваемости в большинстве стран с высоким индексом социально-демографического развития, абсолютное число случаев ИБС и смертей, обусловленных ИБС, продолжает расти вследствие старения и увеличения численности населения [4–8].

В России, как и во всем мире, несмотря на проводимые лечебно-профилактические мероприятия, сердечно-сосудистая патология по-прежнему занимает первое место в структуре заболеваемости и смертности. По данным Росстата число умерших от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) россиян в 2022 г. составило 831,6 тыс. человек, причём из них на долю ИБС приходится больше половины (54,2%), Немаловажно, что 13,3% от всех умерших от ИБС были трудоспособного возраста [9]. По данным Российского регистра острых коронарных событий почти у половины больных с острой коронарной недостаточностью инфаркт миокарда (ИМ) является первым проявлением заболевания¹. Это обусловлено тем, что, с одной стороны, выявление ИБС представляет собой ряд отработанных диагностических мероприятий, алгоритм которых достаточно хорошо известен, с другой – затруднено при атипичной клинике стенокардии, безболевой ишемии миокарда, редких формах ИБС, ИБС у старшей возрастной группы с различными сопутствующими заболеваниями и прочее¹.

Распространённость стенокардии как самой часто встречающейся формы ИБС в популяции увеличивается с возрастом у лиц обоего пола: с 5–7% среди женщин в возрасте 45–64 лет до 10–12% среди женщин в возрасте 65–85 лет, и с 4–7% среди мужчин в возрасте 45–64 лет до 12–14% среди мужчин в возрасте 45–64 лет¹.

По данным различных регистров, среди всех больных с ИБС ежегодная общая смертность составляет 1,2–2,4%, от фатальных сердечно-сосудистых осложнений (ССО) ежегодно погибают 0,6–1,4% больных, нефатальные ИМ случаются с частотой 0,6–2,7% в год [10–13]. Однако в субпопуляциях с различными дополнительными факторами риска (ФР) эти значения могут существенно различаться.

Своевременное выявление, эффективная терапия и диспансерное наблюдение (ДН) пациентов с ИБС могут существенно снизить заболеваемость и смертность от болезней системы кровообращения [14].

Профилактические медицинские осмотры (ПМО) и диспансеризация определенных групп взрослого населения (ДОГВН)² помогают выявлять группы риска развития ИБС (курильщиков,

¹Клинические рекомендации «Стабильная ишемическая болезнь сердца», 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/155_2 (дата обращения 25.07.2025).

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» <https://base.garant.ru/401414440/> (дата обращения 24.06.2025).

лиц с избыточной массой тела, дислипидемией, артериальной гипертензией и др.), а также больных ИБС. После подтверждения диагноза (I20 – I25, Z95.1, Z95.5 по МКБ-10) пациенты подлежат ДН у врача-кардиолога или врача-терапевта в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации №168н³. Алгоритм ДН пациентов с ИБС представлен в методических рекомендациях «Диспансерное наблюдение больных стабильной ишемической болезнью сердца врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения» [1].

Важным элементом ДН является обучение больных в школах для пациентов¹ [1]. Обучение больных ИБС в рамках школ для пациентов является важной частью вторичной профилактики и реабилитации. Современные данные свидетельствуют, что школы для больных с ИБС и перенесших острый инфаркт миокарда способствует повышению их осведомленности о своем заболевании, модификации образа жизни (отказу от курения, повышению физической активности, рациональному питанию, повышению приверженности к терапии) и могут положительно влиять на контроль факторов риска (ФР) (например, снижение ХС-ЛПНП, артериального давления (АД), массы тела, гликированного гемоглобина у пациентов с сахарным диабетом) [15–26].

Кроме того, отмечается снижение уровня тревожности и депрессии, что благоприятно сказывается на общем состоянии больных [19,20]. Ряд исследований показывает, что обучение в школах для пациентов сокращает количество внеплановых обращений к врачам-терапевтам⁴ ПМСП и потребность в оказании экстренной помощи [27]. Это дополнительно позволяет оптимизировать расходы на здравоохранение.

Разработанные методические рекомендации направлены на стандартизацию работы школ для больных с ИБС и перенесших острый инфаркт миокарда. Единые подходы к обучению позволят повысить эффективность комплексных образовательных программ и обеспечить преемственность в оказании медицинской помощи на разных этапах.

2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Вакцинация — это введение в организм человека препарата, содержащего антигены возбудителя/-ей инфекционных болезней с целью создания невосприимчивости (иммунитета) к данному возбудителю/-ям или снижения риска развития тяжелых форм соответствующих инфекционных заболеваний.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного

³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» <https://base.garant.ru/404523658/> (дата обращения 24.06.2025).

⁴ Врач-терапевт – врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в случае возложения отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в соответствии с Порядком возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи 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, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н. <https://base.garant.ru/70170588/> (дата обращения 11.07.2025).

наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации⁵.

Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц⁵.

Ишемическая болезнь сердца — поражение миокарда, вызванное нарушением кровотока по коронарным артериям. ИБС возникает в результате органических (необратимых) и функциональных (преходящих) изменений. Главная причина органического поражения — атеросклероз КА. К функциональным изменениям относят спазм и внутрисосудистый тромбоз. Понятие «ИБС» включает в себя острые преходящие (нестабильные) и хронические (стабильные) состояния¹.

Медицинская профилактическая услуга — это мероприятия или комплекс мероприятий, имеющих самостоятельное значение и определенную стоимость, направленных на профилактику заболевания, своевременное лечение, оздоровление.

Острый инфаркт миокарда — острое повреждение (некроз) миокарда вследствие ишемии, подтвержденное характерной динамикой уровня биомаркеров в крови¹.

Острый коронарный синдром — термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию¹.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения⁵.

Чрескожное коронарное вмешательство — восстановление кровотока в стенозированном участке коронарной артерии с использованием чрескожного введения необходимых для этого устройств. Включает коронарное стентирование, баллонную ангиопластику, в том числе баллонными катетерами с лекарственным покрытием, ротационную атерэктомия и другие менее распространенные методики. Как правило, если не указано иное, под чрескожным коронарным вмешательством подразумевают коронарное стентирование¹.

Школа для больных — это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов, направленная на повышение уровня их информированности и практических навыков по рациональной профилактике и лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни.

⁵ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 29.07.2025)

Школа для больных с ИБС и перенесших острый инфаркт миокарда (далее – Школа ИБС) — организационная форма группового профилактического консультирования (гигиенического обучения и воспитания – по МКБ-10 в классе XXI, Z70-76), являющаяся медицинской профилактической услугой, оказываемой пациентам с ИБС в амбулаторных условиях.

3. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.10.2020 № 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.04.2021 № 410н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при стабильной ишемической болезни сердца (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21.03.2017 № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»;

- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер»;
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 475н «Об утверждении профессионального стандарта "Медицинская сестра/медицинский брат»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.03.2025 № 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»;
- Клинические рекомендации «Стабильная ишемическая болезнь сердца», 2024 (https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/155_2)⁶;
- Методические рекомендации «Диспансерное наблюдение больных стабильной ишемической болезнью сердца врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения»⁷.

4. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Школа ИБС организуется в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП).

Цель организации Школы ИБС — совершенствование профилактических мероприятий при оказании ПМСП населению, в частности пациентам с ИБС, включая увеличение охвата целевых групп и повышение доступности профилактической медицинской помощи.

Задачи

- повышение информированности пациентов об ИБС, ее факторах риска и последствиях;
- обучение пациентов профилактике индивидуальных факторов риска возникновения и прогрессирования ИБС;
- обучение пациентов современным принципам лечения ИБС и предупреждения ее осложнений;

5. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Решение об организации Школы ИБС принимается на основании объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности, половозрастного состава обслуживаемого населения, показателей уровня и структуры заболеваемости и смертности населения, других показателей, характеризующих здоровье населения, и с учетом рекомендуемых штатных

⁶ Клинические рекомендации «Стабильная ишемическая болезнь сердца», 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/155_2 (дата обращения 25.08.2025).

⁷ Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В. и др. Диспансерное наблюдение больных стабильной ишемической болезнью сердца врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2023 г., 53 с. ISBN 978-5-6049087-1-6. https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2021/08/dn_ibs.pdf (дата обращения 25.08.2025).

нормативов медицинской организации, оказывающей ПМСП, или ее структурного подразделения⁸.

Организация Школы ИБС регламентируется приказом руководителя медицинской организации, в котором отражены ФИО ответственного за организацию и проведение Школы ИБС, перечень (ФИО, должность) медицинских и иных работников медицинской организации, участвующих в проведении Школы ИБС, график работы, форматы работы, численность пациентов в группе, программа обучения и иная дополнительная информация о Школе ИБС на усмотрение руководителя медицинской организации.

Целесообразно вести журнал учета посещений занятий Школы ИБС на бумажном носителе или в электронном виде, в т.ч. в медицинской информационной системе, с формированием соответствующей отчетности, с указанием ФИО пациентов и ФИО, должности(ей) специалиста(ов), проводивших занятия.

Программа обучения включает **4 тематических занятия**, проводимых в очном формате или с применением телемедицинских технологий⁹. Каждое занятие продолжается **60 минут**. Все занятия хронометрированы.

Численность пациентов в группе **20 человек**. Целесообразно по возможности формировать группы пациентов в соответствии с принципами, указанными в пункте 5.1. Группы пациентов формируются до начала обучения, в процессе обучения не рекомендуется присоединение новых пациентов.

Рекомендуемая периодичность направления пациента в Школу ИБС – не реже 1 раза в год, при необходимости – чаще.

Во время обучения пациенты обеспечиваются необходимыми информационными материалами (программа обучения, дневник пациента и др.). Программа обучения пациентов разрабатывается на основе типовой программы в соответствии с пунктом 5.2.

5.1. Целевая группа пациентов

В группу обучения включаются пациенты с установленным диагнозом ИБС, в т.ч. с впервые в жизни установленным (I20 – I25 по МКБ-10), находящиеся на ДН у врача-терапевта и/или врача-кардиолога, по направлению врача-терапевта.

При формировании групп особое внимание рекомендуется уделять больным с впервые установленным диагнозом, коморбидным пациентам с АГ, ХСН и СД, а также лицам, имеющим ФР ХНИЗ, продолжающим употреблять алкоголь и курить, имеющим избыточную массу тела.

Не привлекаются к занятиям в Школе ИБС пациенты с выраженным нарушением когнитивных функций, наличием клинически значимых острых состояний или хронических заболеваний в стадии обострения.

Для немобильных или маломобильных пациентов с ИБС возможна организация Школы ИБС на дому с привлечением законных представителей (опекунов, родственников) при необходимости.

⁸ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202506020016> (дата обращения – 21.08.2025).

⁹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202505150033> (дата обращения – 21.08.2025).

5.2. Типовая программа обучения

Занятие 1. Что такое ИБС. Варианты патогенеза ИБС. Факторы риска возникновения и прогрессирования ИБС. Клиническое течение и неблагоприятные исходы ИБС. Оценка тяжести ИБС и вероятности неблагоприятного исхода. Понятие об остром коронарном синдроме.

Занятие 2. Факторы риска ССЗ при ИБС и способы их коррекции.

Занятие 3. Медикаментозное и немедикаментозное лечение ИБС. Общие принципы и цели лечения. Как повысить приверженность к лечению. План действий при приступе стенокардии. «Красные флаги» для пациента.

Занятие 4. Как распознать прогрессирование ИБС. План действий при подозрении на острый коронарный синдром. Показания для обращения за медицинской помощью при ИБС. Диспансерное наблюдение и диспансеризация при ИБС. Вакцинация пациентов с ИБС. Подведение итогов, закрепление практических навыков.

Скачать полезные материалы, а также ознакомиться с информацией о заболевании можно на сайте:



Занятие 1. Что такое ИБС. Варианты патогенеза ИБС. Факторы риска возникновения и прогрессирования ИБС. Клиническое течение и неблагоприятные исходы ИБС. Оценка тяжести ИБС и вероятности неблагоприятного исхода. Понятие об остром коронарном синдроме.

Цель: повысить уровень знаний пациентов об ИБС, сформировать представление о причинах, факторах риска, проявлениях и последствиях ИБС.

Задачи:

- Дать определение ИБС.
- Рассказать об основных причинах и ФР обострений и прогрессирования ИБС.
- Показать механизмы развития болезни (патогенез).
- Научить распознавать ключевые симптомы.
- Объяснить последствия неконтролируемой ИБС и надежность профилактики ФР в снижении бремени болезни и коморбидности.

Содержание занятия:

Входное тестирование знаний (Приложение 1).

Определение ИБС. Рассматриваются основные клинические формы ИБС, включая стабильную стенокардию, постинфарктный кардиосклероз и острый коронарный синдром, а также возможные сценарии естественного течения заболевания.

Отдельное внимание уделяется ФР: немодифицируемым (возраст, пол, отягощённый семейный анамнез) и модифицируемым (артериальная гипертензия, дислипидемия, курение,

сахарный диабет, ожирение, гиподинамия, психоэмоциональный стресс), с акцентом на их кумулятивный эффект и потенциал для коррекции.

В доступной форме объясняются ключевые звенья патогенеза: формирование атеросклеротической бляшки, её дестабилизация, тромбоз и последующее развитие острого коронарного события.

Обсуждаются клинические проявления ИБС, включая ангинозную боль, одышку, снижение толерантности к физической нагрузке, а также особенности бессимптомного течения. Освещаются потенциальные неблагоприятные исходы — острый ИМ, хроническая сердечная недостаточность, внезапная сердечная смерть — и значимость своевременной стратификации риска (например, с использованием шкал SCORE или оценки функционального класса стенокардии).

Завершается занятие формулировкой ключевой идеи: контроль ФР и приверженность к терапии являются основополагающими в снижении риска осложнений, стабилизации течения заболевания и улучшении прогноза.

Ответы на вопросы, обсуждение.

Занятие 2. Факторы риска ССЗ при ИБС и способы их коррекции.

Цель: повысить уровень информированности пациентов об основных факторах риска, их роли в развитии и прогрессировании ИБС, а также сформировать у пациентов понимание необходимости их регулярного контроля и коррекции с использованием медикаментозных и немедикаментозных подходов.

Задачи:

- Ознакомить пациентов с классификацией сердечно-сосудистых факторов риска и их патофизиологическим влиянием на развитие ИБС.
- Разъяснить значение каждого модифицируемого фактора риска (артериальная гипертензия, дислипидемия, курение, сахарный диабет, ожирение, гиподинамия, стресс) и их вклад в суммарный сердечно-сосудистый риск.
- Представить современные стратегии коррекции факторов риска, включая лекарственные и нелекарственные методы.
- Объяснить важность индивидуального плана контроля риска, в том числе периодичность диспансерного наблюдения и целевые значения.
- Сформировать мотивацию к активному участию пациента в управлении собственным здоровьем.

Содержание занятия:

Занятие начинается с классификации факторов риска ИБС (модифицируемые и немодифицируемые), с акцентом на возможности пациента влиять на течение заболевания. Преподаватель подробно рассматривает каждый модифицируемый ФР: механизмы его влияния на сосудистую стенку и миокард и принципы коррекции. Обсуждаются целевые значения АД, уровня холестерина, гликемии, массы тела и особенности подходов к отказу от курения. Представляются как медикаментозные (антигипертензивные, гиполипидемические, сахароснижающие препараты), так и немедикаментозные (диета, физическая активность, отказ от вредных привычек, управление стрессом) методы.

Необходимо ориентировать пациентов на отказ от курения и разъяснять, что курение является доказанным фактором риска развития многих тяжёлых заболеваний и осложнений. Отказ от курения ведёт к снижению риска развития инсульта, ИБС, нескольких видов злокачественных новообразований и в конечном итоге – к увеличению продолжительности жизни. Отказ от курения означает отказ от любых видов доставки никотина, включая электронные сигареты. Не допускается применение электронных сигарет в качестве способа отказа от табака или в качестве альтернативы табачным изделиям.

Отказ от употребления алкоголя рекомендован всем пациентам с ССЗ, в т.ч. и с ИБС. Алкоголь оказывает токсическое действие на сосуды, что может способствовать развитию атеросклероза.

Необходимо проинформировать пациентов о пользе физической активности (ФА) для здоровья и необходимости повышения ФА в повседневной жизни:

- снижение риска смертности от всех причин;
- снижение риска ИМ, гипертонии, диабета, инсульта;
- снижение риска рака мочевого пузыря, молочной железы, толстой кишки, эндометрия, пищевода, почек, легких и желудка;
- улучшение когнитивных функций, снижение тревоги, депрессии;
- снижение риска развития слабоумия (включая болезнь Альцгеймера);
- улучшение сна (повышение эффективности и качества сна, увеличение фазы глубокого сна, снижение дневной сонливости, уменьшение потребности в снотворных);
- улучшение состояния костей, низкий риск падений и травм, связанных с падением (пожилые люди);
- улучшение физических показателей (сила, выносливость, гибкость);
- улучшение качества жизни.

Минимальный уровень или норма ФА – это аэробная умеренная ФА 150-300 мин. в неделю или интенсивная ФА 75-150 мин. в неделю или их комбинация.

Регулярность физических нагрузок:

- рекомендуемая частота занятий – 4-5 раз в неделю, а лучше ежедневно;
- общая продолжительность занятия – 20-60 мин., но не менее 10 мин.

Для детренированных лиц начальная длительность ФА может быть менее 10 мин. с постепенным увеличением времени нагрузки. Пациентам необходимо объяснить, что ФА – это не только тренировки, но и обычная ежедневная физическая нагрузка.

Контроль интенсивности физических нагрузок осуществляется с использованием «разговорного теста» (шкалы Борга) или при расчете целевого диапазона пульса, с которым нужно выполнять упражнения (табл. 1).

Таблица 1 – Уровни интенсивности физической нагрузки и их определение

Уровень (интенсивность) нагрузки	Оценка по шкале Борга («разговорный тест»)	По пульсу (частоте сердечных сокращений)
Низкая	очень незначительная одышка, человек легко разговаривает	50-63% МЧСС*
Умеренная	дыхание учащенное, но человек может говорить полными предложениями	64-76% МЧСС
Интенсивная	выраженная одышка, человеку тяжело или некомфортно говорить	77-93% МЧСС
*МЧСС – максимальная частота сердечных сокращений, рассчитанная по формуле: МЧСС = 220 – возраст в годах		

Рекомендуемые виды физических упражнений для пациентов с ИБС:

- Ходьба. Отличный вариант для начала, доступный каждому. Ходьба помогает улучшить физическую форму и состояние мышц, активизирует обмен веществ и укрепляет сердечно-сосудистую систему. Начать рекомендуется с 10–15 мин. ходьбы в день, постепенно увеличивая продолжительность и интенсивность нагрузок.
- Плавание. Отличная аэробная тренировка с низкой нагрузкой на суставы. Для достижения максимального положительного эффекта рекомендуется плавать регулярно, 3 раза в неделю по 45 мин.
- Велоспорт. Подходит для людей с хорошей физической подготовкой, отлично тренирует не только сердце, но и суставы.
- Йога. Помогает снизить уровень стресса и напряжения в организме, расслабиться и успокоить ум, улучшить гибкость и укрепить мышцы всего тела.

Перед началом тренировок важно обсудить с лечащим врачом тип нагрузок и их интенсивность. При появлении боли или дискомфорта следует прекратить упражнение и обратиться к врачу.

Рассматриваются основные принципы питания при ИБС: ограничение употребления насыщенных жиров, трансжиров, красного мяса, а также продуктов с высоким содержанием натрия и сахара. Предпочтение отдается рациону, основанному преимущественно на растительных продуктах, который может быть дополнен умеренным количеством рыбы, птицы, яиц и молочных продуктов. Одним из ключевых моментов в лечении ИБС является ограничение потребления соли – не более 5 г в сутки. Сочетание правильного питания и регулярной ФА позволяет достичь баланса между калорийностью рациона и энергозатратами и гармонизировать состояние организма.

Внимание пациентов акцентируется на том, что ожирение и избыточная масса тела (индекс массы тела ≥ 30 кг/м² и абдоминальное ожирение (окружность талии >102 см у мужчин и >88 см у женщин) являются независимыми факторами риска развития ССЗ. Коррекция избыточной массы тела прежде всего должна вести к уменьшению показателей жировой массы и окружности талии. Конечной целью является нормализация композиционного состава тела и сохранение достигнутых результатов в дальнейшем – на протяжении всей жизни. Задача-максимум – достижение нормальных значений индекса массы тела (18,5–24,9 кг/м²) и окружности талии (муж. ≤ 94 см, жен. ≤ 80 см). Изменение образа жизни, а именно комплексное воздействие на организм сбалансированного питания и физической активности, приводит к устойчивому снижению массы тела.

Основные советы по питанию для пациентов с ИБС и избыточной массой тела:

- уменьшение энергетической ценности пищи, прежде всего, за счет сокращения потребления жиров и углеводов;
- включение в ежедневный рацион достаточного количества овощей и фруктов (не менее 500 г, не считая картофеля).
- исключение сахара (в т.ч. сладких напитков), промышленной выпечки и переработанных мясных деликатесов;
- уменьшение порций еды, с использованием тарелки меньшего размера. Исключение добавок и быстрого (торопливого) употребления пищи.
- обязательное включение завтрака в число приемов пищи (рекомендуется завтракать в первые 2 часа после пробуждения).

- избегание «перекусывания» – если чувствуете голод – выделите время и поешьте полноценно.

Обсуждается важность контроля АД. Артериальная гипертензия является важным фактором прогрессирования заболевания и риска развития осложнений. Рекомендованный целевой уровень АД <140/90 мм рт. ст.

Уделяется внимание тому, как проводить регулярный самоконтроль (измерение давления, сахара крови, массы тела) и в какие сроки необходимо посещать врача для ДН. Завершает занятие акцент на том, что коррекция ФР является неотъемлемой частью лечения ИБС, напрямую влияющей на прогноз, частоту обострений и продолжительность жизни.

Занятие 3. Медикаментозное лечение ИБС. Общие принципы и цели лечения. Как повысить приверженность к лечению. План действий при приступе стенокардии. «Красные флаги» для пациента.

Цель: сформировать у пациентов целостное представление о современных подходах к лечению ИБС, повысить осведомлённость о целях терапии, значении соблюдения рекомендаций и мерах, необходимых при возникновении приступа стенокардии, а также научить распознавать угрожающие симптомы – «красные флаги», требующие срочного обращения за медицинской помощью.

Задачи:

- Ознакомить пациентов с основными направлениями терапии ИБС: базисной медикаментозной, симптоматической.
- Объяснить цели лечения: уменьшение симптомов, улучшение прогноза, снижение риска ИМ и смерти.
- Представить ключевые классы препаратов, применяемых при ИБС: антиангинальные средства, антитромботическая терапия, статины, ингибиторы АПФ и β-блокаторы.
- Отработать алгоритм действий при приступе стенокардии и распознаванию симптомов, при которых требуется немедленно вызвать «скорую помощь».
- Обсудить причины низкой приверженности к лечению и стратегии её повышения (простые схемы, ведение дневника, напоминания, доверие к врачу, психологическая помощь).

Содержание занятия:

Преподаватель описывает цели терапии ИБС: контроль симптомов (например, уменьшение частоты и тяжести приступов стенокардии), предупреждение осложнений (ИМ, внезапной смерти) и повышение качества жизни.

Обсуждаются принципы медикаментозной терапии: препараты, влияющие на прогноз (антитромботическая терапия, статины, β-блокаторы, ингибиторы АПФ/антагонисты рецепторов к ангиотензину II), и средства для контроля симптомов (нитраты, ивабрадин, блокаторы кальциевых каналов). Преподаватель подчёркивает важность регулярного приёма препаратов, объясняет возможные побочные эффекты и способы их контроля.

Для лечения стенокардии используются препараты различного механизма действия. Традиционно их делят на препараты первой линии терапии (β-блокаторы и блокаторы кальциевых каналов) и препараты второй линии (органические нитраты длительного действия (НДД); селективные ингибиторы If-каналов синусового узла, регулирующие ЧСС – ивабрадин;

вазодилаторы, используемые для лечения заболеваний сердца – никорандил; цитопротекторы – ранолозин, триметазидин).

Пациентам со стабильной ИБС обычно получают как минимум один препарат первой линии для устранения стенокардии/ишемии миокарда и улучшения качества жизни. При недостаточной эффективности препаратов первой линии у пациентов со стабильной стенокардией рекомендуется добавить к лечению один из препаратов второй линии. Ивабрадин предпочтителен к назначению у пациентов с ИБС и сопутствующей ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка.

Антитромботическая терапия: ацетилсалициловая кислота в дозе 75-100 мг в сутки рекомендуется к назначению всем пациентам со стабильной ИБС в качестве ингибитора агрегации тромбоцитов для профилактики ССО. При непереносимости ацетилсалициловой кислоты в качестве альтернативного ингибитора агрегации тромбоцитов пациентам со стабильной ИБС для профилактики ССО назначается клопидогрел. В крайних случаях – при непереносимости и ацетилсалициловой кислоты и клопидогреля – назначается тикагрелор. Пациентам после перенесенного инфаркта миокарда назначается двойная антитромботическая терапия сроком на 12 месяцев с последующей коррекцией терапии.

Гиполипидемическая терапия: все пациенты со стабильной ИБС относятся к категории лиц очень высокого риска, им всем рекомендуется коррекция дислипидемии с использованием мероприятий по здоровому образу жизни и оптимальной медикаментозной терапии для профилактики ССО. При всех формах ИБС терапию статинами нужно начинать сразу после установления диагноза, независимо от уровней ОХС и ХС ЛНП (в отсутствие прямых противопоказаний). Эффективность терапии оценивается по уровню ХС ЛНП: оптимальный уровень этого показателя должен быть <1,4 ммоль/л и снижен на 50 % от исходного уровня.

Ингибиторы АПФ (периндоприл, рамиприл) снижают общую смертность, риск развития ИМ, инсульта и прогрессирования СН у пациентов, перенесших ИМ, а также при сопутствующем сахарном диабете. Назначение ингибиторов АПФ лицам со стабильной ИБС особенно показано при наличии АГ, ХСН при ФВ ЛЖ <40%, хронических заболеваний почек с начальной и умеренной азотемией.

Антагонисты рецепторов к ангиотензину II назначают по тем же показаниям в качестве альтернативы при непереносимости ингибиторов АПФ. Препараты при наличии ИБС и ХСН: лозартан, валсартан, кандесартан.

Отдельное внимание уделяется алгоритму действий при приступе стенокардии: прекращение физической нагрузки, приём нитроглицерина, контроль симптомов. Пациентам разъясняются симптомы, требующие немедленного обращения за медицинской помощью (усиление болей, их продолжительность >15 мин., отсутствие эффекта от нитратов, сопутствующая одышка, слабость, обморок). При приступе загрудинной боли больной должен сесть (чтобы избежать синкопе), поместить таблетку нитроглицерина под язык или брызнуть спреем под язык, не проглатывая. Если боль не прошла, прием можно повторить через 5 мин, затем еще через 5 мин. Можно применять изосорбида динитрат в таблетках под язык, но иметь в виду, что его действие начинается позже, чем при аппликации спрея. Если приступ не купируется в течение 15 мин. – возникает угроза развития ИМ.

Рассказать о доступных программах льготного лекарственного обеспечения для пациентов после перенесенного инфаркта миокарда.

Завершает занятие блок, посвященный приверженности к лечению: обсуждаются барьеры (забывчивость, недоверие, побочные эффекты), способы их преодоления и роль партнёрских отношений с врачом в успешной терапии. Рассказать об информационных ресурсах и

возможностях получения психологической помощи. Основными целями психологической помощи являются:

- коррекция эмоций: снижение тревоги, депрессии, страха смерти;
- обучение управлению стрессом: освоение техник релаксации, саморегуляции;
- формирование копинг-стратегий: переход от избегания к активному решению проблем;
- мотивация: укрепление желания изменить образ жизни.

Рассказать пациентам о важности управления стрессом, коррекции психоэмоциональных нарушений, мотивации к изменению образа жизни (питание, активность, отказ от вредных привычек) и важности психологической поддержки пациента в осмыслении болезни, для повышения приверженности лечению, снижения тревоги (особенно страха смерти) и улучшения качества жизни. Обратить внимание на важность вовлечения близких, для создания поддерживающей среды.

Занятие 4. Как распознать прогрессирование ИБС. План действий при подозрении на острый коронарный синдром. Показания для обращения за медицинской помощью при ИБС. ДН и диспансеризация при ИБС. Вакцинация пациентов с ИБС. Подведение итогов, закрепление практических навыков.

Цель: научить пациентов своевременно распознавать ухудшение течения ИБС, сформировать готовность к экстренным действиям при подозрении на острый коронарный синдром, повысить информированность о сроках и целях ДН и закрепить ключевые знания и навыки, полученные в ходе обучения.

Задачи:

- Объяснить клинические признаки утяжеления ИБС, требующие настороженности.
- Научить дифференцировать стабильную стенокардию от признаков острого коронарного синдрома.
- Ознакомить пациентов с пошаговым планом действий при подозрении на ИМ.
- Разъяснить показания для экстренного и планового обращения к врачу.
- Рассказать о необходимости ДН, регулярного прохождения диспансеризации и вакцинации при ИБС.
- Провести обобщение ключевых знаний и практических умений, сформированных в рамках обучения.

Содержание занятия:

Систематизация сведений о симптомах, свидетельствующих об ухудшении состояния: учащение и усиление приступов стенокардии, появление болей в покое, снижение эффективности нитратов, одышка при минимальной нагрузке, общая слабость, сердцебиение.

Пациенты учатся отличать признаки стабильного течения от симптомов, характерных для острого коронарного синдрома (продолжительная боль за грудиной >15–20 минут, не купирующаяся нитратами, иррадиация, холодный пот, страх смерти), возможно применение наглядных клинических случаев.

Объясняется алгоритм действий при подозрении на инфаркт миокарда: прекращение активности, приём нитроглицерина, вызов «скорой помощи». Обсуждаются случаи, при которых

требуется плановая консультация (ухудшение самочувствия, изменение характера болей, побочные эффекты терапии) (Приложение 3).

Акцентируется внимание на необходимости ДН у врача-терапевта и/или врача-кардиолога: частота визитов, перечень обследований, целевые значения показателей АД, ХС-ЛПНП и др. Уделяется внимание важности активного участия пациента в контроле за течением своего заболевания.

Обратить внимание, что вакцинопрофилактика в соответствии с национальный календарем профилактических прививок¹⁰, в частности включающая иммунизацию против гриппа и пневмококковой инфекции, представляет собой научно обоснованную меру по снижению смертности пациентов с ИБС и перенесенным ИМ. Основные рекомендации по проведению вакцинации пациентов со стабильной ИБС [28,29]:

- против гриппа – рекомендована всем пациентам ежегодно (оптимальный период проведения – август-сентябрь, до начала сезонного подъема заболеваемости);
- против пневмококковой инфекции – рекомендована всем пациентам однократная вакцинация ПКВ13 (пневмококковая конъюгированная вакцина), вакцинация ППВ23 (пневмококковая полисахаридная вакцина) 1 раз в 5 лет;
- вакцинация/ревакцинация против дифтерии, столбняка – каждые 10 лет от момента последней ревакцинации;
- против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2 – при наличии эпидемических показаний.

В завершении проводится повторение ключевых тем Школы, обсуждаются индивидуальные планы самоконтроля, стратегии профилактики ФР, отрабатываются практические навыки (самостоятельное измерение АД, действия при приступе стенокардии, при признаках ИМ).

В финале проводится итоговое тестирование знаний пациентов (Приложение 1), также обучающимся предлагается заполнить анкету (анонимно) для оценки удовлетворенности обучением в Школе ИБС (Приложение 2).

5.3. Рекомендуемая структура и штатное расписание

Методические рекомендации предназначены для специалистов, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по специальности "Лечебное дело" или "Сестринское дело"¹¹ и врачей-специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, участвующих в проведении школ здоровья.

5.4. Рекомендации по техническому оснащению и характеристикам кабинета/зала для обучения

Необходимо помещение, оборудованное для групповой работы: стулья, столы без тумбочек, рабочее место обучающего (стол, стул, компьютер с выходом в информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»), доска маркерная (с набором маркеров), шкаф для

¹⁰ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 декабря 2021 г. N 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" (с изменениями и дополнениями) <https://base.garant.ru/403258640/> (дата обращения 15.01.2025)

¹¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" СПС «Консультант Плюс» (дата обращения 19.09.2025)

размещения наглядных пособий, тонометр, ростомер, весы напольные, сантиметровая лента, комплекты структурированных программ обучения по темам, демонстрационное оборудование (экран, проектор), информационные материалы по тематике занятий; дневники пациента, бумага для записей, ручки; маски, назальные фильтры, респираторы, др. СИЗы. Помещение должно быть оснащено системой вентиляции (системой кондиционирования и очистки воздуха).

Необходимое количество оборудования рассчитывается по потребностям. Площадь помещения определяется из расчета 4 м² на 1 человека¹², но должна составлять не менее 24 м².

6. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Деятельность Школы ИБС направлена на решение проблем, наиболее значимых для конкретного контингента пациентов в текущий период времени и обязательно должна преследовать конкретный, видимый результат за достаточно небольшой отрезок времени. Правильная подготовка к проведению Школы ИБС, в частности материально-технических и кадровых ресурсов, – важная составляющая успешных результатов.

Медицинские работники – преподаватели Школы ИБС должны научиться работать в команде. Специалисты, не умеющие работать в команде, даже если они имеют более высокую квалификацию по сравнению со сложившейся командой единомышленников, не должны приглашаться для ведения занятий в школах для пациентов.

Вся наглядная продукция, используемая в Школе ИБС, должна соответствовать следующим требованиям:

- красочность;
- информативность;
- доступность для понимания;
- удобность в использовании.

Цветовое и иное оформление целесообразно обсуждать с психологом.

Занятия в Школе ИБС следует проводить в интерактивной форме, избегать больших информационных блоков в структуре занятий.

Занятия должны быть четко структурированы, хронометрированы. Продолжительность занятий не должна превышать 60 мин.

6.1. Факторы, влияющие на результативность Школы для больных с ишемической болезнью сердца и перенесших острый инфаркт миокарда

Факторы, влияющие на результативность обучения в Школе ИБС, неразрывно связаны с качеством профилактической помощи в целом. Эти факторы можно разделить на несколько групп:

- факторы профессиональной компетентности медицинских работников;

¹² Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24 декабря 2020 г. № 44 «Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг». СПС «Консультант Плюс» (дата обращения – 21.08.2025).

- факторы отношений и взаимопонимания между медицинскими работниками и пациентами, их межличностные отношения;
- факторы организации профилактической работы в целом, которые определяют и ее качество.

Эти же факторы влияют на приверженность пациентов к сохранению и укреплению здоровья, а также к выполнению рекомендаций врача, в т.ч. и соблюдение режима лекарственной терапии. Среди факторов дифференцируют положительные – способствующие повышению качества профилактической помощи и отрицательные – негативно влияющие на качество профилактической помощи (табл. 2).

Таблица 2 – Группы факторов, влияющих на качество профилактической помощи

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (СОДЕЙСТВИЕ)	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (ПРЕПЯТСТВИЕ)
<i>Факторы отношений (медицинский работник – пациент)</i>	
Взаимопонимание, сопереживание (эмпатия)	Равнодушие
Понимание потребности пациента	Уверенность медицинских работников в том, что они «знают» в чем нуждается пациент
Уверенность медицинского работника и умение объяснять	Неспособность объяснять и убеждать
<i>Факторы профессиональной компетентности медицинского работника</i>	
Знание основ профилактической помощи (понятие риска, основы консультирования, технологии и др.)	Пренебрежение профилактической помощью (предпочтение диагностике и лечению)
Знание основ поведенческой медицины	Преобладание синдромального подхода
Разумная интеграция лечения и профилактики	Противопоставление лечения и профилактики
<i>Факторы организации и качества профилактической помощи</i>	
Ненавязчивая форма консультирования при очередных посещениях (по обращаемости)	Насильственные (требующие усилий со стороны пациента) рекомендации и назначения
Обсуждение с пациентом его проблем здоровья	Директивная форма рекомендаций
Простота и доступность (по времени, цене и пр.) профилактических мер и рекомендаций	Сложные схемы и многоступенчатость профилактической помощи
Наличие письменных инструкций, советов	Устные советы и рекомендации
Наличие красочных печатных материалов	Плохое полиграфическое качество материалов
Взаимодействие между медицинскими работниками	Незаинтересованность в профилактической работе

7. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Для оценки результативности профилактической помощи пациентам с ИБС необходима и систематическая оценка результативности Школы ИБС, оценка знаний пациентов и оценка удовлетворенности обучением в Школе ИБС.

Для оценки результативности Школы ИБС рекомендуется использовать следующие критерии:

- доля обученных пациентов с ИБС из числа состоящих на ДН у врача-терапевта/врача-кардиолога (%);
- доля обученных пациентов с ИБС из числа лиц с впервые установленным диагнозом ИБС (%);
- доля пациентов, прошедших полный цикл обучения из числа направленных в Школу ИБС (%);
- стабилизация (отсутствие роста) или снижение уровня госпитализаций пациентов с ИБС, состоящих на ДН у врача-терапевта/врача-кардиолога и прошедших обучение в Школе ИБС;

- снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к пациентам с ИБС, состоящим на ДН у врача-терапевта/врача-кардиолога и прошедших обучение в Школе ИБС;
- снижение частоты развития осложнений у пациентов с ИБС, состоящих на ДН у врача-терапевта/врача-кардиолога и прошедших обучение в Школе ИБС.

Конкретные показатели критериев оценки результативности работы Школы ИБС определяются руководителем медицинской организации с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей, объемов оказываемой медицинской помощи.

При необходимости по решению руководителя медицинской организации могут использоваться дополнительные критерии оценки результативности Школы ИБС.

Оценка знаний пациентов

Для оценки результативности Школы ИБС рекомендуется проводить оценку знаний пациентов до и после обучения на основе теста для контроля знаний (Приложение 1).

Удовлетворенность обучением

Каждый пациент по окончании курса анонимно заполняет анкету удовлетворенности обучением в Школе ИБС (Приложение 2). Анкета позволяет оценить различные аспекты: полезность полученных знаний, понятность материала, удобство организации занятий (время, формат), компетентность преподавателей и т.д. Индивидуальная удовлетворенность важна не только как показатель качества, но и как фактор приверженности: пациент, положительно оценивший организацию и проведение Школы ИБС, с большей вероятностью будет применять полученные знания.

Тесты для контроля знаний

ФИО

Дата

1. Что является основной причиной развития ишемической болезни сердца (ИБС)?*Выберите один правильный ответ.*

- А) Инфекционное воспаление коронарных артерий
- Б) Спазм дыхательных путей
- В) Атеросклеротическое сужение коронарных артерий
- Г) Повышенное внутричерепное давление

Правильный ответ: В**2. К какому симптому следует настороженно отнестись как к возможному признаку острого коронарного синдрома?***Выберите один правильный ответ.*

- А) Периодическая тошнота
- Б) Боль за грудиной, продолжающаяся более 15 минут и не купирующаяся нитратами
- В) Повышенное потоотделение в жару
- Г) Головная боль после физических нагрузок

Правильный ответ: Б**3. Какой из препаратов чаще всего применяется для немедленного купирования приступа стенокардии?***Выберите один правильный ответ.*

- А) Бисопролол
- Б) Нитроглицерин
- В) Аторвастатин
- Г) Варфарин

Правильный ответ: Б**4. К модифицируемым факторам риска ИБС не относится:***Выберите один правильный ответ.*

- А) Курение
- Б) Пол пациента
- В) Гиперхолестеринемия
- Г) Сахарный диабет 2 типа

Правильный ответ: Б)**5. Какая цель базисной медикаментозной терапии при ИБС?***Выберите один правильный ответ.*

- А) Полное излечение
- Б) Предотвращение простудных заболеваний
- В) Улучшение прогноза и снижение риска осложнений
- Г) Повышение артериального давления

Правильный ответ: В

6. Какие из перечисленных симптомов могут свидетельствовать об ухудшении течения ИБС?

Выберите все правильные ответы.

- А) Усиление и учащение приступов стенокардии
- Б) Боли в покое
- В) Увеличение толерантности к нагрузке
- Г) Отсутствие эффекта от нитроглицерина

Правильные ответы: А, Б, Г

7. Какие меры помогают снизить риск прогрессирования ИБС?

Выберите все правильные ответы.

- А) Регулярный приём назначенных лекарств
- Б) Отказ от курения
- В) Повышение потребления насыщенных жиров
- Г) Контроль артериального давления

Правильные ответы: А, Б, Г

8. Какие классы препаратов применяются для снижения риска инфаркта у пациентов с ИБС?

Выберите все правильные ответы.

- А) Анти тромботические средства
- Б) Бета-блокаторы
- В) Глюкокортикостероиды
- Г) Статины

Правильные ответы: А, Б, Г

9. Какие действия необходимо предпринять при подозрении на острый коронарный синдром?

Выберите все правильные ответы.

- А) Прекратить физическую активность
- Б) Принять нитроглицерин
- В) Подождать 2 часа и лечь спать
- Г) Вызвать скорую медицинскую помощь

Правильные ответы: А, Б, Г

10. Что входит в немедикаментозное лечение ИБС?

Выберите все правильные ответы.

- А) Умеренная физическая активность
- Б) Снижение массы тела при ожирении
- В) Самостоятельная отмена препаратов
- Г) Диета с ограничением насыщенных жиров

Правильные ответы: А, Б, Г

Число вопросов с правильным ответом, всего

**Анкета удовлетворенности обучением
в Школе для больных с ишемической болезнью сердца и перенесших острый инфаркт
миокарда**

Дата _____ г.

(заполняется анонимно)

Уважаемый пациент! Ваши ответы помогут определить, насколько Вы удовлетворены обучением в Школе для больных с ишемической болезнью сердца и перенесших острый инфаркт миокарда, получить Ваши советы и пожелания для совершенствования обучения.

Оцените утверждения пунктов 1-9 в соответствии с Вашим мнением или отношением, по пятибалльной системе:

- 1 – нет;*
- 2 – скорее нет;*
- 3 – затрудняюсь ответить;*
- 4 – скорее да;*
- 5 – да.*

В пункте 10 просим Вас дать развернутый ответ.

№	Вопрос (утверждение)	Баллы				
		1	2	3	4	5
1.	Мне было понятно, о чём говорили на занятиях					
2.	Информация была полезной и нужной мне					
3.	Я себя комфортно чувствовал(а) во время занятий					
4.	Преподаватели вели занятия интересно и доброжелательно					
5.	Мне удобно было посещать занятия по времени					
6.	Я освоил(а) практические навыки					
7.	У меня не было сложностей с выполнением рекомендаций после занятий					
8.	Я готов(а) применять полученные рекомендации					
9.	Я порекомендую другим людям с ИБС пройти такую школу					
10.	Что Вам понравилось больше всего? Что вы хотели бы улучшить?					

Благодарим за участие в опросе! Желаем Доброго здоровья!

Критерии оценки организации обучения в Школе для больных с ИБС и перенесших острый инфаркт миокарда на основании мнения обучающихся:

- до 20 баллов «Неудовлетворительно»
- 21–30 баллов «Удовлетворительно»
- 31–39 баллов «Хорошо»
- 40–45 баллов «Отлично»

Алгоритм действий при появлении признаков ИМ



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В. и др. Диспансерное наблюдение больных стабильной ишемической болезнью сердца врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2023 г., 53 с. ISBN 978-5-6049087-1-6.
2. Roth G.A. et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2019 // *Journal of the American College of Cardiology*. Elsevier BV, 2020. Vol. 76, № 25. P. 2982–3021.
3. Safiri S. et al. Burden of ischemic heart disease and its attributable risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019 // *European Journal of Preventive Cardiology*. Oxford University Press (OUP), 2022. Vol. 29, № 2. P. 420–431.
4. Xue P. et al. Global, regional, and national epidemiology of ischemic heart disease among individuals aged 55 and above from 1990 to 2021: a cross-sectional study // *BMC Public Health*. Springer Science and Business Media LLC, 2025. Vol. 25, № 1.
5. Cheng Q. et al. Global, regional, and national burden and risk factors of ischemic heart disease, 1990–2021: an analysis of the global burden of disease study // *Front. Public Health*. Frontiers Media SA, 2025. Vol. 13.
6. Guan C. et al. Global, regional, and national burden of ischaemic heart disease and its trends, 1990–2019 // *Public Health*. Elsevier BV, 2023. Vol. 223. P. 57–66.
7. Moran A.E. et al. Temporal Trends in Ischemic Heart Disease Mortality in 21 World Regions, 1980 to 2010: The Global Burden of Disease 2010 Study // *Circulation*. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), 2014. Vol. 129, № 14. P. 1483–1492.
8. Wang F. et al. Global Burden of Ischemic Heart Disease and Attributable Risk Factors, 1990–2017: A Secondary Analysis Based on the Global Burden of Disease Study 2017 // *CLEP*. Informa UK Limited, 2021. Vol. Volume 13. P. 859–870.
9. Здравоохранение в России. Москва: Росстат, 2023. 179 р.
10. Карпов Ю.А. и др. Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца. Практические рекомендации // *Кардиологический вестник*. 2015. № 3. Стр. 3–33.
11. Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения / ed. 2-е изд. перераб. и доп. Медицинское информационное агентство, 2012. Vol. 271.
12. Шляхто Е.В. (ред.). Кардиология: национальное руководство / ed. 2-е изд. перераб. и доп. ГЭОТАР-Медиа, 2015. Т. 800.
13. Knuuti J. et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) // *European Heart Journal*. 2019. Vol. 40, № 31. P. 1–60.
14. Муромцева Г.А. и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014. Т. 13, № 6. Стр. 4–11.
15. Shi W. et al. Systematic review, meta-analysis and meta-regression to determine the effects of patient education on health behaviour change in adults diagnosed with coronary heart disease // *Journal of Clinical Nursing*. Wiley, 2023. Vol. 32, № 15–16. P. 5300–5327.
16. Giannopoulos G. et al. Usefulness of a Structured Adult Education Program in Modifying Markers of Cardiovascular Risk After Acute Myocardial Infarction // *The American Journal of Cardiology*. Elsevier BV, 2020. Vol. 125, № 6. P. 845–850.
17. Ghisi G.L.D.M. et al. A systematic review of patient education in cardiac patients: Do they increase knowledge and promote health behavior change? // *Patient Education and Counseling*. Elsevier BV, 2014. Vol. 95, № 2. P. 160–174.
18. Meng K. et al. Evaluation of a standardized patient education program for inpatient cardiac rehabilitation: impact on illness knowledge and self-management behaviors up to 1 year // *Health Education Research*. Oxford University Press (OUP), 2014. Vol. 29, № 2. P. 235–246.

19. Погосова Н.В. и др. Эффективность образовательной профилактической технологии у больных стабильной стенокардией в амбулаторных условиях // Кардиология. 2008. Т. 48, № 7. Стр. 4–9.
20. Петрищева А.В., Корягина Н.А., Петрищева Г.П. Двухлетний опыт проведения вторичной кардиопрофилактики с использованием Школ здоровья // Здоровье семьи - 21 век. 2014. № 2(2). Стр. 129–137.
21. Эккерт Н.В., Михайловский В.В. Организация “Школ здоровья” как основной фактор повышения эффективности профилактики сердечно-сосудистых заболеваний // Сеченовский вестник. 2016. № 2(24). Стр. 58–62.
22. Гридасова Р.А., Спиглазова Е.Г., Стадников А.А. Школа для больных ишемической болезнью сердца как инструмент оптимизации реабилитации больных инфарктом миокарда // CardioСоматика. 2011. № S1. Стр. 30–31.
23. Вардосанидзе С.Л., Галстян А.Ш. Программа “Школа ИБС” как основа профилактики и преемственности в лечении // Кубанский научный медицинский вестник. 2010. № 9(123). Стр. 47–49.
24. Бакшеев В.И., Шкловский Б.Л., Ойноткинова О.Ш. Итоги обучения больных с ишемической болезнью сердца, перенесших интервенционные вмешательства на коронарных сосудах, с сопутствующим инсулиннезависимым сахарным диабетом в условиях крупного медицинского объединения // Вестник Медицинского стоматологического института. Москва, 2012. № 2(21). Стр. 11–15.
25. Петрищева А.В., Рямзина И.Н. Влияние обучения в Школе здоровья на факторы кардиоваскулярного риска // Профилактическая медицина. 2011. Т. 14, № 6. Стр. 26–29.
26. Токарева З.Н., Мизурова Т.Н., Светлова Н.А. Пятилетний опыт работы школ здоровья для больных с сердечно-сосудистой патологией в учреждениях здравоохранения Чувашской Республики // Профилактическая медицина. 2013. Т. 16, № 6. Стр. 90–93.
27. Barnason S. et al. Evidence for Therapeutic Patient Education Interventions to Promote Cardiovascular Patient Self-Management: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association // Circ: Cardiovascular Quality and Outcomes. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health), 2017. Vol. 10, № 6.
28. Drapkina O.M., Briko N.I., Namazova-Baranova L.S. et al. Immunoprophylaxis. Guidelines (second edition). Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(3):00. (In Russ.). Драпкина О.М., Брико Н.И., Намазова-Баранова Л.С. и др. Иммунопрофилактика. Методические рекомендации (второе издание). Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(3):00. doi: 10.15829/3034-4123-2025-76. EDN: DBKJIQ
29. Avdeev SN, Alyeva MH, Baranov AA, et al. Federal Clinical Guidelines on Vaccination of pneumococcal infection in children and adults. Russian Journal of Preventive Medicine. 2023;26(9-2):3-23. (In Russ.) Авдеев С.Н., Алыева М.Х., Баранов А.А., и др. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции у детей и взрослых. Методические рекомендации. Профилактическая медицина. 2023;26(9-2):3-23. doi:10.17116/profmed2023260923

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ШКОЛА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Москва – 2025

Организация-разработчик: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России

Авторы: Драпкина О.М., Бойцов С.А., Шляхто Е.В., Камкин Е.Г., Каракулина Е.В., Шепель Р.Н., Жарова М.Е., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М., Савченко Е.Д., Явелов И.С.

Рецензенты:

Гордеев И.Г.— д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии имени академика П.Е.Лукомского Института клинической медицины ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России

Джигоева О.Н.— д.м.н., руководитель лаборатории кардиовизуализации, вегетативной регуляции и сомнологии, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, директор института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Для цитирования:

Аннотация

Заболеваемость хронической сердечной недостаточностью в развитых странах стабилизировалась или даже снижается, однако распространённость продолжает расти вследствие старения населения, увеличения числа пациентов с ожирением и сахарным диабетом, а также улучшения выживаемости после инфаркта миокарда и других сердечно-сосудистых заболеваний. Обучение в школах для пациентов способствует повышению их осведомленности о своем заболевании, профилактике факторов риска и обострений, освоению навыков самоконтроля симптомов, улучшению качества их жизни.

Методические рекомендации по организации и проведению школы для больных с сердечной недостаточностью содержат общую информацию о заболевании, об организации и проведении школ для пациентов, рекомендуемые темы и содержание занятий, тесты для оценки знаний обучающихся.

Методические рекомендации предназначены для специалистов, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по специальности "Лечебное дело" или "Сестринское дело" и врачей-специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, участвующих в проведении школ здоровья.

Ключевые слова: сердечная недостаточность, школа здоровья, методические рекомендации, обучение пациентов, профилактика, первичная медико-санитарная помощь

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (протокол № 7 от 16.09.2025 г.).

© ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Драпкина Оксана Михайловна – директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, заведующий кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор

Бойцов Сергей Анатольевич – генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. академика Е.И. Чазова» Минздрава России, профессор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор

Шляхто Евгений Владимирович — генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» Минздрава России, президент Российского кардиологического общества, академик РАН, д.м.н., профессор

Камкин Евгений Геннадьевич – заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации

Каракулина Екатерина Валерьевна – директор департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации

Шепель Руслан Николаевич – заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, к.м.н.

Жарова Мария Евгеньевна – эксперт центра организации программ скрининга онкологических заболеваний отдела мониторинга организации медицинской помощи Центра организационно-методического управления и анализа качества оказания медицинской помощи в регионах, к.м.н.

Дроздова Любовь Юрьевна – руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Калинина Анна Михайловна – главный научный сотрудник, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор

Савченко Екатерина Дмитриевна – ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Явелов Игорь Семенович – руководитель отдела фундаментальных и клинических проблем тромбоза при неинфекционных заболеваниях ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор

ОГЛАВЛЕНИЕ

Основание для разработки.....	6
Термины и определения.....	7
Нормативно-правовая база.....	8
Цель и задачи школы для больных с сердечной недостаточностью.....	10
Порядок организации школы для больных с сердечной недостаточностью	11
Целевая группа пациентов.....	11
Типовая программа обучения пациентов.....	12
Занятие 1. Знакомство с анатомией и функцией сердечно-сосудистой системы. Что такое сердечная недостаточность? Факторы риска возникновения, прогрессирования и декомпенсации сердечной недостаточности. Клиническое течение и неблагоприятные исходы сердечной недостаточности. Оценка тяжести сердечной недостаточности.....	12
Занятие 2. Многофакторная профилактика декомпенсации и прогрессирования сердечной недостаточности. Немедикаментозная терапия: образ жизни, диета, физическая активность и реабилитация, вакцинация, отказ от курения и алкоголя, важность соблюдения рекомендаций лечащего врача, а также необходимости ведения дневника пациента.....	14
Занятие 3. Медикаментозное лечение сердечной недостаточности. Общие принципы и цели лечения. Как повысить приверженность к лечению	16
Занятие 4. Алгоритм действий при декомпенсации сердечной недостаточности. Показания для обращения за медицинской помощью. ДН и диспансеризация при сердечной недостаточности. Отработка практических навыков	16
Занятие 5. Итоговое занятие. Закрепление практических навыков.....	17
Рекомендуемая структура и штатное расписание.....	18
Рекомендации по техническому оснащению и характеристикам кабинета/зала для обучения	18
Рекомендации для достижения цели обучения в школе для больных с сердечной недостаточностью.....	18
Оценка результативности школы для больных с сердечной недостаточностью	20
Приложения.....	22
Список литературы.....	25

СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

АД	—	артериальное давление
ДН	—	диспансерное наблюдение
иАПФ	—	ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
ЛЖ	—	левый желудочек
МКБ-10	—	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ОСН	—	острая сердечная недостаточность
ПМО	—	профилактический медицинский осмотр
ПМСП	—	первичная медико-санитарная помощь
СД	—	сахарный диабет
СН	—	сердечная недостаточность
ССЗ	—	сердечно-сосудистые заболевания
ССО	—	сердечно-сосудистые осложнения
ФВ ЛЖ	—	фракция выброса левого желудочка
ФК	—	функциональный класс
ХБП	—	хроническая болезнь почек
ХС-ЛПНП	—	холестерин липопротеинов низкой плотности
ХСН	—	хроническая сердечная недостаточность
ХСНсФВ	—	хроническая сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса левого желудочка
ХСНнФВ	—	хроническая сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса левого желудочка

1. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – это клинический синдром, характеризующийся настоящими или предшествующими симптомами (одышка, повышенная утомляемость, отеки голеней и стоп) и признаками (повышение давления в яремных венах, хрипы в легких, периферические отеки) вследствие нарушения структуры и/или функции сердца, приводящего к снижению сердечного выброса и/или повышению давления наполнения сердца в покое или при нагрузке и/или увеличению уровней натрийуретических пептидов¹ [1].

По современным данным, в мире насчитывается более 64 млн. пациентов с ХСН [2–4].

Заболеваемость ХСН в развитых странах стабилизировалась или даже снижается, однако распространённость продолжает расти вследствие старения населения, увеличения числа пациентов с ожирением и сахарным диабетом (СД), а также улучшения выживаемости после инфаркта миокарда и других сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

В США, по данным Американского общества сердечной недостаточности (American Heart Failure Society, AHFS), распространённость ХСН среди взрослых составляет 1,9–2,6%, причём у лиц старше 65 лет — до 8–9% [3,4]. По данным российских эпидемиологических исследований распространённость ХСН в РФ увеличилась с 6,1 до 8,2% в течение 20-летнего наблюдения [5].

До 1990-х годов 60-70% пациентов с ХСН умирали в течение 5 лет. Современная терапия позволила уменьшить как количество повторных госпитализаций в связи с декомпенсацией ХСН, так и смертность [5]. Тем не менее, в РФ смертность среди пациентов с ХСН I–IV функционального класса (ФК) составляет 6%, а среди пациентов с клинически выраженной ХСН – 12% [6]. По данным исследования ЭПОХА-ХСН прогноз пациентов неблагоприятен: при ХСН I–II ФК медиана времени дожития составляет 8,4 года, а при ХСН III–IV ФК – 3,8 года [5].

ХСН с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ХСНсФВ) – это не менее тяжелое заболевание, чем ХСН с низкой фракцией выброса левого желудочка (ХСНнФВ): так, согласно обсервационным исследованиям, пятилетняя выживаемость при этой форме ХСН составляет 50%, а риск повторных госпитализаций превышает 50% за первые 6 месяцев после выписки из стационара [7,8]. Прогноз пациентов с ХСНсФВ зависит от причины заболевания и выраженности диастолической дисфункции [9–11]. Для нашей страны ХСНсФВ имеет большую медико-социальную значимость, согласно регистрам от 31,9% [12] до 83% [13] пациентов с ХСН имеют сохраненную ФВ ЛЖ.

Своевременное выявление, эффективная терапия и диспансерное наблюдение (ДН) пациентов с ХСН могут существенно снизить частоту декомпенсаций и смертность от болезней системы кровообращения [14].

Профилактические медицинские осмотры (ПМО) и диспансеризация определенных групп взрослого населения² помогают выявлять группы риска развития ХСН (пациентов с артериальной гипертензией, избыточной массой тела, дислипидемией и др.), а также больных ХСН. После подтверждения диагноза (I50.0 по МКБ-10) пациенты подлежат ДН у врача-терапевта⁴ или врача-кардиолога в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации

¹Клинические рекомендации «Хроническая сердечная недостаточность», 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/156_2 (дата обращения 12.08.2025).

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» <https://base.garant.ru/401414440/> (дата обращения 24.06.2025).

№168н³. Диспансерное наблюдение в первичном звене оказания медицинской помощи рекомендуется осуществлять у стабильных пациентов, получающих оптимальное лечение для долгосрочного наблюдения, оценки эффективности лечения, прогрессирования заболевания и приверженности к терапии.

Алгоритм ДН пациентов с ХСН представлен в методических рекомендациях «Диспансерное наблюдение пациентов с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения»⁴. Важным элементом ДН является обучение в школах для пациентов¹.

Обучение больных ХСН в рамках школ для больных является частью вторичной профилактики и реабилитации [16]. Современные данные свидетельствуют, что школы для больных СН способствуют повышению их осведомленности о своем заболевании, модификации образа жизни (повышению физической активности, рациональному питанию, повышению приверженности к терапии) и более эффективному контролю факторов риска (например, достижение целевых значений ХС-ЛПНП, артериального давления, массы тела, гликированного гемоглобина у пациентов с СД и т.д.) [17–19].

Ряд исследований показывает, что обучение в школах для пациентов сокращает количество внеплановых обращений к врачам-терапевтам⁵ ПМСП и потребность в оказании экстренной помощи [20–23]. Это дополнительно позволяет оптимизировать расходы на здравоохранение.

Разработанные методические рекомендации направлены на стандартизацию работы школ для больных СН. Единые подходы к обучению позволят повысить эффективность комплексных образовательных программ и обеспечить преемственность в оказании медицинской помощи на разных этапах.

2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Вакцинация — это введение в организм человека препарата, содержащего антигены возбудителя/-ей инфекционных болезней с целью создания невосприимчивости (иммунитета) к данному возбудителю/-ям или снижения риска развития тяжелых форм соответствующих инфекционных заболеваний.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного

³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» <https://base.garant.ru/404523658/> (дата обращения 24.06.2025).

⁴ Дралкина О.М., Бойцов С.А., Агеев Ф.Т. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(1):00. d i 10.15829/10.15829/3034-4123-2025-39.

⁵ Врач-терапевт – врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в случае возложения отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в соответствии с Порядком возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи 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, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н. <https://base.garant.ru/70170588/> (дата обращения 11.07.2025).

наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

Диастолическая ХСН — СН, в основе которой лежит нарушение функции расслабления ЛЖ.

Медицинская профилактическая услуга — это мероприятия или комплекс мероприятий, имеющих самостоятельное значение и определенную стоимость, направленных на профилактику заболевания, своевременное лечение, оздоровление.

Острая декомпенсация СН — состояние, для которого характерно быстрое выраженное усугубление симптомов/признаков ХСН.

Острая СН (ОСН) — это опасное для жизни состояние, характеризующееся быстрым началом или резким ухудшением симптомов/признаков СН вплоть до развития отека легких или кардиогенного шока, требующее проведения неотложных лечебных мероприятий и, как правило, быстрой госпитализации пациента.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Предстадия сердечной недостаточности — состояние, для которого характерно отсутствие симптомов и признаков ХСН в настоящем и прошлом, но имеются признаки структурного и/или функционального поражения сердца и/или повышения уровня мозгового натрийуретического пептида.

Риск развития ХСН — это наличие заболеваний и состояний с высоким риском развития ХСН.

Систолическая ХСН — СН, характеризующаяся выраженным снижением сократительной способности левого желудочка (ЛЖ).

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — это клинический синдром, характеризующийся настоящими или предшествующими симптомами (одышка, повышенная утомляемость, отеки голеней и стоп) и признаками (повышение давления в яремных венах, хрипы в легких, периферические отеки) вследствие нарушения структуры и/или функции сердца, приводящего к снижению сердечного выброса и/или повышению давления наполнения сердца в покое или при нагрузке и/или увеличению уровней натрийуретических пептидов.

ХСН со сниженной фракцией выброса ЛЖ (ХСНнФВ) — ХСН с ФВ ЛЖ $\leq 40\%$.

ХСН с умеренно сниженной ФВ ЛЖ (ХСНунФВ) — ХСН с ФВ ЛЖ = 41-49%.

ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ (ХСНсФВ) — ХСН с ФВ ЛЖ $\geq 50\%$.

Школа для больных — это совокупность средств и методов индивидуального и группового обучения пациентов, направленная на повышение уровня их информированности и практических навыков по рациональной профилактике и лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни.

Школа для больных с сердечной недостаточностью (далее – Школа СН) — организационная форма индивидуального и группового профилактического консультирования (гигиенического обучения и воспитания - по МКБ-10 в классе XXI, Z70-76), является медицинской профилактической услугой, оказываемой пациентам с ХСН в первичном звене здравоохранения.

3. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.10.2020 № 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.04.2022 № 272н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при хронической сердечной недостаточности (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21.03.2017 № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»;
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер»;
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 475н «Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра/медицинский брат»»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.03.2025 № 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»;
- Клинические рекомендации «Хроническая сердечная недостаточность», 2024 (https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/156_2)⁶;
- Методические рекомендации «Диспансерное наблюдение пациентов с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения»⁷.

4. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Школа СН организуются в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП).

Цель организации Школы СН — совершенствование и оптимизация профилактических мероприятий при оказании ПМСП населению, в частности пациентам с ХСН, включая увеличение охвата целевых групп и доступности профилактической медицинской помощи.

Задачи

- повышение информированности пациентов о ХСН, ее факторах риска и последствиях;
- обучение пациентов профилактике индивидуальных факторов риска возникновения и прогрессирования ХСН;
- обучение пациентов современным принципам лечения ХСН и предупреждения ее осложнений;

⁶ Клинические рекомендации «Хроническая сердечная недостаточность», 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/156_2 (дата обращения 25.08.2025).

⁷ Драпкина О.М., Бойцов С.А., Агеев Ф.Т. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(1):00. d i 10.15829/10.15829/3034-4123-2025-39.

- повышение приверженности лечению и диспансерному наблюдению.

5. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Решение об организации Школы СН принимается на основании объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности, половозрастного состава обслуживаемого населения, показателей уровня и структуры заболеваемости и смертности населения, других показателей, характеризующих здоровье населения, и с учетом рекомендуемых штатных нормативов медицинской организации, оказывающей ПМСП, или ее структурного подразделения⁸.

Организация Школы СН регламентируется приказом руководителя медицинской организации, в котором отражены ФИО ответственного за организацию и проведение Школы СН, перечень (ФИО, должность) медицинских и иных работников медицинской организации, участвующих в проведении Школы СН, график работы, форматы работы, численность пациентов в группе, программа обучения и иная дополнительная информация о Школе СН на усмотрение руководителя медицинской организации.

Целесообразно вести журнал учета посещений занятий Школы СН на бумажном носителе или в электронном виде, в т.ч. в медицинской информационной системе, с формированием соответствующей отчетности, с указанием ФИО пациентов и ФИО, должности(ей) специалиста(ов), проводивших занятия.

Программа обучения включает 5 **тематических занятий**, проводимых в очном формате или с применением телемедицинских технологий⁹. Каждое занятие продолжается **60 минут**. Все занятия хронометрированы.

Численность пациентов в группе **20 человек**. Целесообразно по возможности формировать группы пациентов в соответствии с принципами, указанными в пункте 5.1. Группы пациентов формируются до начала обучения, в процессе обучения не рекомендуется присоединение новых пациентов.

Рекомендуемая периодичность направления пациента в Школу СН – не реже 1 раза в год, при необходимости – чаще.

Во время обучения пациенты обеспечиваются необходимыми информационными материалами (программа обучения, дневник пациента и др.). Программа обучения пациентов разрабатывается на основе типовой программы в соответствии с пунктом 5.2.

5.1. Целевая группа пациентов

В группу обучения включаются пациенты с установленным диагнозом ХСН, находящиеся под ДН у врача-терапевта⁴ и/или врача-кардиолога.

При формировании групп особое внимание рекомендуется уделять больным с впервые установленным диагнозом, коморбидным пациентам, а также лицам, имеющим ФР, продолжающим употреблять алкоголь и курить, имеющим избыточную массу тела. Также

⁸ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202506020016> (дата обращения – 21.08.2025).

⁹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202505150033> (дата обращения – 21.08.2025).

рекомендуется учитывать заболевания и состояния, приведшие к развитию ХСН у конкретных пациентов и объединять больных со схожими причинами в одну группу.

Не привлекаются к занятиям в Школе СН пациенты с выраженным нарушением когнитивных функций, наличием клинически значимых острых состояний или хронических заболеваний в стадии обострения.

Для немобильных или маломобильных пациентов с ХСН возможна организация Школы СН на дому с привлечением законных представителей (опекунов, родственников) при необходимости.

5.2. Типовая программа обучения

Занятие 1. Знакомство с анатомией и функцией сердечно-сосудистой системы. Что такое хроническая сердечная недостаточность? Факторы риска возникновения, прогрессирования и декомпенсации ХСН. Клиническое течение и неблагоприятные исходы ХСН. Оценка тяжести ХСН.

Занятие 2. Многофакторная профилактика декомпенсации и прогрессирования ХСН. Немедикаментозная терапия: образ жизни, диета, физическая активность и реабилитация, вакцинация, отказ от курения и алкоголя, важность соблюдения рекомендаций лечащего врача, а также необходимости ведения дневника пациента.

Занятие 3. Медикаментозное лечение ХСН. Общие принципы и цели лечения. Как повысить приверженность к лечению.

Занятие 4. Алгоритм действий при декомпенсации ХСН. Показания для обращения за медицинской помощью. ДН и диспансеризация при ХСН. Отработка практических навыков.

Занятие 5. Итоговое занятие. Закрепление практических навыков.

Скачать полезные материалы, а также ознакомиться с информацией о заболевании можно на сайте:



Занятие 1. Знакомство с анатомией и функцией сердечно-сосудистой системы. Что такое ХСН? Факторы риска возникновения, прогрессирования и декомпенсации ХСН. Клиническое течение и неблагоприятные исходы ХСН. Оценка тяжести ХСН.

Цель: повысить уровень знаний пациентов о ХСН, сформировать представление о причинах, ФР, проявлениях и последствиях ХСН.

Задачи:

- Дать определение ХСН.
- Рассказать об основных причинах и ФР обострений и прогрессирования ХСН.
- Показать механизмы развития болезни (патогенез).
- Научить распознавать ключевые симптомы.
- Объяснить последствия неконтролируемой ХСН и надежность профилактики ФР в снижении бремени болезни и коморбидности

Содержание занятия:

Входное тестирование знаний (Приложение 1).

На занятии пациентам в доступной форме объясняется роль сердца как насоса, обеспечивающего циркуляцию крови в организме. Рассматривается строение сердечно-сосудистой системы: камеры сердца, клапаны, сосуды. Подчеркивается, что при повреждении миокарда (например, после инфаркта, при артериальной гипертензии, СД или клапанных пороках) сердце теряет способность эффективно перекачивать кровь. В таких условиях развивается ХСН. Объясняется, что ХСН не является отдельным заболеванием, а представляет собой синдром, возникающий как осложнение различных ССЗ. Основные причины, приводящие к развитию ХСН приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Причины ХСН

Поражение миокарда		Заболевания и формы
1	ИБС	Все
2	АГ	Все
3	Кардиомиопатии	Все
Клапанные пороки сердца		Митрального клапана Аортального клапана Трикуспидального клапана Клапана легочной артерии
Болезни перикарда		Выпотной перикардит Констриктивный перикардит Гидроперикард
Болезни эндокарда		Гиперэозинофильный синдром Эндомиокардиальный фиброз Эндокардиальный фиброэластоз
Врожденные пороки сердца		Врожденные пороки сердца
Аритмии		Тахикардии (предсердные, желудочковые) Брадикардии
Нарушения проводимости		Атриовентрикулярная блокада
Высокая нагрузка на миокард		Тиреотоксикоз Анемия Сепсис Болезнь Педжета Артериовенозная фистула
Перегрузка объемом		Почечная недостаточность Ятрогения

Особое внимание уделяется основным симптомам: одышка при нагрузке и в покое, отеки ног и живота, учащенное сердцебиение, ночная нехватка воздуха, снижение толерантности к физической нагрузке, выраженная утомляемость.

Важно подчеркнуть, что течение заболевания хроническое и прогрессирующее, однако при правильном подходе возможно стабилизировать состояние и сохранить качество жизни.

Обсуждаются ФР декомпенсации: несоблюдение рекомендаций врача, нерегулярный приём препаратов, избыточное потребление соли и жидкости, злоупотребление алкоголем, курение, инфекции, стресс.

Ответы на вопросы, обсуждение.

Занятие 2. Многофакторная профилактика декомпенсации и прогрессирования ХСН. Немедикаментозная терапия: образ жизни, диета, физическая активность и реабилитация, вакцинация, отказ от курения и алкоголя, важность соблюдения рекомендаций лечащего врача, а также необходимости ведения дневника пациента.

Цель: повысить уровень информированности пациентов об основных факторах риска ССЗ, их роли в развитии и прогрессировании ХСН, а также сформировать у пациентов понимание необходимости их регулярного контроля и коррекции с использованием немедикаментозных подходов.

Задачи:

- Ознакомить пациентов с ФР и их патофизиологическим влиянием на развитие и прогрессирование ХСН.
- Разъяснить значение каждого модифицируемого ФР (артериальная гипертензия, дислипидемия, курение, злоупотребление алкоголем, СД, хроническая болезнь почек, неконтролируемый прием НПВС, ожирение, гиподинамия, стресс,) и их вклад в прогрессирование заболевания и развитие осложнений.
- Представить современные стратегии немедикаментозной коррекции ФР.
- Объяснить важность индивидуального плана контроля ФР, в т.ч. соблюдения периодичности ДН.
- Сформировать мотивацию к активному участию пациента в управлении собственным здоровьем.

Содержание занятия:

Основное внимание уделяется образу жизни как ключевому фактору в замедлении прогрессирования ХСН.

Подробно разбираются рекомендации по питанию: ограничение соли до 5 г в сутки (пациентам показывают примерную норму — одна чайная ложка), контроль жидкости (обычно 1,5–2 л в сутки с учётом супов и напитков), снижение потребления жирной и жареной пищи, предпочтение овощам, фруктам, рыбе, цельнозерновым продуктам.

Пациентам объясняется важность ежедневного взвешивания: резкая прибавка массы тела (более 2 кг за 3 дня) сигнализирует о задержке жидкости и угрозе декомпенсации.

Практически демонстрируется ведение дневника пациента, куда записываются масса тела, давление, пульс, наличие отёков, одышки, приём лекарств.

Особое внимание уделяется физической активности: физические нагрузки уменьшают симптомы ХСН, улучшают течение заболевания и качество жизни. Характер и интенсивность физических упражнений необходимо обсудить с лечащим врачом. Следует избегать таких физических нагрузок, как подъем тяжелых грузов, плавание, выраженные интенсивные нагрузки, тренировки вызывающие боли в грудной клетке, появление одышки и головокружений. Наиболее предпочтительны прогулки пешком (темп ходьбы и продолжительность прогулки необходимо обсудить с лечащим врачом), дыхательная гимнастика, простые упражнения на растяжку. Выполнение физических упражнений следует начинать с разминки и заканчивать заминкой. Основной частью программы тренировок должны стать аэробные упражнения (ходьба по беговой дорожке, занятия на велотренажере, быстрая ходьба) – этот тип упражнений укрепляет сердце и

легкий, улучшает способность организма использовать кислород. Важно обратить внимание пациентов на то, что перед началом занятий следует измерять ЧСС и АД и не выполнять физические упражнения в случае изменения показателей в сравнении с обычным (для конкретного пациента) уровнем. Контроль интенсивности физических нагрузок осуществляется с использованием «разговорного теста» (шкалы Борга) или при расчете целевого диапазона пульса, с которым нужно выполнять упражнения (табл. 2).

Таблица 2 – Уровни интенсивности физической нагрузки и их определение

Уровень (интенсивность) нагрузки	Оценка по шкале Борга («разговорный тест»)	По пульсу (частоте сердечных сокращений)
Низкая	очень незначительная одышка, человек легко разговаривает	50-63% МЧСС*
Умеренная	дыхание учащенное, но человек может говорить полными предложениями	64-76% МЧСС
Интенсивная	выраженная одышка, человеку тяжело или некомфортно говорить	77-93% МЧСС
*МЧСС – максимальная частота сердечных сокращений, рассчитанная по формуле: МЧСС = 220 – возраст в годах		

Подчеркивается, что чрезмерные нагрузки противопоказаны, но полное ограничение активности ухудшает течение болезни.

Внимание пациентов акцентируется на том, что ожирение и избыточная масса тела (индекс массы тела ≥ 30 кг/м² и абдоминальное ожирение (окружность талии >102 см у мужчин и >88 см у женщин) являются независимыми факторами риска развития ССЗ. Коррекция избыточной массы тела прежде всего должна вести к уменьшению показателей жировой массы и окружности талии. Конечной целью является нормализация композиционного состава тела и сохранение достигнутых результатов в дальнейшем – на протяжении всей жизни. Задача-максимум – достижение нормальных значений индекса массы тела (18,5-24,9 кг/м²) и окружности талии (муж. ≤ 94 см, жен. ≤ 80 см). Изменение образа жизни, а именно комплексное воздействие на организм сбалансированного питания и физической активности, приводит к устойчивому снижению массы тела.

Отдельный блок посвящается отказу от курения и ограничению алкоголя. Необходимо ориентировать пациентов на отказ от курения и разъяснять, что курение является доказанным ФР развития многих тяжёлых заболеваний и осложнений, в т.ч. ХСН. Отказ от курения ведёт к снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений и в конечном итоге – к увеличению продолжительности жизни. Отказ от курения означает отказ от любых видов доставки никотина, включая электронные сигареты. Не допускается применение электронных сигарет в качестве способа отказа от табака или в качестве альтернативы табачным изделиям.

Обсуждается важность контроля АД. Артериальная гипертензия является важным фактором прогрессирования заболевания и риска развития осложнений. Рекомендованный целевой уровень АД $<140/90$ мм рт. ст. Разъясняется влияние на течение СН таких заболеваний как СД и хроническая болезнь почек (ХБП). Отмечается важность регулярного приема медикаментозной терапии, регулярность диспансерных визитов и выполнения лабораторных исследований для профилактики прогрессирования СН.

Отдельное внимание уделяется вопросу приема НПВС. Важно обратить внимание пациентов на запрет бесконтрольного приема НПВС, например, в случае сопутствующих дегенеративно-дистрофических заболеваний, для предотвращения декомпенсации ХСН.

Пациентам разъясняется как проводить регулярный самоконтроль (измерение давления, сахара крови, массы тела) и в какие сроки необходимо посещать врача для ДН.

Разъясняется важность вакцинации против гриппа, пневмококка и других инфекции в соответствии с национальным календарем прививок¹⁰ [15].

Завершает занятие акцент на том, что коррекция ФР является неотъемлемой частью лечения ХСН, напрямую влияющей на прогноз, частоту обострений и продолжительность жизни.

Занятие 3. Медикаментозное лечение ХСН. Общие принципы и цели лечения. Как повысить приверженность к лечению.

Цель: сформировать у пациентов целостное представление о современных подходах к лечению ХСН, повысить осведомлённость о целях терапии, а также научить распознавать частые нежелательные реакции при применении терапии.

Задачи:

- Ознакомить пациентов с основными принципами терапии ХСН.
- Объяснить цели лечения: уменьшение симптомов, улучшение прогноза.
- Представить ключевые классы препаратов, применяемые при ХСН.
- Обсудить причины низкой приверженности к лечению и стратегии её повышения (простые схемы, ведение дневника, напоминания, доверие к врачу).
- Ознакомить пациентов с наиболее частыми нежелательными реакциями при применении терапии.

Содержание занятия:

Пациентам объясняется, что медикаментозное лечение ХСН является основой терапии, направленной на уменьшение симптомов, снижение риска госпитализаций и продление жизни.

Кратко рассматриваются основные группы препаратов: иАПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина или сакубитрил/валсартан, бета-адреноблокаторы, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, ингибиторы натрий-глюкозного котранспортёра 2-го типа, диуретики. Подчёркивается, что каждый класс имеет своё место в лечении и действует на разные механизмы развития ХСН. Особый акцент делается на том, что препараты нужно принимать ежедневно, даже если самочувствие улучшилось.

Пациентам разъясняются возможные побочные эффекты: появление кашля при приеме иАПФ, учащённое мочеиспускание при приеме диуретиков, головокружение на фоне снижения АД др. Даются рекомендации по правильным действиям в случае их появления — не отменять препарат самостоятельно, а обратиться к врачу.

Отдельно обсуждается опасность бесконтрольного приёма нестероидных противовоспалительных препаратов, которые могут вызвать задержку жидкости и ухудшение состояния.

Рассказать о доступных программах льготного лекарственного обеспечения для пациентов после перенесенного инфаркта миокарда.

¹⁰ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 декабря 2021 г. N 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" (с изменениями и дополнениями) <https://base.garant.ru/403258640/> (дата обращения 15.01.2025)

Подробно разбираются принципы приверженности: приём лекарств в одно и то же время, использование таблетницы, напоминаний в телефоне, ведение дневника пациента.

Занятие 4. Алгоритм действий при декомпенсации ХСН. Показания для обращения за медицинской помощью. ДН и диспансеризация при ХСН. Отработка практических навыков.

Цель: научить пациентов своевременно распознавать ухудшение течения ХСН, сформировать готовность к экстренным действиям, повысить информированность о целях и регулярности ДН и отработать ключевые знания и навыки, необходимые для самоконтроля.

Задачи:

- Рассказать о клинических признаках декомпенсации ХСН.
- Ознакомить пациентов с поэтапным планом действий при декомпенсации ХСН.
- Разъяснить показания для экстренного и планового обращения к врачу.
- Рассказать о необходимости ДН, регулярного прохождения диспансеризации при ХСН.
- Продемонстрировать и отработать ключевые знания и практические навыки для самоконтроля заболевания (измерение массы тела, диуреза, АД, пульса).

Содержание занятия:

Пациентам объясняется, что ХСН — хроническое заболевание, которое может декомпенсироваться и прогрессировать. «Красными флагами» являются следующие симптомы и состояния: нарастание одышки, появление одышки ночью, невозможность спать лёжа, увеличение массы тела на 2 кг и более за короткое время, отёки ног и живота, выраженная слабость, головокружение, учащённое сердцебиение.

Подробно разбирается алгоритм действий при появлении признаков декомпенсации ХСН: при первых признаках задержки жидкости пациент должен ограничить употребление соли и жидкости, принять дополнительную дозу диуретика (если это согласовано с врачом), измерить АД, пульс, зафиксировать изменения в дневнике и обратиться к лечащему врачу. При выраженной одышке, сильных отёках, болях в груди или головокружении необходимо немедленно обратиться к врачу или вызвать скорую помощь. Пациентам объясняют, что самолечение в таких случаях опасно, а своевременная медицинская помощь позволяет избежать тяжёлых осложнений.

Пациентам объясняется, что ДН при ХСН необходимо на протяжении всей жизни. Врач контролирует эффективность терапии и при необходимости корректирует лечение. Обсуждаются регулярные обследования: электрокардиография, эхокардиография, лабораторные анализы.

В случае стационарного лечения по поводу декомпенсации ХСН пациентам разъясняется важность раннего амбулаторного визита после (в течение 14 дней после выписки из стационара) с целью предупреждения прогрессирования ХСН [23].

Пациентам демонстрируется техника правильного измерения АД и пульса, проводится практическая тренировка. Разбираются правила ежедневного взвешивания и ведения дневника, куда вносятся показатели и симптомы. Подчёркивается, что эти записи помогают врачу корректировать лечение и своевременно выявлять декомпенсацию.

Занятие 5. Итоговое занятие. Закрепление практических навыков.

Цель: систематизировать полученные знания о ХСН, закрепить ключевые навыки самоконтроля.

Задачи:

- Повторить клинические признаки декомпенсации ХСН.
- Повторить пошаговый план действий при декомпенсации ХСН.
- Напомнить о необходимости ДН, регулярного прохождения диспансеризации при ХСН.
- Продемонстрировать и отработать ключевые знания и практические навыки для самоконтроля заболевания (измерение массы тела, диуреза, АД, пульса).

Содержание занятия:

Занятие начинается с краткого повторения основных тем, пройденных на предыдущих занятиях. В интерактивной форме проводится обсуждение: пациенты отвечают на вопросы о симптомах, правилах диеты, значении физической активности, необходимости приверженности к терапии.

Далее организуется блок практических навыков. Каждому пациенту демонстрируется техника правильного измерения АД на электронном и/или механическом тонометре, разъясняются частые ошибки. Пациенты тренируются самостоятельно измерять давление и пульс, фиксировать показатели в дневнике. Аналогично отрабатывается ежедневное взвешивание и анализ прибавки массы тела.

Отдельно проводится закрепление навыков по ведению дневника пациента: участники получают шаблон и вносят в него данные (вес, давление, пульс, самочувствие). Обсуждается, как правильно интерпретировать изменения — например, резкая прибавка веса, учащённый пульс или падение давления.

Особое внимание уделяется алгоритму действий при декомпенсации.

Итогом занятия становится формирование у пациентов готовности активно участвовать в контроле болезни. Каждый пациент получает раздаточные материалы: памятку с описанием признаков декомпенсации, дневник пациента и рекомендации по образу жизни.

В финале проводится итоговое тестирование знаний пациентов (Приложение 1), также обучающимся предлагается заполнить анкету (анонимно) для оценки удовлетворенности обучением в Школе СН (Приложение 2).

5.3. Рекомендуемая структура и штатное расписание

Обучение в школах для больных проводят специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по специальности "Лечебное дело" или "Сестринское дело"¹¹ и врачи-специалисты ПМСП.

5.4. Рекомендации по техническому оснащению и характеристикам кабинета/зала для обучения

Необходимо помещение, оборудованное для групповой работы: стулья, столы без тумбочек, рабочее место обучающего (стол, стул, компьютер с выходом в информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»), доска маркерная (с набором маркеров), шкаф для размещения наглядных пособий, тонометр, ростомер, весы напольные, сантиметровая лента, комплекты структурированных программ обучения по темам, демонстрационное оборудование

¹¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" СПС «Консультант Плюс» (дата обращения 19.09.2025)

(экран, проектор), информационные материалы по тематике занятий; дневники пациента, бумага для записей, ручки; маски, назальные фильтры, респираторы, др. СИЗы. Помещение должно быть оснащено системой вентиляции (системой кондиционирования и очистки воздуха).

Необходимое количество оборудования рассчитывается по потребностям. Площадь помещения определяется из расчета 4 м² на 1 человека¹², но должна составлять не менее 24 м².

6. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Деятельность Школы СН направлена на решение проблем, наиболее значимых для конкретного контингента пациентов в текущий период времени и обязательно должна преследовать конкретный, видимый результат за достаточно небольшой отрезок времени. Правильная подготовка к проведению Школы СН, в частности материально-технических и кадровых ресурсов, – важная составляющая успешных результатов.

Медицинские работники – преподаватели Школы СН должны научиться работать в команде. Специалисты, не умеющие работать в команде, даже если они имеют более высокую квалификацию по сравнению со сложившейся командой единомышленников, не должны приглашаться для ведения занятий в школах для пациентов.

Вся наглядная продукция, используемая в Школе СН, должна соответствовать следующим требованиям:

- красочность;
- информативность;
- доступность для понимания;
- удобность в использовании.

Цветовое и иное оформление целесообразно обсуждать с психологом.

Занятия в Школе СН следует проводить в интерактивной форме, избегать больших информационных блоков в структуре занятий.

Занятия должны быть четко структурированы, хронометрированы. Продолжительность занятий не должна превышать 60 мин.

6.1. Факторы, влияющие на результативность школы для больных с сердечной недостаточностью

Факторы, влияющие на результативность обучения в Школе СН, неразрывно связаны с качеством профилактической помощи в целом. Эти факторы можно разделить на несколько групп:

- факторы профессиональной компетентности медицинских работников;
- факторы отношений и взаимопонимания между медицинскими работниками и пациентами, их межличностные отношения;
- факторы организации профилактической работы в целом, которые определяют и ее качество.

Эти же факторы влияют на приверженность пациентов к сохранению и укреплению здоровья, а также к выполнению рекомендаций врача, в т.ч. и соблюдение режима лекарственной

¹² Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24 декабря 2020 г. № 44 «Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг». СПС «Консультант Плюс» (дата обращения – 21.08.2025).

терапии. Среди факторов дифференцируют положительные – способствующие повышению качества профилактической помощи и отрицательные – негативно влияющие на качество профилактической помощи (табл. 3).

Таблица 3 – Группы факторов, влияющих на качество профилактической помощи

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (СОДЕЙСТВИЕ)	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (ПРЕПЯТСТВИЕ)
<i>Факторы отношений (медицинский работник – пациент)</i>	
Взаимопонимание, сопереживание (эмпатия)	Равнодушие
Понимание потребности пациента	Уверенность медицинских работников в том, что они «знают» в чем нуждается пациент
Уверенность медицинского работника и умение объяснять	Неспособность объяснять и убеждать
<i>Факторы профессиональной компетентности медицинского работника</i>	
Знание основ профилактической помощи (понятие риска, основы консультирования, технологии и др.)	Пренебрежение профилактической помощью (предпочтение диагностике и лечению)
Знание основ поведенческой медицины	Преобладание синдромального подхода
Разумная интеграция лечения и профилактики	Противопоставление лечения и профилактики
<i>Факторы организации и качества профилактической помощи</i>	
Ненавязчивая форма консультирования при очередных посещениях (по обращаемости)	Насильственные (требующие усилий со стороны пациента) рекомендации и назначения
Обсуждение с пациентом его проблем здоровья	Директивная форма рекомендаций
Простота и доступность (по времени, цене и пр.) профилактических мер и рекомендации	Сложные схемы и многоступенчатость профилактической помощи
Наличие письменных инструкций, советов	Устные советы и рекомендации
Наличие красочных печатных материалов	Плохое полиграфическое качество материалов
Взаимодействие между медицинскими работниками	Незаинтересованность в профилактической работе

7. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Для оценки результативности профилактической помощи пациентам с ХСН необходима и систематическая оценка результативности Школы СН, оценка знаний пациентов и оценка удовлетворенности обучением в Школе СН.

Для оценки результативности Школы СН рекомендуется использовать следующие критерии:

- доля обученных пациентов с ХСН из числа состоящих на ДН у врача-терапевта/врача-кардиолога (%);
- доля обученных пациентов с ХСН из числа лиц с впервые установленным диагнозом ХСН (%);
- доля пациентов, прошедших полный цикл обучения из числа направленных в Школу СН (%);
- стабилизация (отсутствие роста) или снижение уровня госпитализаций пациентов с ХСН, состоящих на ДН у врача-терапевта/врача-кардиолога и прошедших обучение в Школе СН;
- снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к пациентам с ХСН, состоящим на ДН у врача-терапевта/врача-кардиолога и прошедших обучение в Школе СН;
- снижение частоты развития осложнений у пациентов с ХСН, состоящих на ДН у врача-терапевта/врача-кардиолога и прошедших обучение в Школе СН.

Конкретные показатели критериев оценки результативности работы Школы СН определяются руководителем медицинской организации с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей, объемов оказываемой медицинской помощи.

При необходимости по решению руководителя медицинской организации могут использоваться дополнительные критерии оценки результативности Школы СН.

Оценка знаний пациентов

Для оценки результативности Школы СН рекомендуется проводить оценку знаний пациентов до и после обучения на основе теста для контроля знаний (Приложение 1).

Удовлетворенность обучением

Каждый пациент по окончании курса анонимно заполняет анкету удовлетворенности обучением в Школе СН (Приложение 2). Анкета позволяет оценить различные аспекты: полезность полученных знаний, понятность материала, удобство организации занятий (время, формат), компетентность преподавателей и т.д. Индивидуальная удовлетворенность важна не только как показатель качества, но и как фактор приверженности: пациент, положительно оценивший организацию и проведение Школы СН, с большей вероятностью будет применять полученные знания.

Приложение 1

Тесты для контроля знаний

ФИО	Дата
1. Что такое хроническая сердечная недостаточность? <i>Выберите один правильный ответ.</i> а) Состояние, когда сердце не справляется с перекачиванием крови б) Заболевание сердца, при котором в нем накапливается много белка в) Сильная боль в груди г) Повышенное давление Правильный ответ: а	
2. Назовите признак декомпенсации ХСН? <i>Выберите один правильный ответ.</i> а) Повышение температуры б) Резкая прибавка массы тела за 2–3 дня в) Снижение аппетита г) Головная боль Правильный ответ: б	
3. Максимально допустимое количество соли для употребления с пищей в день: <i>Выберите один правильный ответ.</i> а) Не более 5 г (1 чайная ложка) б) При ХСН нет ограничений в) Не менее 5 г г) Столько, сколько хочется	

Правильный ответ: а

4. Зачем нужно вести дневник пациента при ХСН?

Выберите один правильный ответ.

- а) Чтобы врач мог скорректировать лечение.
- б) Чтобы напоминать себе о приёме лекарств.
- в) Чтобы отслеживать вес, давление и самочувствие.
- г) Всё перечисленное

Правильный ответ: г

5. Какие симптомы могут говорить о декомпенсации ХСН?

Выберите все правильные ответы.

- а) Одышка при нагрузке или в покое
- б) Отёки ног или живота
- в) Повышение температуры до 39°C
- г) Быстрая прибавка веса

Правильные ответы: а, б, г

6. Что помогает замедлить прогрессирование ХСН?

Выберите все правильные ответы.

- а) Отказ от курения
- б) Умеренная физическая активность
- в) Соблюдение диеты с ограничением соли
- г) Самостоятельная отмена препаратов при хорошем самочувствии

Правильные ответы: а, б, в

7. Какие препараты обычно назначают при ХСН?

Выберите все правильные ответы.

- а) Диуретики
- б) Бета-блокаторы
- в) Витамины
- г) Ингибиторы АПФ

Правильные ответы: а, б, г

8. Что нужно делать ежедневно при ХСН?

Выберите все правильные ответы.

- а) Взвешиваться
- б) Измерять давление и пульс
- в) Записывать данные в дневник
- г) Принимать лекарства строго по назначению врача

Правильные ответы: а, б, в, г

9. Почему важно вакцинироваться пациенту с ХСН?

Выберите один правильный ответ.

- а) Чтобы реже обращаться к врачу

- б) Чтобы снизить риск тяжёлых осложнений при инфекциях
- в) Чтобы заменить приём лекарств
- г) Чтобы быстрее похудеть

Правильный ответ: б

10. Почему нельзя самостоятельно прекращать приём лекарств при ХСН?

Выберите один правильный ответ.

- а) Потому что лекарства вызывают привыкание
- б) Потому что отмена препаратов может привести к ухудшению и декомпенсации ХСН
- в) Потому что врач может обидеться
- г) Потому что лекарства действуют только курсами

Правильный ответ: б

Число вопросов с правильным ответом, всего

**Анкета удовлетворенности обучением
в Школе для больных с сердечной недостаточностью**

Дата _____ г.

(заполняется анонимно)

Уважаемый пациент! Ваши ответы помогут определить, насколько Вы удовлетворены обучением в Школе для больных с сердечной недостаточностью, получить Ваши советы и пожелания для совершенствования обучения.

Оцените утверждения пунктов 1-9 в соответствии с Вашим мнением или отношением, по пятибалльной системе:

- 1 – нет;*
- 2 – скорее нет;*
- 3 – затрудняюсь ответить;*
- 4 – скорее да;*
- 5 – да.*

В пункте 10 просим Вас дать развернутый ответ.

№	Вопрос (утверждение)	Баллы				
		1	2	3	4	5
1.	Мне было понятно, о чём говорили на занятиях					
2.	Информация была полезной и нужной мне					
3.	Я себя комфортно чувствовал(а) во время занятий					
4.	Преподаватели вели занятия интересно и доброжелательно					
5.	Мне удобно было посещать занятия по времени					
6.	Я освоил(а) практические навыки					
7.	У меня не было сложностей с выполнением рекомендаций после занятий					
8.	Я готов(а) применять полученные рекомендации					
9.	Я порекомендую другим людям с ХСН пройти такую школу					
10.	Что Вам понравилось больше всего? Что вы хотели бы улучшить?					

Благодарим за участие в опросе! Желаем Доброго здоровья!

Критерии оценки организации обучения в школе для пациентов на основании мнения обучающихся:

до 20 баллов «Неудовлетворительно»

21–30 баллов «Удовлетворительно»

31–39 баллов «Хорошо»

40–45 баллов «Отлично»

Список литературы

1. Драпкина О.М. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации // Первичная медико-санитарная помощь. 2025. Т. 2, № 1.
2. Redfield M.M., Borlaug B.A. Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: A Review // JAMA. 2023. Vol. 329, № 10. P. 827.
3. Savarese G. et al. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology // Cardiovascular Research. 2023. Vol. 118, № 17. P. 3272–3287.
4. Khan M.S. et al. Global epidemiology of heart failure // Nat Rev Cardiol. 2024. Vol. 21, № 10. P. 717–734.
5. Поляков Д.С. и др. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что изменилось за 20 лет наблюдения? Результаты исследования ЭПОХА-ХСН // Кардиология. 2021. Т. 61, № 4. Стр. 4–14.
6. Фомин И.В. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что сегодня мы знаем и что должны делать // Российский кардиологический журнал. 2016. № 8. P. 7–13.
7. Steinberg B.A. et al. Trends in Patients Hospitalized With Heart Failure and Preserved Left Ventricular Ejection Fraction: Prevalence, Therapies, and Outcomes // Circulation. 2012. Vol. 126, № 1. P. 65–75.
8. Lee D.S. et al. Relation of Disease Pathogenesis and Risk Factors to Heart Failure With Preserved or Reduced Ejection Fraction: Insights From the Framingham Heart Study of the National Heart, Lung, and Blood Institute // Circulation. 2009. Vol. 119, № 24. P. 3070–3077.
9. Ketchum E.S., Levy W.C. Establishing Prognosis in Heart Failure: A Multimarker Approach // Progress in Cardiovascular Diseases. 2011. Vol. 54, № 2. P. 86–96.
10. Ho K.K. et al. Survival after the onset of congestive heart failure in Framingham Heart Study subjects. // Circulation. 1993. Vol. 88, № 1. P. 107–115.
11. Wedel H. et al. Predictors of fatal and non-fatal outcomes in the Controlled Rosuvastatin Multinational Trial in Heart Failure (CORONA): incremental value of apolipoprotein A-1, high-sensitivity C-reactive peptide and N-terminal pro B-type natriuretic peptide // European J of Heart Fail. 2009. Vol. 11, № 3. P. 281–291.
12. Шляхто Е.В. и др. Результаты промежуточного анализа проспективного наблюдательного многоцентрового регистрового исследования пациентов с хронической сердечной недостаточностью в Российской Федерации “ПРИОРИТЕТ-ХСН”: исходные характеристики и лечение первых включенных пациентов // Российский кардиологический журнал. 2023. Т. 28, № 10. Стр. 5593.
13. Ощепкова Е.В. и др. Первые результаты российского регистра хронической сердечной недостаточности // Кардиология. 2015. Т. 55, № 5. Стр. 22–28.
14. Муромцева Г.А. и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012-2013гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014. Т. 13, № 6. Стр. 4–11.
15. Драпкина О.М. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации // Первичная медико-санитарная помощь. 2025. Т. 2, № 1. Стр. 00.
16. Ambrosetti M. et al. Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology // European Journal of Preventive Cardiology. 2021. Vol. 28, № 5. P. 460–495.
17. Sun B. et al. The Effect of Distance Education on Self-care in Patients With Heart Failure in the Chronic or Stable Phase: A Systematic Review and Meta-analysis // J Cardiovasc Nurs. 2025. Vol. 40, № 1. P. 39–54.
18. Симерзин В.В. и др.. Роль терапевтического обучения пациентов с хронической сердечной недостаточностью // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009. Т. 8, № 6 S1. Стр. 293–328.

19. Егорова Л.А. и др. Оптимизация терапевтического обучения больных хронической сердечной недостаточностью // Медицина труда и промышленная экология. Научно-исследовательский институт медицины труда им. акад. Н.Ф. Измерова, 2016. Т. 2016, № 11. Стр. 20–23.
20. Krumholz H.M. et al. Randomized trial of an education and support intervention to prevent readmission of patients with heart failure // Journal of the American College of Cardiology. 2002. Vol. 39, № 1. P. 83–89.
21. Agvall B., Alehagen U., Dahlström U. The benefits of using a heart failure management programme in Swedish primary healthcare // European J of Heart Fail. 2013. Vol. 15, № 2. P. 228–236.
22. Yu D.S. et al. Effectiveness and Cost-effectiveness of an Empowerment-Based Self-care Education Program on Health Outcomes Among Patients With Heart Failure: A Randomized Clinical Trial // JAMA Netw Open. 2022. Vol. 5, № 4. P. e225982.
23. Виллевальде С.В., Соловьева А.Е. Декомпенсация сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса: преодоление барьеров для улучшения прогноза в «уязвимый» период после выписки. Кардиология. 2021;61(12):82-93. <https://doi.org/10.18087/cardio.2021.12.n1860>.

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ШКОЛА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Москва – 2025

Организация-разработчик: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России.

Авторы: Драпкина О.М., Бойцов С.А., Шляхто Е.В., Камкин Е.Г., Каракулина Е.В., Савченко Е.Д., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н., Явелов И.С.

Рецензенты:

Гордеев И.Г. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии имени академика П.Е.Лукомского Института клинической медицины ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России

Джигоева О.Н. – д.м.н., руководитель лаборатории кардиовизуализации, вегетативной регуляции и сомнологии, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, директор института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Для цитирования: Драпкина О.М., Бойцов С.А., Камкин Е.Г., Каракулина Е.В., Савченко Е.Д., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н., Явелов И.С. Школа для больных с фибрилляцией предсердий. Методические рекомендации. 29 стр.

Аннотация

Фибрилляция предсердий (ФП) – одна из наиболее распространенных аритмий. Своевременная диагностика и лечение заболевания, а также изменение образа жизни могут замедлить прогрессирование ФП и предотвратить развитие серьезных осложнений и жизнеугрожающих состояний. Обучение больных в Школе для больных с ФП играет важную роль в улучшении качества жизни и прогноза заболевания, помогает пациентам стать активными участниками своего лечения и заботы о здоровье.

Методические рекомендации по организации и проведению Школы для больных с ФП содержат общую информацию о заболевании, рекомендуемые темы и содержание занятий, тесты для оценки знаний пациентов.

Методические рекомендации предназначены для специалистов, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по специальности "Лечебное дело" или "Сестринское дело" и врачей-специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, участвующих в проведении школ здоровья.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, школа здоровья, методические рекомендации, обучение пациентов, профилактика, первичная медико-санитарная помощь

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (протокол № 7 от 16.09.2025 г.).

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Драпкина Оксана Михайловна – директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, заведующий кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор

Бойцов Сергей Анатольевич – генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. академика Е.И. Чазова» Минздрава России, профессор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор

Шляхто Евгений Владимирович — генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» Минздрава России, президент Российского кардиологического общества, академик РАН, д.м.н., профессор

Камкин Евгений Геннадьевич – заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации

Каракулина Екатерина Валерьевна – директор департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации

Савченко Екатерина Дмитриевна – ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Дроздова Любовь Юрьевна – руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Калинина Анна Михайловна – главный научный сотрудник, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор

Шепель Руслан Николаевич – заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, к.м.н.

Явелов Игорь Семенович – руководитель отдела фундаментальных и клинических проблем тромбоза при неинфекционных заболеваниях ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор

ОГЛАВЛЕНИЕ

Основание для разработки.....	6
Термины и определения.....	7
Нормативно-правовая база.....	8
Цель и задачи школы для больных с фибрилляцией предсердий.....	9
Порядок организации школы для больных с фибрилляцией предсердий.....	9
Целевая группа пациентов.....	10
Типовая программа обучения пациентов.....	10
Занятие 1. Что такое фибрилляция предсердий и ее факторы риска. Осложнения фибрилляции предсердий	11
Занятие 2. Образ жизни пациентов с фибрилляцией предсердий. Действия при остром ухудшении состояния	13
Занятие 3. Основные методы лечения фибрилляции предсердий. Как предотвратить инсульт и другие тяжелые осложнения	16
Занятие 4. Закрепление полученных знаний и навыков. Диспансерное наблюдение	17
Рекомендуемая структура и штатное расписание.....	18
Рекомендации по техническому оснащению и характеристикам кабинета/зала для обучения	18
Рекомендации для достижения цели обучения в школе для больных с фибрилляцией предсердий.....	19
Оценка результативности школы для больных с фибрилляцией предсердий.....	20
Приложения.....	22
Список литературы.....	28

СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

АГ	—	артериальная гипертензия
АД	—	артериальное давление
ААТ	—	антиаритмическая терапия
ДН	—	диспансерное наблюдение
ДОГВН	—	диспансеризация определенных групп взрослого населения
ИБС	—	ишемическая болезнь сердца
ИМТ	—	индекс массы тела
МТ	—	масса тела
ПМО	—	профилактический медицинский осмотр
ПМСП	—	первичная медико-санитарная помощь
СД	—	сахарный диабет
ФП	—	фибрилляция предсердий
ФР	—	фактор риска
ХНИЗ	—	хронические неинфекционные заболевания
ЧСС	—	частота сердечных сокращений

1. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ

Фибрилляция предсердий (ФП) – это самая распространенная разновидность нарушений ритма сердца, сопровождающаяся хаотичными, нерегулярными сокращениями сердца.

ФП является одной из причин развития сердечной недостаточности, инсульта и других тромбоэмболических осложнений. Несмотря на большую распространенность и относительно благоприятное течение, ФП следует рассматривать как потенциально опасную для жизни аритмию, учитывая широкий спектр ее негативных последствий, связанных не только с существенным ухудшением качества жизни, но и со значительным повышением частоты серьезных осложнений и смерти [1-3].

Частота выявления ФП в общей популяции составляет 2—4% [4-7]. Доля лиц с ФП увеличивается с возрастом, достигая до 15% в возрасте 80 лет [8-12]. У мужчин ФП встречается чаще, чем у женщин. Риск развития ФП на протяжении жизни составляет около 25% в возрасте старше 40 лет [13, 14]. При этом у большинства пациентов заболевание неуклонно прогрессирует, увеличивает риск инсульта в 5 раз, часто рецидивирует, приводит к инвалидности и повышает риск смерти.

Профилактические медицинские осмотры (ПМО) и диспансеризация определенных групп взрослого населения (ДОГВН)¹ помогают выявлять группы риска развития ФП (лиц, имеющих поведенческие факторы риска (ФР), избыточную массу тела, установленные сердечно-сосудистые заболевания, такие как ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ) и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и другие хронические неинфекционные заболевания, такие как сахарный диабет (СД). После подтверждения диагноза (I48.0—I48.9) пациенты подлежат диспансерному наблюдению (ДН) у врача-терапевта в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации №168н². Важным элементом ДН является обучение пациентов в школах для пациентов. Исследования подтверждают, что обучение в школах для пациентов способствует повышению их осведомленности о своем заболевании, улучшению контроля ФП, профилактике ФР и навыкам самоконтроля. Улучшение понимания болезни, подходов к лечению и профилактике ФР приводит к повышению приверженности к рекомендациям врача и снижению риска неблагоприятных исходов [15-18].

Кроме того, отмечается снижение уровня тревожности и депрессии, что благоприятно сказывается на общем состоянии больных. Ряд исследований показывает, что участие в школах для пациентов сокращает количество внеплановых обращений к врачам-терапевтам³ ПМСП и потребность в оказании экстренной помощи, что дополнительно позволяет оптимизировать расходы на здравоохранение. [19-21].

Разработанные методические рекомендации направлены на стандартизацию работы школ для пациентов с ФП. Единые подходы к обучению позволят повысить эффективность

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» <https://base.garant.ru/401414440/> (дата обращения 21.08.2025).

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» <https://base.garant.ru/404523658/> (дата обращения 21.08.2025).

³Здесь и далее: врач-терапевт – врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в случае возложения отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 марта 2025 г. № 155н. <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202504140028> (дата обращения 21.08.2025).

комплексных образовательных программ и обеспечить преемственность в оказании медицинской помощи на разных этапах.

2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Врач-терапевт – врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в случае возложения отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи, в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 27.03.2025 № 155н⁴ (для целей настоящих методических рекомендаций).

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение⁵.

Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности⁶.

Профилактика – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания⁷.

Школа для больных с фибрилляцией предсердий (далее – Школа ФП) – организационная форма группового профилактического консультирования (гигиенического обучения и воспитания – по МКБ-10 в классе XXI, Z70-76), являющаяся медицинской профилактической услугой, оказываемой пациентам с ФП в амбулаторных условиях.

⁴Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации 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». <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202504140028> (дата обращения – 21.08.2025).

⁵Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». СПС «Консультант Плюс» (дата обращения – 21.08.2025).

⁶ Там же

⁷ Там же

3. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.10.2020 № 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики инфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2022 № 168н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21.03.2017 № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»;
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер»;
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 475н «Об утверждении профессионального стандарта "Медицинская сестра/медицинский брат»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.03.2025 № 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»;

- Клинические рекомендации «Фибрилляция и трепетание предсердий», 2025⁸, (https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/382_2);
- Методические рекомендации. Диспансерное наблюдение пациентов с фибрилляцией и трепетанием предсердий врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения⁹.

4. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Школа ФП организуется в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП).

Цель организации Школы ФП – совершенствование профилактических мероприятий при оказании ПМСП населению, в частности пациентам с ФП, включая увеличение охвата целевых групп и повышение доступности профилактической медицинской помощи.

Задачи

- повышение информированности пациентов с ФП о заболевании, его факторах риска и осложнениях;
- формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих факторов риска (здоровый образ жизни);
- обучение пациентов профилактике индивидуальных факторов риска прогрессирования, обострения и осложнений ФП;
- обучение алгоритму и навыкам самопомощи при возникновении жизнеугрожающих состояний;
- повышение приверженности лечению и диспансерному наблюдению.

5. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Решение об организации Школы ФП принимается на основании объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности, половозрастного состава обслуживаемого населения, показателей уровня и структуры заболеваемости и смертности населения, других показателей, характеризующих здоровье населения, и с учетом рекомендуемых штатных нормативов медицинской организации, оказывающей ПМСП, или ее структурного подразделения¹⁰.

Организация Школы ФП регламентируется приказом руководителя медицинской организации, в котором отражены ФИО ответственного за организацию и проведение Школы ФП, перечень (ФИО, должность) медицинских и иных работников медицинской организации, участвующих в проведении Школы ФП, график работы, форматы работы, численность пациентов

⁸ Клинические рекомендации «Фибрилляция и трепетание предсердий», 2025. (https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/382_2); (дата обращения 25.12.2025).

⁹ Драпкина О.М., Бойцов С.А., Голухова Е.З. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с фибрилляцией и трепетанием предсердий врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2024;1(1):134-178. doi: 10.15829/10.15829/3034-4123-24. EDN IXJDOK.

¹⁰ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202506020016> (дата обращения – 21.08.2025).

в группе, программа обучения и иная дополнительная информация о Школе ФП на усмотрение руководителя медицинской организации.

Целесообразно вести журнал учета посещений занятий Школы ФП на бумажном носителе или в электронном виде, в т.ч. в медицинской информационной системе, с формированием соответствующей отчетности, с указанием ФИО пациентов и ФИО, должности(ей) специалиста(ов), проводивших занятия.

Программа обучения включает **4 тематических занятия**, проводимых в очном формате или с применением телемедицинских технологий¹¹. Каждое занятие продолжается **60 минут**, включает теоретическую и практическую части (в т.ч. обсуждение). Все занятия хронометрированы.

Численность пациентов в группе **20 человек**. Целесообразно по возможности формировать группы пациентов в соответствии с принципами, указанными в пункте 5.1. Группы пациентов формируются до начала обучения, в процессе обучения не рекомендуется присоединение новых пациентов.

Рекомендуемая периодичность направления пациента в Школу ФП – не реже 1 раза в год, при необходимости – чаще.

Во время обучения пациенты обеспечиваются необходимыми информационными материалами (программа обучения, дневник пациента и др.). Программа обучения пациентов разрабатывается на основе типовой программы в соответствии с пунктом 5.2.

5.1. Целевая группа пациентов

В группу обучения включаются пациенты с установленным диагнозом ФП, в т.ч. с впервые в жизни установленным (I48.0—I48.9 по МКБ-10), находящиеся на ДН у врача-терапевта и/или врача-кардиолога, по направлению врача-терапевта.

При формировании групп особое внимание рекомендуется уделять больным с впервые установленным диагнозом, коморбидным пациентам с АГ, ИБС, ХСН и СД, а также лицам, имеющим ФР ХНИЗ, продолжающим употреблять алкоголь и курить, имеющим избыточную массу тела.

Не привлекаются к занятиям в Школе ФП пациенты с выраженным нарушением когнитивных функций, наличием клинически значимых острых состояний или хронических заболеваний в стадии обострения.

Для немобильных или маломобильных пациентов с ФП возможна организация Школы ФП на дому с привлечением законных представителей (опекунов, родственников) при необходимости.

5.2. Типовая программа обучения пациентов

Занятие 1. Что такое фибрилляция предсердий и ее факторы риска. Осложнения фибрилляции предсердий.

Занятие 2. Образ жизни пациентов с фибрилляцией предсердий. Действия при остром ухудшении состояния.

Занятие 3. Основные методы лечения фибрилляции предсердий. Как предотвратить инсульт и другие тяжелые осложнения.

¹¹Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202505150033> (дата обращения – 21.08.2025).

Занятие 4. Итоговое занятие. Закрепление полученных знаний и навыков. Вопросы и обсуждение.

В приложениях 3-5 представлены дневник пациента с ФП для контроля пульса и артериального давления (АД) в домашних условиях; алгоритмы действий при появлении признаков инсульта и инфаркта; шкалы оценки риска тромбоэмболий и риска кровотечений.

Скачать полезные материалы, а также ознакомиться с информацией о заболевании можно на сайте:



Занятие 1. Что такое фибрилляция предсердий и ее факторы риска. Осложнения фибрилляции предсердий.

Цель: повышение уровня знаний пациентов о ФП, выработка у пациентов умений и навыков по самоконтролю за состоянием здоровья.

Задачи:

- Рассказать основную информацию о проводящей системе сердца, механизме формирования сердечного ритма в норме и при ФП.
- Дать определение ФП, информацию о клинических проявлениях ФП.
- Рассказать об основных причинах возникновения и факторах риска ФП.
- Рассказать о риске развития тромбоэмболических осложнений и кровотечений.
- Обучить навыкам определения пульса на периферической артерии, оценки частоты и ритмичности пульса, измерения АД, заполнения дневника самоконтроля.

Содержание занятия:

Входное тестирование знаний (Приложение 1).

Теоретическая часть

Рассказать пациентам о механизме формирования сердечного ритма в норме и при ФП, дать определение ФП: сокращение сердца происходит под управлением синусового узла, который расположен в стенке правого предсердия и является естественным водителем ритма (рис. 1). В синусовом узле с определенной частотой генерируются электрические импульсы, которые передаются на правое и левое предсердия по проводящим путям. Под действием этих импульсов происходит сокращение обоих предсердий. Затем импульсы передаются в атриовентрикулярный узел, расположенный на границе предсердий и желудочков. Из атриовентрикулярного узла через левую и правую ножки пучка Гиса сигнал проходит к правому и левому желудочкам сердца, вызывая их сокращение. Правильная частота генерируемых импульсов и функционирование путей передачи сигнала обуславливают ритмичное и согласованное сокращение сердца. Правильный ритм сердца называют синусовым.

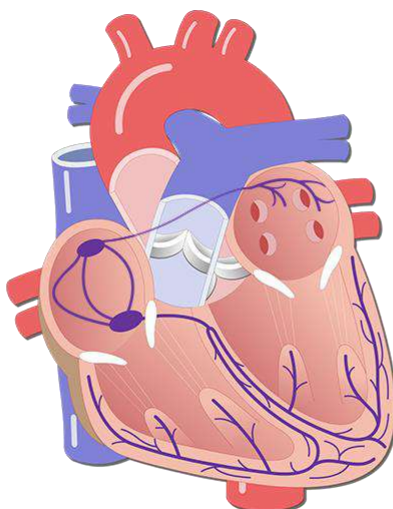


Рисунок 1. Проводящая система сердца.

ФП – несогласованное возбуждение отдельных волокон сердца (предсердий), которое приводит к неправильному и, как правило, частому ритму сердца (желудочков). При ФП происходят хаотичные возбуждения и сокращения волокон отдельных участков миокарда предсердий, поэтому предсердия сокращаются неритмично – фибриллируют. От предсердий импульсы также неритмично передаются к желудочкам, обуславливая их аритмичное сокращение. Если промежуток между сокращениями короткий, то на периферических артериях фиксируются не все сокращения сердца. Разница между числом сердечных сокращений и частотой определяемого пульса получила название «дефицит пульса». При ФП также часто наблюдается учащение пульса – тахикардия.

ФП одно из самых частых нарушений сердечного ритма, встречается у 1-2% населения и составляет 40% от всех аритмий. С возрастом частота ФП увеличивается, среди пациентов старше 80 лет ею страдают 8-10%. Мужчины болеют ФП в 1,7 раза чаще женщин.

Рассказать об основных клинических проявлениях заболевания, причинах его возникновения и опасности тромбоэмболических осложнений: клинические проявления ФП могут быть различными и зависят от частоты ритма желудочков, тяжести основной сердечной патологии и наличия факторов риска. Часть пациентов не ощущают перебои в сердце, это чаще наблюдается при нормальной частоте пульса. Чаще всего беспокоят: перебои в сердце, ощущение «замирания» сердца, боли в области сердца, одышка, головокружение, возможны подъем или снижение АД, обмороки, слабость, похолодание рук и ног, волнение, чувство страха и нарушение сна, дрожь и потливость.

В большинстве случаев определить точную причину ФП не представляется возможным. Наряду с этим существует ряд состояний, повышающих риск развития нарушений ритма сердца.

Основными причинами возникновения ФП являются:

- приобретенные или врожденные структурные патологии миокарда, перикарда, клапанного аппарата и/или магистральных сосудов;
- АГ;
- ИБС;
- клинически выраженная сердечная недостаточность;

- нарушение функции щитовидной железы;
- возраст (риск развития ФП повышается у лиц старше 40 лет);
- избыточная масса тела и ожирение;
- СД;
- хроническая обструктивная болезнь легких;
- курение;
- употребление алкоголя;
- синдром обструктивного апноэ во время сна.

Рассказать пациентам о том, что нарушения сердечного ритма сами могут утяжелять течение сердечно-сосудистых заболеваний. Даже короткие пароксизмы ФП могут приводить к повреждению ткани предсердий, гиперкоагуляции и воспалению. При длительности ФП свыше 48 ч у пациентов увеличивается вероятность тромбообразования. Из-за неритмичной работы сердца повышается риск образования тромбов в сердце, с дальнейшей тромбоэмболией сосудов головного мозга и развитием ишемического инсульта. Именно поэтому наиболее опасными осложнениями ФП являются тромбоэмболические, в т.ч. острое нарушение мозгового кровообращения, тромбоэмболия сосудов конечностей и инфаркты внутренних органов.

Практическая часть

Проводится обучение пациентов правильному измерению пульса на сонной артерии шеи и на лучевой артерии, измерению АД. Проводится подсчет частоты пульса и измерение АД под контролем преподавателя, исправление ошибок. Осуществляются самостоятельное определение пациентом своего пульса и оценка его характеристик (аритмия, брадикардия – менее 60 уд/мин, нормосистолия, тахикардия – более 100 уд/мин, чередование бради- и тахисистолического варианта), измерение АД.

Проводится обучение пациентов заполнению дневника самоконтроля (Приложение 3).

Ответы на вопросы, обсуждение.

Занятие 2. Образ жизни пациента с ФП. Действия при остром ухудшении состояния.

Цель: формирование знаний о правильном образе жизни пациента с ФП.

Задачи:

- Обозначить основные поведенческие факторы риска, влияющие на течение и прогноз ФП.
- Ознакомить с основными рекомендациями по ведению здорового образа жизни с учетом особенностей и ограничений, связанных с ФП.
- Обучить алгоритмам действий при ухудшении состояния, в т.ч. информировать пациентов о первых симптомах инсульта и важности незамедлительного вызова бригады скорой медицинской помощи при подозрении на инсульт или транзиторную ишемическую атаку.

Содержание занятия:

Теоретическая часть

Рассказать о первостепенной важности устранения или уменьшения воздействия всех факторов риска возникновения и прогрессирования ФП, включая надлежащее лечение имеющихся заболеваний.

Рассказать пациентам о принципах здорового образа жизни: умеренная физическая активность, здоровое питание с ограничением насыщенных жиров и обработанных продуктов, контроль веса, снижение стресса с помощью дыхательных техник, а также отказ от вредных привычек (употребление алкоголя, курение).

Пациентам с ФП необходимо полностью отказаться от **курения и употребления алкоголя**, так как это снижает частоту рецидивов ФП и риск развития осложнений, в т.ч. кровотечений. Безопасных доз алкоголя не существует.

Рассматриваются **основные принципы питания при ФП**: необходимо ограничить употребление насыщенных жиров, трансжиров, красного мяса, а также продуктов с высоким содержанием натрия и сахара. Выбирать рацион, основанный преимущественно на растительных продуктах, который может быть дополнен умеренным количеством рыбы, птицы, яиц и молочных продуктов. Рекомендуемая калорийность рациона для лиц трудоспособного возраста, имеющих умеренную физическую активность, в среднем составляет 1800-2400 ккал. Энергетическая ценность рациона зависит от уровня физической активности, возраста и пола. Для мужчин старше 18 лет в зависимости от уровня физической нагрузки суточная калорийность рациона может составлять 2400-3800 ккал, а для женщин – 1700-3000 ккал. Сочетание правильного питания и регулярной ФА позволяет достичь баланса между калорийностью рациона и энергозатратами и гармонизировать состояние организма.

Пациентам разъясняется, почему **регулярная физическая активность** важна даже при наличии ФП: умеренная физическая активность снижает риск возникновения ФП, в то время как длительные интенсивные физические тренировки или недостаток физической активности связаны с повышенным риском развития аритмии. Пациентам с ФП рекомендованы регулярные физические нагрузки умеренной интенсивности. Следует исключить чрезмерную физическую нагрузку, особенно пациентам старше 50 лет. Пациентам с любой формой ФП рекомендуются индивидуальные и групповые занятия лечебной физкультурой, в т.ч. с использованием тренажеров. Реабилитация на основе физических упражнений увеличивает физическую работоспособность, переносимость физических нагрузок, фракцию выброса левого желудочка.

Пациентам с ФП рекомендовано:

- 3 или более еженедельных сеансов аэробной активности умеренной интенсивности, такой как ходьба, бег, езда на велосипеде, продолжительностью не менее 60 мин.;
- дополнительно включать упражнения на растяжку и равновесие, тренировки с отягощением;
- каждое занятие должно состоять из разминки, основной части и заминки;
- в ходе выполнения физической нагрузки необходимо контролировать ее интенсивность и не превышать уровень, рекомендованный лечащим врачом.

Контроль интенсивности физических нагрузок осуществляется с использованием «разговорного теста» (шкалы Борга) или при расчете целевого диапазона пульса, с которым нужно выполнять упражнения (табл. 1).

Таблица 1 – Уровни интенсивности физической нагрузки и их определение

Уровень (интенсивность) нагрузки	Оценка по шкале Борга («разговорный тест»)	По пульсу (частоте сердечных сокращений)
Низкая	очень незначительная одышка, человек легко разговаривает	50-63% МЧСС*
Умеренная	дыхание учащенное, но человек может говорить полными предложениями	64-76% МЧСС
Интенсивная	выраженная одышка, человеку тяжело или некомфортно говорить	77-93% МЧСС
*МЧСС – максимальная частота сердечных сокращений, рассчитанная по формуле: $MЧСС = 220 - \text{возраст в годах}$		

Рассказать пациентам о том, что **ожирение и избыточная масса тела** (индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м² и абдоминальное ожирение (окружность талии >102 см у мужчин и >88 см у женщин) являются независимыми факторами риска развития ФП. Следует помнить, что снижение массы тела (МТ) в килограммах не является самоцелью, необходимо понимать, за счет чего снизилась МТ: жидкость, жировая масса или скелетно-мышечная масса. Коррекция избыточной МТ прежде всего должна вести к уменьшению показателей жировой массы и окружности талии. Конечной целью является нормализация композиционного состава тела и сохранение достигнутых результатов в дальнейшем – на протяжении всей жизни. Задача-максимум – достижение нормальных значений ИМТ (18,5-24,9 кг/м²) и ОТ (муж. ≤ 94 см, жен. ≤ 80 см). Изменение образа жизни, а именно комплексное воздействие на организм сбалансированного питания и физической активности, приводит к устойчивому снижению МТ.

Основные советы по питанию для пациентов с ФП и избыточной массой тела:

- уменьшение энергетической ценности пищи, прежде всего, за счет сокращения потребления жиров и углеводов;
- включение в ежедневный рацион достаточного количества овощей и фруктов (не менее 500 г, не считая картофеля).
- исключение сахара (в т.ч. сладких напитков), промышленной выпечки и переработанных мясных деликатесов;
- уменьшение порций еды, с использованием тарелки меньшего размера. Исключение добавок и быстрого (торопливого) употребления пищи.
- обязательное включение завтрака в число приемов пищи (рекомендуется завтракать в первые 2 часа после пробуждения).
- избегание «перекусывания» – если чувствуете голод – выделите время и поешьте полноценно.

Рассказать пациентам о важности контроля АД. **Артериальная гипертензия** является важным фактором прогрессирования заболевания и риска развития осложнений. Рекомендованный целевой уровень АД $<140/90$ мм рт. ст. Высокую важность имеет самоконтроль уровня АД (регулярное заполнение дневника самоконтроля) и четкое выполнение назначений лечащего врача.

Обратить внимание пациентов на **исключение необоснованного приёма лекарств** – прежде всего нестероидных противовоспалительных препаратов, что является мерой профилактики осложнений ФП, в особенности развития кровотечений.

Для снижения риска развития осложнений и улучшения качества жизни пациентам с ФП рекомендована **ежегодная вакцинация**: против гриппа – ежегодно в августе-сентябре; против пневмококковой инфекции в соответствии с иммунным статусом пациента; против других инфекционных заболеваний (при наличии показаний).

Знание **алгоритма действий при ухудшении состояния** рекомендуется всем пациентам с ФП. Известно, что большая часть смертей вне медицинской организации (дома, на работе, на даче, в общественных и других местах) происходит скоропостижно. Овладение необходимыми навыками оказания первой помощи в форме само- или взаимопомощи существенно повышает шансы на спасение жизни больного. Поздний вызов скорой медицинской помощи снижает вероятность спасения.

В ходе занятия необходимо разъяснить пациентам план действий при появлении симптомов и после купирования жизнеугрожающего состояния (Приложение 4).

Практическая часть

Пациентами составляются списки индивидуальных факторов риска, возможных причин обострения. Отмечается, какие меры профилактики пациент уже применяет и какие ещё следовало бы внедрить. Обсуждаются действия, которые пациент предпримет в случае возникновения трудностей с выполнением профилактических мер.

Алгоритм действий при возникновении жизнеугрожающего состояния разбирается на примерах признаков инсульта и инфаркта (Приложение 4).

Ответы на вопросы, обсуждение.

Занятие 3. Основные методы лечения ФП. Как предотвратить инсульт и другие тяжелые осложнения.

Цель: сформировать у пациентов с ФП понимание важности регулярного приема назначенной терапии и регулярного диспансерного наблюдения.

Задачи:

- Рассказать об основных методах лечения ФП.
- Объяснить важность приема антикоагулянтных средств.
- Разъяснить тактику действий при пароксизме ФП.

Содержание занятия:

Теоретическая часть

Рассказать пациентам о двух альтернативных стратегиях лечения ФП:

- «Контроль частоты» – снижение частоты сокращений желудочков на фоне сохраняющейся ФП, с применением ритм-урежающих лекарственных средств и воздержанием от собственно противоаритмического лечения;
- «Контроль ритма сердца» – восстановление (при необходимости) и как можно более длительное сохранение синусового ритма средствами лекарственного и интервенционного противоаритмического лечения.

Проведение противоаритмического лечения по «контролю ритма сердца» не избавляет от необходимости параллельного «контроля частоты», так как всегда существует вероятность рецидива ФП, которая не должна протекать с избыточно высоким ритмом желудочков.

Стратегия «контроля ритма» имеет преимущество у пациентов с недавним анамнезом ФП и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Эти преимущества заключаются в меньшей частоте развития неблагоприятных исходов заболевания (комбинированная конечная точка: смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, инсульт, ОКС, госпитализация в связи с прогрессированием сердечной недостаточности). Ранний выбор стратегии «контроля ритма» в сравнении с предпочтением стратегии «контроля частоты» способствовал снижению риска смерти

(как от всех причин, так и от сердечно-сосудистых заболеваний), инсульта и госпитализаций, связанных с ХСН.

Контроль ритма сердца проводится антиаритмическими препаратами или малоинвазивным хирургическим (интервенционным) вмешательством. Для урежения пульса применяются β -адреноблокаторы (бисопролол, метопролол, атенолол и т.д.), антагонисты кальция недигидропиридинового ряда (верапамил и др.) и сердечные гликозиды (дигоксин). Назначение препарата и необходимая доза, выбор метода хирургического вмешательства определяется врачом с учетом показаний и противопоказаний, а также индивидуальных и анатомических особенностей.

Обратить внимание пациентов, что в случае выполнения интервенционного вмешательства, им положено назначение льготных лекарственных препаратов, в том числе антикоагулянтов.

В случае назначения антиаритмической терапии (ААТ) рассказать об основных принципах и критериях эффективности медикаментозных препаратов, в том числе что целью ААТ является уменьшение симптомов ФП, эффективная ААТ приводит к уменьшению, а не к полному исчезновению рецидивов ФП, если один препарат оказывается неэффективным, клинически приемлемый результат может быть достигнут при помощи другого препарата.

Назначение медикаментозной ААТ примерно удваивает вероятность поддержания синусового ритма по сравнению с плацебо, то есть эффективность профилактической ААТ не так высока и уступает интервенционному вмешательству, в отличие от которой несет в себе потенциальный риск аритмогенного действия, но лишена рисков оперативного вмешательства.

Стратегия «Контроль ритма» сердца предполагает попытку восстановления и поддержания синусового ритма. С целью достижения успешного долгосрочного результата необходимо не только восстановление синусового ритма, но и поддерживающая антиаритмическая терапия, профилактика и лечение сопутствующих заболеваний, модификация образа жизни пациента. Для планового восстановления ритма у пациентов с ФП рекомендуется применение фармакологической или электрической кардиоверсии.

Обратить внимание пациентов, что высокий риск ишемического инсульта и системных тромбоэмболий, чаще всего имеющих кардиоэмболическое происхождение, является важнейшей проблемой для пациентов с ФП. Антитромботическая терапия с целью профилактики тромбоэмболических осложнений рекомендуется всем пациентам с ФП, кроме групп низкого риска или при наличии противопоказаний. Ацетилсалициловая кислота, клопидогрел и др. антиагреганты не являются препаратами профилактирующими ишемический инсульт при ФП. только антикоагулянты, к которым относятся варфарин и прямые пероральные антикоагулянты: дабигатран этексилат, ривароксабан, апиксабан и эдоксабан. Выбор лекарственного препарата, схемы назначения и дозировки определяются врачом.

Пациентам разъясняется необходимость регулярного контроля уровня МНО в случае нахождения на терапии варфарином, возможных жизнеугрожающих осложнений (тромбоэмболия или большие кровотечения) в случае отсутствия контроля и нахождения за пределами целевых значений МНО⁸.

Рассказать пациентам, что основной проблемой при длительной антитромботической терапии пациентов с ФП являются геморрагические осложнения. При этом высокий риск кровотечений не является поводом для отказа от лечения антикоагулянтами. В такой ситуации должны быть предприняты попытки снизить риск кровотечений за счет влияния на модифицируемые факторы: снижение АД, отказ от алкоголя, отмена нестероидных противовоспалительных препаратов.

Рассказать о необходимости следить за наличием и выраженностью проявлений сердечной недостаточности, наличием эпизодов потери сознания или пресинкопальных состояний, частотой сердечных сокращений (слишком редкого или частого сердечного ритма).

Рассказать пациентам об основных причинах, провоцирующих развитие приступа (пароксизма) ФП: стресс, психоэмоциональное перенапряжение, тяжелые физические нагрузки, прием алкоголя, избыточное потребление кофе, переедание, повышение АД, курение и др.

Рассказать пациентам, что для прерывания пароксизма ФП и восстановления правильного синусового ритма необходимо обратиться за медицинской помощью, в том числе для коррекции преходящих и потенциально обратимых факторов. Если приступ аритмии сопровождается головокружением, потерей сознания, одышкой, болью в сердце или за грудиной, необходимо срочно вызвать скорую помощь. Отметить, что позднее обращение (более 12ч от начала приступа) увеличивает риски тромбоэмболических осложнений и снижает эффективность восстановления синусового ритма, в случае отсутствия обратимых причин.

Разъяснить, что для самостоятельного прерывания приступа ФП возможно использование антиаритмического препарата, только в том случае, если он рекомендован лечащим врачом. Этот метод называется «таблетка в кармане». В случае отсутствия эффекта от самостоятельного прерывания приступа ФП, необходимо обращение за медицинской помощью.

Практическая часть

Пациенты под контролем преподавателя проводят самооценку риска развития тромбоэмболических осложнений и кровотечений по оценочным шкалам CHA₂DS₂-VASc и HAS-BLED (Приложение 5).

Ответы на вопросы, обсуждение.

Занятие 4. Закрепление полученных знаний и навыков. Диспансерное наблюдение.

Цель: закрепить ключевые практические навыки, полученные на протяжении курса: самоконтроль, измерение АД, ЧСС, действия при жизнеугрожающих состояниях. Сформировать осознанное отношение пациентов к выполнению рекомендаций лечащего врача и диспансерному наблюдению.

Задачи:

- Повторить и отработать на практике основные навыки, изученные на занятиях.
- Проверить корректность выполнения самоконтроля (ЧСС, АД).
- Провести итоговое тестирование знаний (Приложение 1).
- Оценить удовлетворенность пациентов процессом обучения в Школе ФП (Приложение 2).
- Сформировать осознанное отношение к выполнению рекомендаций лечащего врача и диспансерному наблюдению.

Содержание занятия:

Занятие проводится в интерактивном формате. Пациенты повторяют практические навыки: самостоятельное измерение ЧСС и АД, заполнение дневника пациента, составление правильного рациона питания, разбор типичных ошибок.

Совместно с пациентами повторяются симптомы и показатели самоконтроля, признаки ухудшения состояния, при которых следует обратиться к врачу.

Пациентам даются разъяснения о ДН; исследованиях, проводимых в рамках ДН, включая консультации врачей-специалистов, и их периодичности; иных мероприятиях, проводимых в

рамках ДН. Поясняется, что основным фактором недопущения ухудшения состояния здоровья и эффективной медикаментозной терапии, в т.ч. направленной на профилактику развития осложнений является четкое соблюдение назначений лечащего врача и периодичности диспансерных осмотров (даже в случае выполнения катетерной аблации и отсутствия приступов), что достижение контроля коморбидных заболеваний и коррекция модифицируемых ФР улучшает прогноз у пациентов с ФП и является одной из основных целей лечения. К контрольным показателям здоровья относятся снижение веса, отказ от алкоголя и потребления табака и/или другой никотинсодержащей продукции, стойкое поддержание целевых значений АД, стойкая компенсация ХСН, достижение целевых значений ХС-ЛНП у пациентов с сопутствующей ИБС, контроль гликемии у пациентов с СД, оптимальное лечение синдрома обструктивного апноэ сна и т.д.⁸

В финале проводится итоговое тестирование знаний пациентов (Приложение 1), также обучающимся предлагается заполнить анкету (анонимно) для оценки удовлетворенности обучением в Школе ФП (Приложение 2).

5.3. Рекомендуемая структура и штатное расписание

Обучение в школах для больных проводят специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по специальности "Лечебное дело" или "Сестринское дело"¹² и врачи-специалисты ПМСП.

5.4. Рекомендации по техническому оснащению и характеристикам кабинета/зала для обучения

Необходимо помещение, оборудованное для групповой работы: стулья, столы без тумбочек, рабочее место обучающего (стол, стул, компьютер с выходом в информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»), доска маркерная (с набором маркеров), шкаф для размещения наглядных пособий, тонометр, ростометр, весы напольные, сантиметровая лента, комплекты структурированных программ обучения по темам, демонстрационное оборудование (экран, проектор), информационные материалы по тематике занятий; дневники пациента, бумага для записей, ручки; маски, назальные фильтры, респираторы, др. СИЗы. Помещение должно быть оснащено системой вентиляции (системой кондиционирования и очистки воздуха).

Необходимое количество оборудования рассчитывается по потребностям. Площадь помещения определяется из расчета 4 м² на 1 человека¹³, но должна составлять не менее 24 м².

6. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

¹² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" СПС «Консультант Плюс» (дата обращения 19.09.2025)

¹³ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24 декабря 2020 г. № 44 «Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг». СПС «Консультант Плюс» (дата обращения – 21.08.2025).

Деятельность Школы ФП направлена на решение проблем, наиболее значимых для конкретного контингента пациентов в текущий период времени и обязательно должна преследовать конкретный, видимый результат за достаточно небольшой отрезок времени. Правильная подготовка к проведению Школы ФП, в частности материально-технических и кадровых ресурсов, – важная составляющая успешных результатов.

Медицинские работники – преподаватели Школы ФП должны научиться работать в команде. Специалисты, не умеющие работать в команде, даже если они имеют более высокую квалификацию по сравнению со сложившейся командой единомышленников, не должны приглашаться для ведения занятий в школах для пациентов.

Вся наглядная продукция, используемая в Школе ФП, должна соответствовать следующим требованиям:

- красочность;
- информативность;
- доступность для понимания;
- удобность в использовании.

Цветовое и иное оформление целесообразно обсуждать с психологом.

Занятия в Школе ФП следует проводить в интерактивной форме, избегать больших информационных блоков в структуре занятий.

Занятия должны быть четко структурированы, хронометрированы. Продолжительность занятий не должна превышать 60 мин.

6.1. Факторы, влияющие на результативность школы для больных с фибрилляцией предсердий

Факторы, влияющие на результативность обучения в Школе ФП, неразрывно связаны с качеством профилактической помощи в целом. Эти факторы можно разделить на несколько групп:

- факторы профессиональной компетентности медицинских работников;
- факторы отношений и взаимопонимания между медицинскими работниками и пациентами, их межличностные отношения;
- факторы организации профилактической работы в целом, которые определяют и ее качество.

Эти же факторы влияют на приверженность пациентов к сохранению и укреплению здоровья, а также к выполнению рекомендаций врача, в т.ч. и соблюдение режима лекарственной терапии. Среди факторов дифференцируют положительные – способствующие повышению качества профилактической помощи и отрицательные – негативно влияющие на качество профилактической помощи (табл. 2).

Таблица 2 – Группы факторов, влияющих на качество профилактической помощи

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (СОДЕЙСТВИЕ)	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (ПРЕПЯТСТВИЕ)
<i>Факторы отношений (медицинский работник – пациент)</i>	
Взаимопонимание, сопереживание (эмпатия)	Равнодушие
Понимание потребности пациента	Уверенность медицинских работников в том, что они «знают» в чем нуждается пациент
Уверенность медицинского работника и умение объяснять	Неспособность объяснять и убеждать

Факторы профессиональной компетентности медицинского работника	
Знание основ профилактической помощи (понятие риска, основы консультирования, технологии и др.)	Пренебрежение профилактической помощью (предпочтение диагностике и лечению)
Знание основ поведенческой медицины	Преобладание синдромального подхода
Разумная интеграция лечения и профилактики	Противопоставление лечения и профилактики
Факторы организации и качества профилактической помощи	
Ненавязчивая форма консультирования при очередных посещениях (по обращаемости)	Насильственные (требующие усилий со стороны пациента) рекомендации и назначения
Обсуждение с пациентом его проблем здоровья	Директивная форма рекомендаций
Простота и доступность (по времени, цене и пр.) профилактических мер и рекомендаций	Сложные схемы и многоступенчатость профилактической помощи
Наличие письменных инструкций, советов	Устные советы и рекомендации
Наличие красочных печатных материалов	Плохое полиграфическое качество материалов
Взаимодействие между медицинскими работниками	Незаинтересованность в профилактической работе

7. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Для оценки результативности профилактической помощи пациентам с ФП необходима и систематическая оценка результативности Школы ФП, оценка знаний пациентов и оценка удовлетворенности обучением в Школе ФП.

Для оценки результативности Школы ФП рекомендуется использовать следующие критерии:

- доля обученных пациентов с ФП из числа состоящих на ДН у врача-терапевта/врача-кардиолога (%);
- доля обученных пациентов с ФП из числа лиц с впервые установленным диагнозом ФП (%);
- доля пациентов, прошедших полный цикл обучения из числа направленных в Школу ФП (%);
- стабилизация (отсутствие роста) или снижение уровня госпитализаций пациентов с ФП, состоящих на ДН у врача-терапевта/врача-кардиолога и прошедших обучение в Школе ФП;
- снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к пациентам с ФП, состоящим на ДН у врача-терапевта/врача-кардиолога и прошедших обучение в Школе ФП;
- снижение частоты развития осложнений у пациентов с ФП, состоящих на ДН у врача-терапевта/врача-кардиолога и прошедших обучение в Школе ФП.

Конкретные показатели критериев оценки результативности работы Школы ФП определяются руководителем медицинской организации с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей, объемов оказываемой медицинской помощи.

При необходимости по решению руководителя медицинской организации могут использоваться дополнительные критерии оценки результативности Школы ФП.

Оценка знаний пациентов

Для оценки результативности Школы ФП рекомендуется проводить оценку знаний пациентов до и после обучения на основе теста для контроля знаний (Приложение 1).

Удовлетворенность обучением

Каждый пациент по окончании курса анонимно заполняет анкету удовлетворенности обучением в Школе ФП (Приложение 2). Анкета позволяет оценить различные аспекты: полезность полученных знаний, понятность материала, удобство организации занятий (время, формат), компетентность преподавателей и т.д. Индивидуальная удовлетворенность важна не только как показатель качества, но и как фактор приверженности: пациент, положительно оценивший организацию и проведение Школы ФП, с большей вероятностью будет применять полученные знания.

Тесты для контроля знаний

ФИО

Дата

1. Что такое фибрилляция предсердий?*Выберите один правильный ответ.*

- А) Нарушение кровоснабжения сердечной мышцы
- Б) Воспаление сердечной мышцы
- В) Образование бляшек в сосудах
- Г) Разновидность нарушений ритма сердца

Правильный ответ: Г**2. Основными факторами риска развития фибрилляции предсердий являются:***Выберите все правильные ответы.*

- А) Сахарный диабет
- Б) Ожирение
- В) Употребление алкоголя
- Г) Сердечно-сосудистые заболевания

Правильный ответ: А, Б, В, Г**3. Какие из следующих утверждений соответствуют принципам профилактики фибрилляции предсердий?***Выберите все правильные ответы.*

- А) Отказ от курения
- Б) Ограничение фруктов в рационе
- В) Ограничение употребления алкоголя
- Г) Ограничение овощей в рационе
- Д) Умеренная, регулярная физическая активность

Правильный ответ: А, В, Д**4. Какие показатели здоровья требуют регулярного контроля при фибрилляции предсердий в рамках диспансерного наблюдения?***Выберите один правильный ответ.*

- А) Вес, артериальное давление, частота сердечных сокращений
- Б) Вес, артериальное давление, внутриглазное давление
- В) Артериальное давление, частота сердечных сокращений, гликированный гемоглобин
- Г) Частота сердечных сокращений, внутриглазное давление, гликированный гемоглобин

Правильный ответ: А

5. Что важно сделать при появлении признаков инсульта?

Выберите один правильный ответ.

- А) Принять антибиотики
- Б) Вызвать скорую медицинскую помощь
- В) Прервать лечение
- Г) Ждать, пока пройдет само

Правильный ответ: Б

6. На какие симптомы стоит обратить внимание пациентам с фибрилляцией предсердий?

Выберите все правильные ответы.

- А) Ощущение сердцебиения
- Б) Тяжесть в груди
- В) Насморк
- Г) Одышка

Правильные ответы: А, Б, Г

7. Какие препараты назначаются для профилактики развития инсульта при фибрилляции предсердий?

Выберите все правильные ответы.

- А) Непрямые антикоагулянты
- Б) Варфарин
- В) Аспирин
- Г) Сердечные гликозиды

Правильный ответ: А, Б

8. Прием каких препаратов повышает риск развития кровотечений?

Выберите один правильный ответ.

- А) Нестероидные противовоспалительные средства
- Б) Противоаллергические средства
- В) Препараты, снижающие давление
- Г) Антибиотики

Правильный ответ: А

Число вопросов с правильным ответом, всего

**Анкета удовлетворенности обучением
в Школе для больных с фибрилляцией предсердий**

Дата _____ г.

(заполняется анонимно)

Уважаемый пациент! Ваши ответы помогут определить, насколько Вы удовлетворены обучением в Школе для пациентов, получить Ваши советы и пожелания для совершенствования обучения.

Оцените утверждения пунктов 1-9 в соответствии с Вашим мнением или отношением, по пятибалльной системе:

- 1 – нет;
- 2 – скорее нет;
- 3 – затрудняюсь ответить;
- 4 – скорее да;
- 5 – да.

В пункте 10 просим Вас дать развернутый ответ.

№	Вопрос (утверждение)	Баллы				
		1	2	3	4	5
1.	Мне было понятно, о чём говорили на занятиях					
2.	Информация была полезной и нужной мне					
3.	Я себя комфортно чувствовал(а) во время занятий					
4.	Преподаватели вели занятия интересно и доброжелательно					
5.	Мне удобно было посещать занятия по времени					
6.	Я освоил(а) практические навыки					
7.	У меня не было сложностей с выполнением рекомендаций после занятий					
8.	Я готов(а) применять полученные рекомендации					
9.	Я порекомендую другим людям с ФП пройти такую школу					
10.	Что Вам понравилось больше всего? Что вы хотели бы улучшить?					

Благодарим за участие в опросе! Желаем Доброго здоровья!

Критерии оценки организации обучения в школе для пациентов на основании мнения обучающихся:

до 20 баллов «Неудовлетворительно»

21–30 баллов «Удовлетворительно»

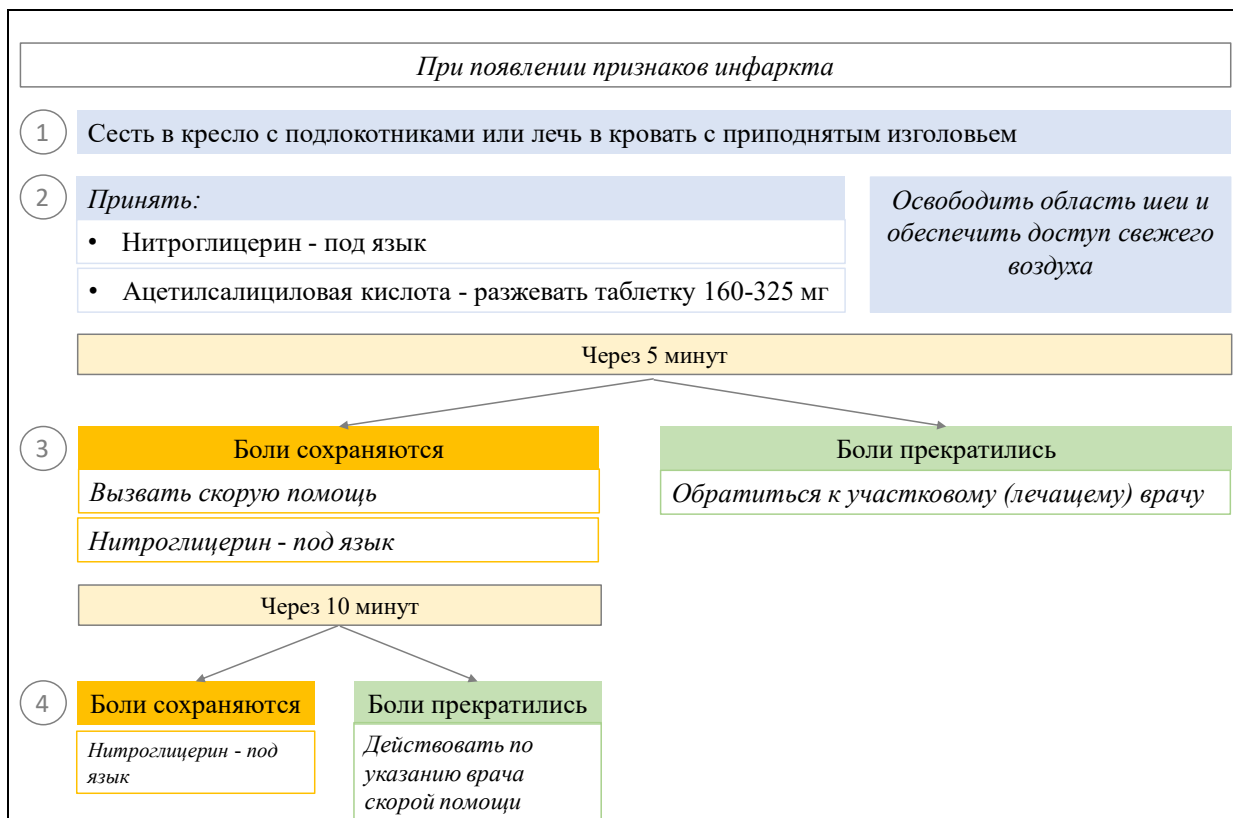
31–39 баллов «Хорошо»

40–45 баллов «Отлично»

Дневник пациента с ФП для самоконтроля пульса и артериального давления

Дата и время измерения	_____, _____	
Комментарии		
Частота пульса	уд/мин	
Ритмичность пульса	да / нет	
Артериальное давление	мм рт. ст.	
Наличие жалоб	да / нет	
Наличие приступа, с чем связан	да / нет	
Длительность приступа		

Алгоритмы действий при жизнеугрожающих состояниях



Шкалы для оценки риска тромбоэмболии и кровотечения

Шкала оценки риска инсульта CHA₂DS₂-VASc

Факторы риска тромбоэмболических осложнений	Баллы
ХСН/дисфункция ЛЖ	1
Артериальная гипертензия	1
Возраст 75 лет и старше	2
Диабет	1
Ишемический инсульт/транзиторная ишемическая атака/ тромбоэмболия в анамнезе	2
Сосудистое заболевание (инфаркт миокарда в анамнезе, атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей, атеросклеротическое поражение аорты)	1
Возраст 65—74 года	1
Женский пол	1
Максимально возможное количество баллов	9

Индекс риска кровотечений HAS-BLED

Клиническая характеристика	Баллы
Гипертензия – систолическое АД >160 мм рт. ст.	1
Нарушение функции почек или печени: диализ, трансплантация почки или сывороточный креатинин ≥ 200 ммоль/л; хроническое заболевание печени (например, цирроз); или биохимические признаки серьезного поражения печени (например, уровень билирубина в 2 раза выше верхней границы нормы в сочетании с повышением активности АСТ/АЛТ/щелочной фосфатазы более чем в 3 раза по сравнению с верхней границей нормы и т.д.)	1 или 2
Инсульт в анамнезе	1
Кровотечение в анамнезе и/или предрасположенность к кровотечению, например, геморрагический диатез, анемия и т.д.	1
Лабильное МНО – нестабильное/высокое МНО или <60% измерений МНО в пределах целевого диапазона	1
Возраст старше 65 лет	1
Сопутствующий прием антитромбоцитарных, нестероидных противовоспалительных препаратов или злоупотребление алкоголем	1 или 2
Максимально возможное количество баллов	9

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Марданов Б.У., Корнеева М.Н., Ахмедова Э.Б. Анализ последних международных клинических исследований по фибрилляции предсердий: тенденции и перспективы. *Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний* Том 3, номер 8, декабрь 2015, 11-16.
2. Оганов Р.Г., Салимов В.А., Бокерия Л.А. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению пациентов с фибрилляцией предсердий. *Вестник аритмологии*. 2010;59: 53-77.
3. Сычев О.С. Фибрилляция предсердий. Современные подходы к лечению и профилактике осложнений у пациентов с сопутствующей патологией сердца. *Укр. мед. ж.* 2011;10-12:54-8.
4. Нарушения ритма сердца Глава 33 из «Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний: Руководство» / Под общей ред. Е.И. Чазова, Ю.А. Карпова. – 2014. – С. 450–515.
5. Peinado R, Arribas F, Ormaetxe JM, Badía X. Variation in quality of life with type of atrial fibrillation. *RevEspCardiol*. 2010;63(12):1402–9. English, Spanish. [https://doi.org/10.1016/s1885-5857\(10\)70274-7](https://doi.org/10.1016/s1885-5857(10)70274-7).
6. Steinberg BA, Kim S, Fonarow GC, Thomas L et al. Drivers of hospitalization for patients with atrial fibrillation: Results from the Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (ORBIT-AF). *Am Heart J*. 2014;167(5):735–42.e2. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2014.02.003>.
7. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, et al. American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics-2019 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2019;139(10):e56—e528. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000659>
8. Miyasaka Y, Barnes ME, Gersh BJ, Cha SS et al. Secular trends in incidence of atrial fibrillation in Olmsted County, Minnesota, 1980 to 2000, and implications on the projections for future prevalence. *Circulation*. 2006;114(2):119—25. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.595140>.
9. Heeringa J, van der Kuip DA, Hofman A, Kors JA et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study. *Eur Heart J*. 2006;27(8):949—53. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehi825>.
10. Naccarelli GV, Varker H, Lin J, Schulman KL. Increasing prevalence of atrial fibrillation and flutter in the United States. *Am J Cardiol*. 2009;104(11):1534—9. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2009.07.022>.
11. Stewart S, Hart CL, Hole DJ, McMurray JJ. Population prevalence, incidence, and predictors of atrial fibrillation in the Renfrew/Paisley study. *Heart*. 2001;86(5):516—21. <https://doi.org/10.1136/heart.86.5.516>.
12. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, Chang Y, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: theAnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA*. 2001;285(18):2370—5. <https://doi.org/10.1001/jama.285.18.2370>
13. Lloyd-Jones DM, Wang TJ, Leip EP, Larson MG, et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 2004;110(9):1042—6. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000140263.20897.42>. Roy D, Talajic M, Dorian P, Connolly S, et al. Amiodarone to prevent recurrence of atrial fibrillation. Canadian Trial of Atrial Fibrillation Investigators. *N EnglJMed*. 2000;342(13):913—20. <https://doi.org/10.1056/NEJM200003303421302>.
14. Asad ZUA, Yousif A, Khan MS, Al-Khatib SM et al. Catheter Ablation Versus Medical Therapy for Atrial Fibrillation: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Circ ArrhythmElectrophysiol*. 2019;12(9):e007414. <https://doi.org/10.1161/CIRCEP.119.007414>

15. Драпкина ОМ, Концевая АВ, Калинина АМ, Авдеев СН, Агальцов МВ, Алексеева ЛИ, и др. Коморбидность пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в практике врача-терапевта. Евразийское руководство. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024 г.;23(3):3996.
16. Муромкина А.В., Интякова Ю.В., Назарова О.А. Методика и эффективность обучения в «Школе для пациентов с фибрилляцией предсердий». Вестник аритмологии. 2008;52:37-40.
17. Поздняков Ю.М., Сыров А.В. Школа для пациентов с мерцательной аритмией (фибрилляцией предсердий). Пособие для врачей. 2016.
18. Loewen PS, Ji AT, Kapanen A, McClean A. Patient values and preferences for antithrombotic therapy in atrial fibrillation. A Narrative Systematic Review. ThrombHaemost. 2017 Jun 2;117(6):1007-1022.
19. Лищенко О.В., Дроздова Л.Ю., Иванова Е.С., Драпкина О.М. Особенности проведения школы здоровья для пациентов с фибрилляцией предсердий. Профилактическая медицина. 2019;22(6): Вып. 1:97-102. <https://doi.org/10.17116/profmed20192206197>.
20. Муромкина А.В., Интякова Ю.В., Назарова О.А. Методика и эффективность обучения в «школе для пациентов с фибрилляцией предсердий» вестник аритмологии, № 52, 2008, 37-40.
21. Гиляревский С.Р., Орлов В.А., Хамаганова Л.К. и др. Влияние терапевтического обучения больных с выраженной хронической сердечной недостаточностью на качество жизни и потребность в повторных госпитализациях: результаты 12-месячного рандомизированного исследования // Кардиология. 2002; 5: 56-61.

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ШКОЛА ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Москва – 2025

Организация-разработчик: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России

Авторы: Драпкина О.М., Шилов Е.М., Камкин Е.Г., Каракулина Е.В., Крякова М.Ю., Бернс С.А., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н., Шилова М.М.

Рецензенты:

Гордеев И.Г. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии имени академика П.Е.Лукомского Института клинической медицины ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России

Джигоева О.Н. – д.м.н., руководитель лаборатории кардиовизуализации, вегетативной регуляции и сомнологии, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, директор института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Для цитирования:

Аннотация

Хроническая болезнь почек (ХБП) развивается в результате постепенного и необратимого снижения функции почек, вызванного различными факторами. Распространенность ХБП сопоставима с такими социально значимыми заболеваниями, как артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет (СД). Своевременная диагностика и лечение основного заболевания, а также изменение образа жизни могут замедлить прогрессирование ХБП и предотвратить развитие серьезных осложнений. Обучение пациентов с ХБП в школах здоровья играет важную роль в улучшении качества жизни и прогноза заболевания, помогает пациентам стать активными участниками своего лечения.

Методические рекомендации по организации и проведению школы для больных с ХБП содержат общую информацию о заболевании, об организации и проведении школ здоровья, рекомендуемые темы и содержание занятий, тесты для оценки знаний пациентов.

Методические рекомендации предназначены для специалистов, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по специальности "Лечебное дело" или "Сестринское дело" и врачей-специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, участвующих в проведении школ здоровья.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, школа здоровья, методические рекомендации, обучение пациентов, профилактика, первичная медико-санитарная помощь

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (протокол № 7 от 16 сентября 2025 г.).

© ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Авторский коллектив:

Драпкина Оксана Михайловна – директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, заведующая кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России.

Шилов Евгений Михайлович – профессор кафедры терапии, профессиональных заболеваний и ревматологии ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), д.м.н., профессор, главный внештатный специалист нефролог Минздрава России

Камкин Евгений Геннадьевич – заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации

Каракулина Екатерина Валерьевна – директор департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации

Крякова Мария Юрьевна – врач-методист отдела мониторинга внедрения научных исследований и разработок Центра организационно-методического управления и анализа качества оказания медицинской помощи ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России.

Бернс Светлана Александровна – заведующий кафедрой терапии и общей врачебной практики Института профессионального образования и аккредитации, руководитель отдела изучения патогенетических аспектов старения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Дроздова Любовь Юрьевна – руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н., главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России.

Калинина Анна Михайловна – главный научный сотрудник, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации.

Шепель Руслан Николаевич – заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н., главный внештатный специалист по терапии Минздрава России в Центральном федеральном округе, доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России.

Шилова Марина Магомедовна – доцент кафедры пропедевтики детских болезней ИМД ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), к.м.н.

Оглавление

СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ	5
1. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ	6
2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	7
3. НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ, ИНЫЕ ДОКУМЕНТЫ	7
4. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	9
5. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	9
5.1. Целевая группа пациентов	10
5.2. Программа обучения пациентов.....	10
5.3. Рекомендуемая структура и штатное расписание	14
5.4. Рекомендации по техническому оснащению и характеристикам кабинета/зала	15
6. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.....	15
6.1. Факторы, влияющие на результативность школы для больных с хронической болезнью почек	16
7. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	17
Приложение	20
Список литературы	22

СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

АГ	–	артериальная гипертензия
АД	–	артериальное давление
ДОГВН	–	диспансеризация определенных групп взрослого населения
иАПФ	–	ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
МКБ-10	–	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ОРВИ	–	острая респираторная вирусная инфекция
ОРЗ	–	острое респираторное заболевание
ПМО	–	профилактический медицинский осмотр
ПМСП	–	первичная медико-санитарная помощь
СД	–	сахарный диабет
СКФ	–	скорость клубочковой фильтрации
ХБП	–	хроническая болезнь почек
ЧСС	–	частота сердечных сокращений

1. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ

Хроническая болезнь почек (ХБП) – это персистирующее в течение трех месяцев или более поражение органа вследствие действия различных этиологических факторов, анатомической основой которого является процесс замещения нормальных анатомических структур фиброзом, приводящий к его дисфункции.

Распространенность ХБП сопоставима с такими социально значимыми заболеваниями, как АГ и СД, а также с ожирением и метаболическим синдромом. Признаки повреждения почек и/или снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) выявляют, как минимум, у каждого десятого представителя общей популяции. Признаки ХБП отмечаются более чем у 1/3 пациентов с хронической сердечной недостаточностью; снижение функции почек наблюдается у 36% лиц в возрасте старше 60 лет, у лиц трудоспособного возраста снижение функции отмечается в 16% случаев, а при наличии сердечно-сосудистых заболеваний его частота возрастает до 26%^{1, 2} [1].

В патогенезе ХБП существенное значение имеют кардиоваскулярные изменения, которые являются доминирующей причиной смертности в этой популяции пациентов. Вместе с тем, снижение функции почек по современным представлениям является самостоятельной и важной причиной ускоренного развития патологических изменений сердечно-сосудистой системы. ХБП общепризнана существенным фактором риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, что отражено в международных рекомендациях по патологии сердечно-сосудистой системы и ХБП^{1, 2}.

Профилактические медицинские осмотры (ПМО) и диспансеризация определенных групп взрослого населения (ДОГВН)³ помогают выявлять группы риска развития ХБП (лиц с АГ, СД, дислипидемией, ожирением, метаболическим синдромом, курением и др.), а также больных ХБП [2]. После установления диагноза (N18.1, N18.9 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)) пациенты подлежат диспансерному наблюдению у врача-терапевта в соответствии с Порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденным приказом Минздрава России от 15.03.2022 №168н⁴. Важным элементом диспансерного наблюдения является обучение пациентов в школах здоровья¹.

Обучение в школах здоровья способствует повышению осведомленности пациентов о своем заболевании, улучшению контроля симптомов ХБП, профилактике факторов риска и навыкам самоконтроля. Улучшение понимания болезни, подходов к лечению и профилактике факторов риска приводит к повышению приверженности к рекомендациям врача и снижению риска неблагоприятных исходов. Кроме того, отмечается снижение уровня тревожности и депрессии, что благоприятно сказывается на общем состоянии больных. Ряд исследований показывает, что участие в школах здоровья сокращает количество внеплановых обращений к врачам-терапевтам и потребность в оказании медицинской помощи в неотложной или экстренной форме. Это дополнительно позволяет оптимизировать расходы на здравоохранение⁵ [3-5].

¹ Клинические рекомендации «Хроническая болезнь почек», 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/469_3 (дата обращения – 21.08.2025).

² Рекомендации KDIGO, <https://kdigo.org/guidelines/> (дата обращения – 21.08.2025).

³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». СПС «Консультант Плюс» (дата обращения – 21.08.2025).

⁴ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». СПС «Консультант Плюс» (дата обращения – 21.08.2025).

⁵ ВОЗ. Терапевтическое обучение пациентов (вводное руководство) <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374108/9789289060417-rus.pdf?sequence=1> (дата обращения – 21.08.2025).

Разработанные методические рекомендации направлены на стандартизацию работы школ для больных с ХБП (медицинская услуга В04.025.004 в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н⁶). Единые подходы к обучению позволят повысить эффективность профилактических мероприятий.

2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Врач-терапевт – врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в случае возложения отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи, в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 27.03.2025 № 155н⁷ (для целей настоящих методических рекомендаций).

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение⁸.

Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности⁸.

Профилактика – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания⁸.

Школа для больных с хронической болезнью почек (далее – Школа ХБП) – организационная форма группового профилактического консультирования (гигиенического обучения и воспитания – по МКБ-10 в классе XXI, Z70-76), являющаяся медицинской услугой, оказываемой пациентам с ХБП в амбулаторных условиях (В04.025.004⁶).

3. НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ, ИНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

⁶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». СПС «Консультант Плюс» (дата обращения – 21.08.2025).

⁷ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации 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». <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202504140028> (дата обращения – 21.08.2025).

⁸ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». СПС «Консультант Плюс» (дата обращения – 21.08.2025).

- Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.10.2020 № 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики инфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.01.2012 № 17н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология»
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21.03.2017 № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 475н «Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра/медицинский брат»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 20.11.2018 № 712н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-нефролог»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.03.2025 № 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»

- Клинические рекомендации «Хроническая болезнь почек (ХБП)», 2024, https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/469_3.
- Клинические рекомендации «Анемия при хронической болезни почек», 2024, https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/623_5.

4. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Школы ХБП организуются в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП).

Цель организации Школы ХБП – совершенствование профилактических мероприятий при оказании ПМСП населению, в частности пациентам с ХБП, включая увеличение охвата целевых групп и доступности профилактической медицинской помощи.

Задачи:

- повышение информированности пациентов с ХБП о заболевании и его факторах риска;
- обучение пациентов профилактике индивидуальных факторов риска прогрессирования, обострения и осложнений ХБП;
- формирование правильных навыков по применению технических средств для лечения и контроля ХБП.

5. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Решение об организации Школы ХБП принимается на основании объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности, половозрастного состава обслуживаемого населения, показателей уровня и структуры заболеваемости и смертности населения, других показателей, характеризующих здоровье населения, и с учетом рекомендуемых штатных нормативов медицинской организации, оказывающей ПМСП, или ее структурного подразделения⁹.

Организация Школы ХБП регламентируется приказом руководителя медицинской организации, в котором отражены ФИО ответственного за организацию и проведение Школы ХБП, перечень (ФИО, должность) медицинских и иных работников медицинской организации, участвующих в проведении Школы ХБП, график работы, форматы работы, численность пациентов в группе, программа обучения и иная дополнительная информация о Школе ХБП на усмотрение руководителя медицинской организации.

Целесообразно вести журнал учета посещений занятий в Школе ХБП на бумажном носителе или в электронном виде, в том числе в медицинской информационной системе, с формированием соответствующей отчетности, с указанием ФИО пациентов и ФИО, должности/-ей специалиста/-ов, проводивших занятия.

⁹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202506020016> (дата обращения – 21.08.2025).

Программа обучения включает **4 тематических занятия**, проводимых в очном формате или с применением телемедицинских технологий¹⁰. Каждое занятие продолжается **60 минут**, включает теоретическую и практическую части (в том числе обсуждение). Все занятия хронометрированы.

Численность пациентов в группе **20 человек**. Целевые группы пациентов представлены в пункте 5.1. Группы пациентов формируются до начала обучения, в процессе обучения не рекомендуется присоединение новых пациентов.

Рекомендуемая периодичность направления пациента в Школу ХБП не реже 1 раза в год (при необходимости – чаще).

Во время обучения пациенты обеспечиваются необходимыми информационными материалами (программа обучения, дневник пациента и др.). Программа обучения разрабатывается на основе типовой программы обучения пациентов в соответствии с пунктом 5.2.

5.1. Целевая группа пациентов

В группу обучения включаются пациенты с установленным диагнозом ХБП (в том числе с впервые в жизни установленным диагнозом ХБП; N18.1, N18.9 по МКБ-10), находящиеся под диспансерным наблюдением у врача-терапевта, по направлению врача-терапевта.

Не привлекаются к занятиям в Школе ХБП пациенты с выраженным нарушением когнитивных функций, наличием клинически значимых острых заболеваний или хронических заболеваний в стадии обострения.

Для немобильных или маломобильных пациентов с ХБП возможна организация проведения Школ ХБП на дому с привлечением законных представителей (опекунов, родственников) при необходимости.

5.2. Типовая программа обучения пациентов

Занятие 1. Что такое хроническая болезнь почек (ХБП)?

Занятие 2. Медикаментозное и немедикаментозное лечение ХБП.

Занятие 3. Здоровое питание. Физическая активность.

Занятие 4. Самоконтроль показателей здоровья, симптомы и признаки ХБП, при которых необходимо обратиться к врачу.

Скачать полезные материалы, а также ознакомиться с информацией о заболевании можно на сайте:



¹⁰ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202505150033> (дата обращения – 21.08.2025).

В приложении представлен дневник пациента с ХБП для контроля показателей здоровья и инструкция по заполнению.

Занятие 1. Что такое хроническая болезнь почек (ХБП)?

Цель: сформировать у пациентов базовое понимание о ХБП, повысить уровень знаний пациентов о причинах, факторах риска, проявлениях и последствиях, осложнениях ХБП.

Задачи:

- Дать кратко строение почек.
- Дать определение ХБП.
- Рассказать об основных причинах и факторах риска обострений и прогрессирования ХБП.
- Объяснить механизмы развития болезни (патогенез).
- Научить распознавать ключевые симптомы.
- Рассказать о ключевых лабораторно-инструментальных показателях (креатинин, рСКФ, альбуминурия).
- Объяснить последствия неконтролируемой ХБП и надежность профилактики факторов риска в снижении бремени болезни и коморбидности.

Содержание занятия:

Входное тестирование знаний.

Теоретическая часть

Пациентам дается основная информация о строении почек, определение и патофизиология ХБП, степени или стадии ХБП, особенности течения заболевания в зависимости от присутствия факторов риска.

Пациентам рассказывают о причинах и факторах риска ХБП: СД, АГ, дислипидемия, наследственность, курение, ожирение, метаболический синдром, неалкогольная жировая болезнь печени, гиперурикемия, аутоиммунные болезни, хроническое воспаление/системные инфекции, инфекции и конкременты мочевых путей, обструкция нижних мочевых путей, лекарственная токсичность, высокое потребление белка.

Пациентам рассказывают о механизмах развития заболевания: повреждение нефронов вследствие различных факторов (СД, АГ, дислипидемия, ИБС, гломерулонефрит, аутоиммунные заболевания, инфекции мочевыводящих путей, генетические аномалии, токсическое воздействие лекарств и др.), активация воспаления и фиброза, постепенное прогрессирование фиброза и воспалительного процесса в почках, склерозирование клубочков и канальцев, снижение функции почек, развитие осложнений (сердечно-сосудистые заболевания, анемия, нарушения минерального обмена и др.). Кардио-рено-метаболический континуум.

Клинические проявления: изменение цвета и объема мочи; периферические отеки, артериальная гипертония, гематурия.

Практическая часть

Ответы на вопросы, обсуждение, в том числе обратить внимание пациентов на возможные клинические проявления и необходимость обращения к врачу.

Занятие 2. Медикаментозное и немедикаментозное лечение ХБП

Цель: сформировать понимание о подходах к лечению ХБП.

Задачи:

- Разъяснить подходы к лечению ХБП в зависимости от основных этиологических факторов, симптоматическое лечение.
- Рассказать основные принципы действия препаратов.
- Разъяснить пациентам последствия и осложнения ХБП.

Содержание занятия:

Теоретическая часть

Пациентам рассказывают, что при ХБП терапия направлена на устранение или коррекцию этиологических факторов и элементов патогенеза с учетом причин ХБП и показаний к такой терапии с целью торможения прогрессирования ренальной дисфункции и улучшения прогноза.

Лечение пациентов с ХБП должно быть одновременно направлено на замедление темпов прогрессирования дисфункции почек (ренопротекция), коррекцию ее осложнений и предупреждение развития и прогрессирования сердечно-сосудистой патологии (кардиопротекция) с целью улучшения исходов болезни.

Медикаментозное лечение в зависимости от этиологии может включать применение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и блокаторов рецепторов ангиотензина II, ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (иНГЛТ-2), статины, диуретиков, препаратов для коррекции фосфорно-кальциевого обмена, анемии и других метаболических нарушений, а также препаратов для нормализации артериального давления (АД) и липидного профиля. Обсуждаются основные принципы действия препаратов.

Симптоматическое лечение может быть направлено на облегчение симптомов, связанных с ХБП: зуд, тошнота, рвота, др.

Лечение и профилактика осложнений ХБП также включает проведение вакцинации в соответствии с национальным календарем профилактических прививок с целью снижения влияния инфекционных заболеваний на течение и прогноз ХБП. Важным является использование средств индивидуальной защиты в периоды острых респираторных вирусных инфекций/заболеваний (ОРВИ/ОРЗ).

Пациентам рассказывается об основных модифицируемых факторах прогрессирования ХБП: персистирующая активность патологического процесса, являющегося причиной развития ХБП; недостаточный метаболический контроль СД; АГ, наличие альбуминурии/протеинурии; гломерулярная гиперфилтрация, метаболический синдром, острое повреждение почек, использование нефротоксических препаратов, обструкция мочевыводящих путей, осложнения дисфункции почек, высокобелковая диета, повышенное потребление натрия с пищей, неалкогольная жировая болезнь печени.

Последствия, осложнения ХБП и сопутствующие заболевания: АГ и др. сердечно-сосудистые осложнения, анемия, остеопороз, нарушения углеводного, жирового, пуринового, минерального обменов, нарушение водно-электролитного баланса, белково-энергетическая недостаточность и др.

Практическая часть

Ответы на вопросы, обсуждение, разбор простых клинических примеров.

Занятие 3. Здоровое питание. Физическая активность

Цель: обучить пациентов основным принципам здорового питания и правильной технике физических упражнений.

Задачи:

- Познакомить с особенностями рациона питания при ХБП.
- Объяснить, как питание влияет на общее состояние пациента с ХБП.
- Дать практические рекомендации по нормализации рациона.
- Объяснить, как физическая нагрузка влияет на качество жизни пациентов с ХБП.
- Показать, как правильно выполнять физические упражнения.

Содержание занятия:

Теоретическая часть

Рассматриваются основные принципы питания при ХБП: энергетическая ценность рациона (поддержание калорийности за счет углеводов и жиров), ограничение соли, белка, фосфора (ограничить в рационе творог, сухофрукты, орехи, субпродукты) и калия (ограничить в рационе бананы, абрикосы, сухофрукты, некоторые виды картофеля), жидкости, исключить насыщенные и трансжиры. В рационе должно быть достаточное потребление фруктов, овощей, цельнозерновых (гречка, рис, макароны), нежирных молочных продуктов, рыбы, нежирных сортов мяса (курица, индейка). Обсуждается, как питание влияет на течение ХБП. Пациентам рассказывается, для чего необходим контроль массы тела при ХБП: с целью поддержания оптимального уровня АД, снижения протеинурии, стабилизации СКФ. Прием пищи должен быть частым и дробным. Ведение дневника поможет отслеживать потребление продуктов и их влияние на самочувствие пациента.

Пациентам рассказывается, почему регулярная физическая активность важна при ХБП (как минимум по 30 минут 5 раз в неделю; с целью гемодинамического и метаболического контроля, стабилизации СКФ). Рассказывается о пользе регулярных аэробных физических нагрузок для улучшения общего здоровья и качества жизни, улучшения состояний мышц и опорно-двигательного аппарата, повышения толерантности к аэробным нагрузкам и стимулирование пациентов к выполнению таких нагрузок.

Далее разбираются принципы безопасной физической активности при ХБП: определение типа, объема и методики физических упражнений с учетом противопоказаний с общей целью улучшения общего здоровья, состояний мышц и опорно-двигательного аппарата, повышения толерантности к аэробным нагрузкам.

Практическая часть

Демонстрация простого комплекса упражнений с участием пациентов. Объясняется, как адаптировать занятия под уровень физической подготовки и как реагировать при появлении симптомов (боль, одышка, головокружение, кашель и др.). Упражнения могут быть выполнены стоя, сидя или лежа в зависимости от состояния пациента. Пациенты совместно с инструктором выполняют упражнения, проводят оценку самочувствия.

Пациентам предлагается оценить собственный рацион. На основе проведенной оценки предоставляются рекомендации по оптимизации пищевого рациона. Для облегчения данной задачи пациентам выдаются стандартизированные шаблоны или информационные памятки, содержащие перечень продуктов, рекомендованных и не рекомендованных к употреблению при ХБП.

Ответы на вопросы, обсуждение.

Пациентам выдается памятка с комплексом упражнений, рекомендованных для регулярного выполнения.

Занятие 4. Самоконтроль показателей здоровья, симптомы и признаки ХБП, при которых необходимо обратиться к врачу

Цель: сформировать у пациента мотивацию к активному участию в лечении ХБП и профилактике осложнений.

Задачи:

- Пациентам рассказывается, как ведение дневника самоконтроля помогает в самооценке и контроле ХБП.
- Пациентам даются разъяснения о необходимости регулярного измерения контролируемых показателей здоровья с учетом этиологии ХБП, демонстрируется правильная техника проведения измерений АД, глюкозы крови, веса, диуреза, а также пищевого рациона и его калорийности, физической активности.
- Пациентам разъясняются результаты лабораторных анализов (креатинин, рСКФ, альбуминурия).
- Проводится разбор признаков ухудшения состояния, при которых следует обратиться к врачу, в том числе связанных с этиологией ХБП (АГ, СД и др.).
- Даются разъяснения о важности диспансерного наблюдения и его положительном влиянии на качество жизни пациентов с ХБП.

Содержание занятия:

Теоретическая часть

Пациентов знакомят с дневником самоконтроля показателей здоровья, пищевого рациона и физической активности, даются разъяснения по ведению и заполнению дневника.

Совместно с пациентами разбирают симптомы и показатели самоконтроля, при ухудшении динамики которых следует обратиться к врачу.

Пациентам даются разъяснения о диспансерном наблюдении; исследованиях, проводимых в рамках диспансерного наблюдения, включая консультации врачей-специалистов, и их периодичности; иных мероприятиях, проводимых в рамках диспансерного наблюдения.

Практическая часть

Медицинский работник демонстрирует правильную технику проведения исследований, пациенты отрабатывают практическую часть под контролем медицинского работника.

Ответы на вопросы, обсуждение.

В финале проводится итоговое тестирование знаний и анкетирование для оценки качества Школы ХБП.

5.3. Рекомендуемая структура и штатное расписание

Обучение в школах для больных проводят специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по специальности "Лечебное дело" или "Сестринское дело"¹¹ и врачи-специалисты ПМСП.

¹¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" СПС «Консультант Плюс» (дата обращения 19.09.2025)

5.4. Рекомендации по техническому оснащению и характеристикам кабинета/зала

Необходимо помещение, оборудованное для групповой работы: стулья, столы без тумбочек, рабочее место обучающего (стол, стул, компьютер с выходом в информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»), доска маркерная (с набором маркеров), шкаф для размещения наглядных пособий, ростомер, весы напольные, сантиметровая лента, комплекты структурированных программ обучения по темам, демонстрационное оборудование (экран, проектор), пульсоксиметр, аппарат для измерения АД, маски, назальные фильтры, респираторы, др. СИЗы, вентиляция (системы кондиционирования и очистки воздуха); информационные материалы о ХБП, бумага для записей, ручки.

Необходимое количество оборудования рассчитывается по потребностям. Площадь помещения определяется из расчета 4 м² на 1 человека¹², но должна составлять не менее 24 м².

6. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Деятельность Школы ХБП обязательно должна быть направлена на решение проблем, наиболее значимых для конкретного контингента пациентов в текущий период времени и обязательно должна преследовать конкретный, видимый результат за относительно небольшой отрезок времени. Правильная подготовка к проведению Школы ХБП, в частности материально-технических и кадровых ресурсов, – важная составляющая успешных результатов.

Медицинские работники Школы ХБП должны научиться работать в команде. Специалисты, не умеющие работать в команде, даже если они имеют более высокую квалификацию по сравнению со сложившейся командой единомышленников, не должны приглашаться для ведения занятий в школе здоровья.

Вся наглядная продукция, используемая в Школе ХБП, должна быть:

- красочной;
- информативной;
- запоминающейся;
- понятной;
- заинтересовывающей;
- доступной.

Цветовое и иное оформление целесообразно обсуждать с психологом.

Занятия в Школе ХБП следует проводить в интерактивной форме, избегать больших информационных блоков в структуре занятий.

Занятия должны быть предварительно четко структурированы, хронометрированы. Продолжительность занятий не должна превышать 60 мин.

¹² Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24 декабря 2020 г. № 44 «Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг». СПС «Консультант Плюс» (дата обращения – 21.08.2025).

6.1. Факторы, влияющие на результативность школы для больных с хронической болезнью почек

Факторы, влияющие на результативность профилактической помощи в Школе ХБП, неразрывно связаны с качеством профилактической помощи в целом. Эти факторы можно разделить на несколько групп:

- факторы профессиональной компетентности медицинских работников;
- факторы отношений и взаимопонимания между медицинскими работниками и пациентами, их межличностные отношения;
- факторы организации профилактической работы в целом, которые определяют и ее качество.

Эти же факторы влияют на приверженность пациентов к сохранению и укреплению здоровья, а также к выполнению рекомендаций врача, в том числе и соблюдение режима лекарственной терапии. Среди факторов дифференцируют положительные (факторы, способствующие повышению качества профилактической помощи) и отрицательные (факторы, негативно влияющие на качество профилактической помощи). Основные группы этих факторов перечислены в таблице 1.

Таблица 1 – Группы положительных и отрицательных факторов

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (СОДЕЙСТВИЕ)	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (ПРЕПЯТСТВИЕ)
<i>Факторы профессиональной компетентности медицинского работника</i>	
Знание основ профилактической помощи (понятие риска, основы консультирования, технологии и др.)	Пренебрежение профилактической помощью (предпочтение диагностике и лечению)
Знание основ поведенческой медицины	Преобладание синдромального подхода
Разумная интеграция лечения и профилактики	Противопоставление лечения и профилактики
<i>Факторы отношений (медицинский работник – пациент)</i>	
Взаимопонимание, сопереживание (эмпатия)	Равнодушие
Понимание потребности пациента	Уверенность медицинских работников в том, что они «знают» в чем нуждается пациент
Уверенность медицинского работника и умение объяснять	Неспособность объяснять и убеждать
<i>Факторы организации и качества профилактической помощи</i>	
Ненавязчивая форма консультирования при очередных посещениях (по обращаемости)	Насильственные (требующие усилий со стороны пациента) рекомендации и назначения
Обсуждение с пациентом его проблем здоровья	Директивная форма рекомендаций
Простота и доступность (по времени, цене и пр.) профилактических мер и рекомендаций	Сложные схемы и многоступенчатость профилактической помощи
Наличие письменных инструкций, советов	Устные советы и рекомендации
Наличие красочных печатных материалов	Плохое полиграфическое качество материалов
Взаимодействие между медицинскими работниками	Незаинтересованность в профилактической работе

7. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Для оценки результативности профилактической помощи пациентам с ХБП необходима и систематическая оценка результативности Школ ХБП, оценка знаний пациентов и оценка удовлетворенности обучением в Школе ХБП.

Для оценки результативности Школ ХБП рекомендуется использовать следующие критерии:

- доля обученных пациентов с БА из числа состоящих на диспансерном наблюдении (%);
- доля обученных пациентов с БА из числа лиц с впервые установленным диагнозом (%);
- доля пациентов, прошедших полный цикл обучения, от числа направленных (%);
- стабилизация (отсутствие роста) или снижение уровня госпитализаций пациентов с ХБП, состоящих на диспансерном наблюдении у врача-терапевта, прошедших обучение в Школе ХБП;
- снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к пациентам с ХБП, состоящим на диспансерном наблюдении у врача-терапевта, прошедшим обучение в Школе ХБП;
- снижение частоты обострений среди пациентов с ХБП, состоящих на диспансерном наблюдении у врача-терапевта, прошедших обучение в Школе ХБП.

Конкретные показатели критериев оценки результативности работы Школ ХБП определяются руководителем медицинской организации с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей, объемов оказываемой медицинской помощи.

При необходимости по решению руководителя медицинской организации могут использоваться дополнительные критерии оценки результативности Школ ХБП.

Для оценки результативности Школ ХБП рекомендуется проводить оценку знаний пациентов до и после обучения на основе теста для контроля знаний.

Тесты для контроля знаний

ФИО

Дата

1. Выберите основные факторы риска хронической болезни почек (ХБП). *Отметьте один правильный вариант ответа.*

- А) Сахарный диабет, артериальная гипертензия
- Б) Аллергия, бронхиальная астма
- В) Грипп, ОРВИ/ОРЗ
- Г) Малоподвижный образ жизни

Правильный ответ: А

2. Какие из следующих утверждений соответствуют принципам профилактики осложнений ХБП? *Выберите все правильные варианты*

- ☐ 1. Отказ от курения
- ☐ 2. Употребление большого количества жидкости
- ☐ 3. Коррекция питания
- ☐ 4. Употребление большого количества соли
- ☐ 5. Умеренная, регулярная физическая активность

Правильный ответ: 1, 3, 5

3. Какие показатели здоровья требуют регулярного контроля при ХБП любой этиологии в рамках диспансерного наблюдения? *Выберите все правильные варианты.*

- ☐ 1. Артериальное давление
- ☐ 2. Скорость клубочковой фильтрации
- ☐ 3. Внутриглазное давление
- ☐ 4. Частота сердечных сокращений
- ☐ 5. Сатурация кислородом крови

Правильный ответ: 1, 2

4. Что важно делать при первых признаках ухудшения самочувствия? *Отметьте один правильный вариант ответа.*

- А) Принимать антибиотики
- Б) Обратиться к врачу
- В) Прервать лечение
- Г) Ждать, пока улучшится самочувствие

Правильный ответ: Б

5. На какие жалобы стоит обратить внимание пациентам с ХБП? *Отметьте все правильные варианты*

- ☐ 1. Изменение цвета и объема мочи
- ☐ 2. Кашель с мокротой
- ☐ 3. Отеки нижних конечностей, лица
- ☐ 4. Насморк
- ☐ 5. Артериальная гипертензия

Правильные ответы: 1, 3, 5

Число вопросов с правильным ответом, всего _____

Удовлетворенность обучением

Каждый пациент по окончании курса анонимно заполняет анкету удовлетворенности обучением в Школе ХБП. Анкета позволяет оценить различные аспекты: полезность полученных знаний, понятность материала, удобство организации занятий (время, формат), компетентность преподавателей и т.д. Индивидуальная удовлетворенность важна не только как показатель

качества, но и как фактор приверженности: пациент, положительно оценивший организацию и проведение Школы ХБП, с большей вероятностью будет применять полученные знания.

**Анкета удовлетворенности обучением
в Школе для больных с хронической болезнью почек**

Дата _____ г.

(заполняется анонимно)

Инструкция для пациентов. Просим Вас заполнить анонимно следующую анкету. Ваши ответы помогут определить, насколько Вы удовлетворены обучением в школе больных с хронической болезнью почек, получить Ваши советы и пожелания для совершенствования обучения. Дайте оценку в соответствии с Вашим мнением или отношением, по пятибалльной системе для пунктов 1-9:

1 – нет;

2 – скорее нет;

3 – затрудняюсь ответить;

4 – скорее да;

5 – да.

В пункте 10 необходимо ответить в развернутом виде на предлагаемые вопросы.

№	Вопрос (утверждение)	Баллы				
		1	2	3	4	5
1.	Мне было понятно, о чём говорили на занятиях					
2.	Информация была полезной и нужной мне					
3.	Я себя комфортно чувствовал во время занятий					
4.	Преподаватели вели занятия интересно и доброжелательно					
5.	Мне удобно было посещать занятия по времени					
6.	Я правильно понимаю назначенное лечение					
7.	У меня не было сложностей с выполнением рекомендаций после занятий					
8.	Я готов(а) применять полученные рекомендации					
9.	Я порекомендую другим людям с ХБП пройти такую школу					
10.	Что вам понравилось больше всего? Что вы хотели бы улучшить?					

Благодарим за участие! Желаем Доброго здоровья!

Критерии оценки организации обучения в школе здоровья по мнению пациента:

до 20 баллов «Неудовлетворительно»

21–30 баллов «Удовлетворительно»

31–39 баллов «Хорошо»

40–45 баллов «Отлично»

Дневник пациента с хронической болезнью почек

ФИО _____		Месяц _____															Год _____																
Контролируемый показатель	Время суток	Число																															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Артериальное давление (мм рт.ст.)	Утро																																
	День																																
	Вечер																																
Температура	Утро																																
	День																																
	Вечер																																
ЧСС (ед/мин)	Утро																																
	День																																
	Вечер																																
Сатурация (SpO2)	Утро																																
	День																																
	Вечер																																
Вес (кг)																																	
Окружность талии (см)																																	
Глюкоза крови (ммоль/л)	Утро																																
	День																																
	Вечер																																
Диурез (мл)																																	
Наличие отеков (при их наличии указать "да"/"нет")	Утро																																
	День																																
	Вечер																																
Выполнение физических упражнений в течение дня ("да"/"нет")																																	

Инструкция по заполнению дневника пациента с хронической болезнью почек

1. Заполните графы «ФИО», «Месяц», «Год».
2. Измерения контролируемых показателей: артериального давления (АД), температуры, частоты сердечных сокращений (ЧСС), сатурации (SpO₂), веса и окружности талии, глюкозы крови, диуреза – проводите с частотой в соответствии с рекомендациями лечащего врача, в нужной графе дневника ставьте полученное при измерении значение показателя.
3. При необходимости контроля наличия отеков – в соответствии с рекомендациями лечащего врача проводите самообследование и в нужной графе указывайте «да» в случае наличия отеков или «нет» в случае их отсутствия.
4. В случае выполнения каких-либо физических упражнений, подобранных индивидуально в соответствии с рекомендациями лечащего врача, ставьте в графе отметку «да», в противном случае – ставьте отметку «нет».

Настоящий «Дневник пациента с хронической болезнью почек», включая инструкцию по заполнению дневника, не может быть полностью или частично воспроизведен, тиражирован и распространен в качестве официального издания без ссылки на ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Список литературы

1. Хроническая болезнь почек: современное состояние проблемы и пути решения / Т. В. Коточигова, Н. А. Кондратенко, Е. А. Бахметьева, С. Н. Титова // Многопрофильный стационар. – 2024. – Т. 11, № 2. – С. 80-85. – EDN SKNWRZ.
2. Кнышова, С. А. Ранняя диагностика хронической болезни почек на первом этапе диспансеризации у пациентов старшей возрастной группы / С. А. Кнышова, И. Б. Шикина, Ю. Ф. Кнышов // Клиническая геронтология. – 2019. – Т. 25, № 11-12. – С. 10-14. – DOI 10.26347/1607-2499201911-12010-014. – EDN ORTQVZ.
3. Явгильдина А. М. Роль образовательных программ для пациентов с хроническими заболеваниями // Медицинский вестник Башкортостана. 2011. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-obrazovatelnyh-programm-dlya-patsientov-s-hronicheskimi-zabolevaniyami>.
4. Мамедова Е.Б., Батюшин М.М. Школа «Здоровая почка» как основа реализации образовательной стратегии у больных нефрологического профиля. Нефрология. 2015;19(5):68-71.
5. Возможности пациентоориентированного подхода к больным пожилого и старческого возраста с хронической болезнью почек / Е. В. Ефремова, А. М. Шутов, А. Д. Семенов [и др.] // Клиническая нефрология. – 2021. – Т. 13, № 2. – С. 56-61. – DOI 10.18565/nephrology.2021.2.56-61. – EDN RRWCPG.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ШКОЛА ДЛЯ БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИИ

Москва – 2025

Организация-разработчик: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России.

Авторы: Драпкина О.М., Ивашкин В.Т., Камкин Е.Г., Каракулина Е.В., Жарова М.Е., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М., Савченко Е.Д., Шепель Р.Н.

Рецензенты:

Гордеев И.Г. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии имени академика П.Е.Лукомского Института клинической медицины ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России

Джигоева О.Н. – д.м.н., руководитель лаборатории кардиовизуализации, вегетативной регуляции и сомнологии, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, директор института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Для цитирования:

Аннотация

Хронический гастрит и язвенная болезнь относятся к группе кислотозависимых заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта, характеризующихся общностью этиологических факторов и патофизиологических механизмов.

Снижение общей распространённости язвенной болезни и хронического гастрита, связанное с широким применением эрадикационной терапии *H. pylori*, до конца не решило проблему развития на фоне хронического гастрита атрофических и диспластических изменений слизистой оболочки желудка, относящихся к предраковым состояниям. Обучение больных в Школе для больных с хроническим гастритом и язвенной болезнью играет важную роль в улучшении качества жизни и прогноза заболеваний, помогает пациентам стать активными участниками своего лечения и заботы о здоровье.

Методические рекомендации по организации и проведению Школы для больных с хроническим гастритом и язвенной болезнью содержат общую информацию о заболеваниях, рекомендуемые темы и содержание занятий, тесты для оценки знаний пациентов.

Методические рекомендации предназначены для специалистов, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по специальности "Лечебное дело" или "Сестринское дело" и врачей-специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, участвующих в проведении школ здоровья.

Ключевые слова: хронический гастрит, язвенная болезнь, школа здоровья, методические рекомендации, обучение пациентов, профилактика, первичная медико-санитарная помощь

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (протокол № 7 от 16.09.2025 г.).

Коллектив авторов, 2025
© ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
© РОПНИЗ

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Драпкина Оксана Михайловна – директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, заведующий кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор

Ивашкин Владимир Трофимович – заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации, президент Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации, академик РАН, д.м.н., профессор

Камкин Евгений Геннадьевич – заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации

Каракулина Екатерина Валерьевна – директор департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации

Дроздова Любовь Юрьевна – руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Жарова Мария Евгеньевна – эксперт центра организации программ скрининга онкологических заболеваний отдела мониторинга организации медицинской помощи Центра организационно-методического управления и анализа качества оказания медицинской, к.м.н.

Калинина Анна Михайловна – главный научный сотрудник, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор

Савченко Екатерина Дмитриевна – ведущий научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института профессионального образования и аккредитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, к.м.н.

Шепель Руслан Николаевич – заместитель директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, к.м.н.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Основание для разработки.....	6
Термины и определения.....	7
Нормативно-правовая база.....	8
Цель и задачи школы для больных с хроническим гастритом и язвенной болезнью.....	10
Порядок организации школы для больных с хроническим гастритом и язвенной болезнью	10
Целевая группа пациентов.....	11
Типовая программа обучения.....	11
Занятие 1. Что такое гастрит и язвенная болезнь? Причины, проявления, диагностика.....	11
Занятие 2. Немедикаментозное лечение язвенной болезни и хронического гастрита. Роль питания, отказа от курения и влияние других факторов риска на обострения и прогрессирование заболевания. Профилактика рака желудка.....	12
Занятие 3. Медикаментозное лечение язвенной болезни и хронического гастрита.....	13
Занятие 4. Роль диспансерного наблюдения и самоконтроля заболевания. Алгоритм действий при развитии желудочно-кишечного кровотечения и других осложнений язвенной болезни и хронического гастрита.....	14
Рекомендуемая структура и штатное расписание.....	14
Рекомендации по техническому оснащению и характеристикам кабинета/зала для обучения.....	14
Рекомендации для достижения цели обучения в школе для больных с хроническим гастритом и язвенной болезнью.....	15
Оценка результативности школы для больных с хроническим гастритом и язвенной болезнью.....	16
Приложения.....	18
Список литературы.....	21

СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

ДОГВН	—	диспансеризация определенных групп взрослого населения
ДН	—	диспансерное наблюдение
ДПК	—	двенадцатиперстная кишка
ЖКТ	—	желудочно-кишечный тракт
МКБ-10	—	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
НПВП	—	нестероидные противовоспалительные препараты
ПМО	—	профилактический медицинский осмотр
ПМСП	—	первичная медико-санитарная помощь
ПЯ	—	прободная язва
СИЗ	—	средства индивидуальной защиты
СОЖ	—	слизистая оболочка желудка
ФР	—	факторы риска
ХГ	—	хронический гастрит
ЯБ	—	язвенная болезнь

1. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ

Хронический гастрит и язвенная болезнь относятся к группе кислотозависимых заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), характеризующиеся общностью этиологических факторов и патофизиологических механизмов.

Хронический гастрит (ХГ) – группа хронических заболеваний, которые морфологически характеризуются персистирующим воспалительным инфильтратом и нарушением клеточного обновления с развитием кишечной метаплазии, атрофии и эпителиальной дисплазии в слизистой оболочке желудка (СОЖ)¹(1). Хронический дуоденит характеризуется воспалительной инфильтрацией слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, желудочной метаплазией эпителия и нарушениями гистоархитектоники и в виде укорочения ворсинок и углубления крипт¹(1).

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с периодами обострений и ремиссий, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и/или двенадцатиперстной кишки, проникающего (в отличие от поверхностного повреждения слизистой оболочки – эрозии) в подслизистый слой²(2).

Заболевания верхних отделов ЖКТ, в частности ХГ и ЯБ, остаются значимой медико-социальной проблемой как в России^{1,2}, так и за рубежом (3).

Согласно статистическим материалам «Заболеваемость взрослого населения России в 2019 году», впервые выявленный диагноз «гастрит и дуоденит» был установлен более чем у 538 тысяч взрослых, а общая заболеваемость составила 462 случая на 100 000 населения. По обращаемости зарегистрировано свыше 700 тысяч случаев с диагнозом «гастрит и дуоденит». Эти данные отражают высокую распространённость заболеваний, но одновременно указывают на трудности клинической интерпретации диспепсических симптомов и ограниченную доступность современных диагностических методов — в первую очередь, высокотехнологичной видеогастроскопии с функциями электронной/виртуальной хромоэндоскопии и увеличением, а также последующего патоморфологического исследования биоптатов слизистой оболочки желудка¹.

По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, в период с 2006 по 2017 гг. заболеваемость ЯБ снизилась с 128,7 до 79,5 на 100 000 населения. В последние годы отмечается устойчивая тенденция к снижению госпитализаций по поводу неосложнённых форм ЯБ как в России, так и в других странах. Однако параллельно фиксируется рост числа осложнений ЯБ (желудочно-кишечных кровотечений, перфораций и др.), что связано прежде всего с широким применением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП)².

В 2022 году в Российской Федерации было госпитализировано более 47 тысяч пациентов с ЯБ. Хирургическое вмешательство выполнено у более чем 5 тысяч человек (хирургическая активность — 12,1%). Общая летальность составила 5,9%, послеоперационная — 16,9%. В то же время в последние годы наметилась положительная тенденция к снижению общей летальности при язвенных кровотечениях, что связано с внедрением современных методов эндоскопического и эндоваскулярного гемостаза, а также с использованием эффективных схем противоязвенной медикаментозной терапии².

¹ Клинические рекомендации «Гастрит и дуоденит», 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/708_2 (дата обращения – 21.08.2025).

² Клинические рекомендации «Язвенная болезнь», 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/277_2 (дата обращения – 21.08.2025).

Снижение общей распространённости ЯБ и ХГ, связанное с широким применением эрадикационной терапии *H. pylori*, до конца не решило проблему развития на фоне ХГ атрофических и диспластических изменений слизистой оболочки желудка, относящихся к предраковым состояниям. Всё вышеизложенное обуславливает необходимость своевременной диагностики и наблюдения за пациентами с ХГ и ЯБ.

Профилактические медицинские осмотры (ПМО) и диспансеризация определенных групп взрослого населения (ДОГВН)³ помогают выявлять группы риска развития ХГ и ЯБ (лиц с отягощенным наследственным анамнезом и пациентов с диспепсическими жалобами, и др.), а также больных ХГ и ЯБ. После подтверждения диагноза (K29.4, K29.5, K25, K26 по МКБ-10) пациенты подлежат диспансерному наблюдению (ДН) у врача-терапевта в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации №168н⁴. Важным элементом ДН является обучение больных в школах для пациентов^{1,2}.

Исследования подтверждают, что обучение в школах для больных с ЯБ и ХГ способствует повышению информированности, улучшения комплаентности к терапии и формированию навыков самоконтроля (4–7), а также модификации образа жизни (отказ от курения, алкоголя, коррекция питания, управление стрессом) и улучшению качества жизни (8–11), что в свою очередь снижает риски прогрессирования воспалительных изменений СОЖ и профилактике рака желудка.

Разработанные методические рекомендации направлены на стандартизацию работы школ для больных с ЯБ и ХГ. Единые подходы к обучению позволят повысить эффективность комплексных образовательных программ и обеспечить преемственность в оказании медицинской помощи.

2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц⁹.

Медицинская профилактическая услуга — это мероприятия или комплекс мероприятий, имеющих самостоятельное значение и определенную стоимость, направленных на профилактику заболевания, своевременное лечение, оздоровление.

Школа для больных — это совокупность средств и методов индивидуального и группового обучения пациентов, направленная на повышение уровня их информированности и практических навыков по рациональной профилактике и лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни.

Школа для больных с хроническим гастритом и язвенной болезнью (далее – Школа ХГ и ЯБ) – организационная форма группового профилактического консультирования (гигиенического обучения и воспитания – по МКБ-10 в классе XXI, Z70-76), являющаяся медицинской профилактической услугой, оказываемой пациентам с ХГ и ЯБ в амбулаторных условиях.

Гастрит — воспалительное заболевание слизистой оболочки желудка.

³Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» <https://base.garant.ru/401414440/> (дата обращения 24.06.2025).

⁴Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» <https://base.garant.ru/404523658/> (дата обращения 24.06.2025).

Хронический гастрит — группа хронических заболеваний, которые характеризуются персистирующим воспалительным инфильтратом и нарушением клеточного обновления с развитием кишечной метаплазии и атрофии в слизистой оболочке желудка.

Helicobacter pylori (H. pylori) — спиралевидная грамотрицательная бактерия, которая обладает способностью колонизировать слизистую оболочку желудка и вызывает ее воспаление.

Эрадикация — лечение, направленное на уничтожение инфекции *H. pylori*

Схема эрадикации 1-й линии — схема эрадикации инфекции *H. pylori*, которая назначается в первую очередь.

Схема эрадикации 2-й линии — схема эрадикации, которая назначается при неэффективности схемы 1-й линии.

Аутоиммунный гастрит — орган-специфическое аутоиммунное заболевание, которое характеризуется наличием антител к париетальным клеткам желудка и/или внутреннему фактору.

Язвенная болезнь представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Язва желудка или язва ДПК с кровотечением — острое состояние, возникающее в результате продолжающихся деструктивных процессов в язвенном кратере, приводящих к аррозии сосудов в её дне, расположенных в стенке желудка или ДПК, а при пенетрации язвы – за пределами органов, с развитием кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта.

Язва желудка с прободением или язва ДПК с прободением (ПЯ) — острое хирургическое заболевание, возникающее в зоне язвы в результате сквозного разрушения стенки желудка или ДПК, с проникновением содержимого в свободную брюшную полость.

3. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.10.2020 № 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»;
- Приказ Минздрава России от 19.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»»;

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 г. № 906н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21.03.2017 № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»;
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер»;
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 475н «Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра/медицинский брат»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.03.2025 № 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»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.02.2023 № 49н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при гастрите и дуодените (диагностика и лечение)»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.06.2021 № 611н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при язвенной болезни (диагностика и лечение)»;
- Клинические рекомендации «Гастрит и дуоденит», 2024, https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/708_2¹;
- Клинические рекомендации «Язвенная болезнь», 2024, https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/277_2²;
- 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. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(3);
- 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. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(2):1-35.

4. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Школа ХГ и ЯБ организуется в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП).

Цель организации Школы ХГ и ЯБ — совершенствование и оптимизация профилактических мероприятий при оказании ПМСП населению, в частности пациентам с ХГ и ЯБ, включая увеличение охвата целевых групп и повышение доступности профилактической медицинской помощи.

Задачи:

- повышение информированности пациентов о заболевании, факторах риска (ФР) осложнений, обострений и прогрессирования ХГ и ЯБ;
- обучение пациентов профилактике индивидуальных ФР прогрессирования, обострения и осложнений ХГ и ЯБ;
- повышение приверженности лечению и ДН.

5. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Решение об организации Школы ХГ и ЯБ принимается на основании объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности, половозрастного состава обслуживаемого населения, показателей уровня и структуры заболеваемости и смертности населения, других показателей, характеризующих здоровье населения, и с учетом рекомендуемых штатных нормативов медицинской организации, оказывающей ПМСП, или ее структурного подразделения⁵.

Организация Школы ХГ и ЯБ регламентируется приказом руководителя медицинской организации, в котором отражены ФИО ответственного за организацию и проведение Школы ХГ и ЯБ, перечень (ФИО, должность) медицинских и иных работников медицинской организации, участвующих в проведении Школы ХГ и ЯБ, график работы, форматы работы, численность пациентов в группе, программа обучения и иная дополнительная информация о Школе ХГ и ЯБ на усмотрение руководителя медицинской организации.

Целесообразно вести журнал учета посещений занятий Школы ХГ и ЯБ на бумажном носителе или в электронном виде, в т.ч. в медицинской информационной системе, с формированием соответствующей отчетности, с указанием ФИО пациентов и ФИО, должности(ей) специалиста(ов), проводивших занятия.

Программа обучения включает **4 тематических занятия**, проводимых в очном формате или с применением телемедицинских технологий⁶. Каждое занятие продолжается **60 минут**. Все занятия хронометрированы.

Численность пациентов в группе **20 человек**. Целесообразно по возможности формировать группы пациентов в соответствии с принципами, указанными в пункте 5.1. Группы пациентов формируются до начала обучения, в процессе обучения не рекомендуется присоединение новых пациентов.

⁵ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202506020016> (дата обращения – 21.08.2025).

⁶ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2025 г. № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202505150033> (дата обращения – 21.08.2025).

Рекомендуемая периодичность направления пациента в Школу ХГ и ЯБ – не реже 1 раза в год, при необходимости – чаще.

Во время обучения пациенты обеспечиваются необходимыми информационными материалами (программа обучения, дневник пациента и др.). Программа обучения пациентов разрабатывается на основе типовой программы в соответствии с пунктом 5.2.

5.1. Целевая группа пациентов

В группу обучения включаются пациенты с установленным диагнозом ХГ и ЯБ, в т.ч. с впервые в жизни установленным (K29.4, K29.5, K25, K26 по МКБ-10), находящиеся на ДН у врача-терапевта, по направлению врача-терапевта.

При формировании групп особое внимание рекомендуется уделять следующим пациентам: перенесшим обострение, с впервые установленным диагнозом, низкой приверженностью к лечению, а также продолжающим курить и имеющим другие ФР обострений и прогрессирования ХГ и ЯБ.

Не привлекаются к занятиям в Школе ХГ и ЯБ пациенты с выраженным нарушением когнитивных функций, наличием клинически значимых острых состояний или хронических заболеваний в стадии обострения.

Для немобильных или маломобильных пациентов с ХГ и ЯБ возможна организация Школы ХГ и ЯБ на дому с привлечением законных представителей (опекунов, родственников) при необходимости.

5.2. Типовая программа обучения

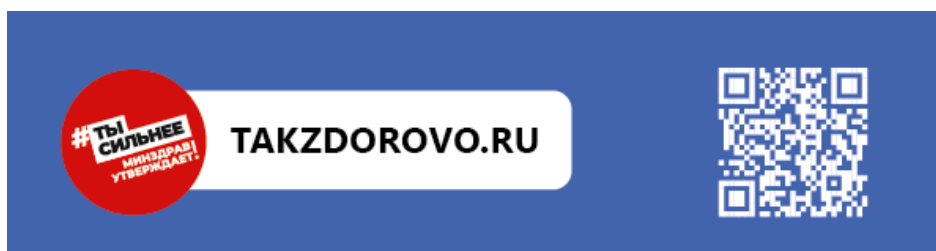
Занятие 1. Что такое гастрит и язвенная болезнь? Причины, проявления, диагностика.

Занятие 2. Немедикаментозное лечение ЯБ и ХГ. Роль питания, отказа от курения и влияние других ФР на обострения и прогрессирование ЯБ и ХГ. Профилактика рака желудка.

Занятие 3. Медикаментозное лечение ЯБ и ХГ.

Занятие 4. Роль ДН и самоконтроля заболевания. Алгоритм действий при развитии желудочно-кишечного кровотечения и других осложнений ЯБ и ХГ.

Скачать полезные материалы, а также ознакомиться с информацией о заболевании можно на сайте:



Занятие 1. Что такое гастрит и язвенная болезнь? Причины, проявления, диагностика.

Цель: повысить уровень знаний пациентов о гастрите и ЯБ, их причинах, проявлениях и методах диагностики.

Задачи:

- Разъяснить, чем отличается гастрит от язвенной болезни.
- Рассказать о роли *H. pylori*, лекарств, стресса и других факторов в развитии ЯБ и ХГ.
- Ознакомить с симптомами ХГ и ЯБ и их осложнений и прогрессирования.
- Показать, какие обследования применяются для диагностики данных заболеваний.

- Обсудить особенности течения атрофического гастрита любой этиологии и функциональной диспепсии.

Содержание занятия:

Входное тестирование знаний (Приложение 1).

В доступной форме разъясняется, что гастрит — это воспаление слизистой оболочки желудка, а язвенная болезнь — дефект (ранка) в желудке или двенадцатиперстной кишке. Объясняется роль бактерии *H. pylori*, влияние курения, алкоголя, приёма обезболивающих препаратов (НПВП и других ulcerогенных препаратов) и стресса.

Особое внимание уделяется бактерии *H. pylori*, как фактора повышающего риск развития рецидивов и рака желудка. Пациентам разъясняется, что при наличии бактерии, ее можно вылечить пройдя эрадикацию более чем в 95%, а риск повторных заражений у взрослых составляет около 2%. Следует придерживаться тактики «диагностировал-вылечи»: если выявлена бактерия, то необходимо пройти эрадикационную терапию (за редким исключением). Пациентам важно знать, что если после терапии СОЖ в норме и нет других ФР прогрессирования ЯБ и ХГ, а также рака желудка, регулярное наблюдение у терапевта не требуется.

Подробно обсуждаются основные жалобы: боли и жжение в верхней части живота, тошнота, тяжесть, ночные или «голодные» боли. Особое внимание уделяется симптомам обострения и осложнений ЯБ и ХГ. Пациентов учат, как правильно фиксировать жалобы (дневник симптомов).

Кратко и в доступной форме разъясняется какие методы диагностики приводятся пациентам с ЯБ и ХГ. Что такое гастроскопия, в каких случаях необходима биопсия и что это такое. Разбираются частые стереотипы о диагностических методах для уменьшения страхов пациента перед обследованием. Разъясняется, что если пациент с ЯБ и ХГ не знает свой статус по *H. pylori* необходимо пройти диагностику для уточнения наличия бактерии в слизистой желудка.

Кратко разбираются другие причины развития ХГ, например аутоиммунный гастрит, который повышает риск развития нейроэндокринных опухолей желудка. Важно разъяснить, что у пациента с ХГ может не быть никаких симптомов, так как слизистая желудка не содержит болевых рецепторов, поэтому важно при наличии ФР проходить обследования даже в отсутствие симптомов. И наоборот при исключении ХГ и ЯБ могут сохраняться диспепсические жалобы — так как это является проявлением функциональной диспепсии, которая не прогрессирует и имеет доброкачественное течение.

Занятие 2. Немедикаментозное лечение язвенной болезни и хронического гастрита. Роль питания, отказа от курения и влияние других факторов риска на обострения и прогрессирование заболевания. Профилактика рака желудка.

Цель: сформировать понимание принципов немедикаментозного лечения и контроля ФР обострения, прогрессирования ЯБ и ХГ, а также профилактика рака желудка.

Задачи:

- Ознакомить пациентов с принципами рационального питания при обострении и ремиссии ЯБ и ХГ.
- Подчеркнуть вред курения, алкоголя, бесконтрольного приёма НПВС и других ulcerогенных препаратов в развитии обострений и прогрессировании ЯБ и ХГ.
- Рассказать о ФР развития рака желудка и методах его профилактики.

Содержание занятия:

Необходимо рассказать пациентам, что нет продуктов, которые бы вызывали гастрит или ЯБ желудка, поэтому строгие диеты с ограничением большого количества продуктов не только не помогают, но даже могут негативно повлиять на общее состояние пациента вызывая дефицит витаминов и микроэлементов. Пациентам следует рассказать, что необходимо ведение дневника питания в течение 1-2 месяцев для вычленения продуктов – триггеров, т.е. тех, которые могут вызывать симптомы диспепсии и ограничить только их. Во время обострения стоит избегать: острые специи, копчёности, жареное, кофе, крепкий алкоголь. Делается акцент на щадящие методы приготовления: варка, тушение, запекание. Пациентам предлагаются практические примеры меню на день при ремиссии и обострении. Обсуждаются мифы о питании при гастрите и ЯБ, например, что нужно есть только протёртую пищу или что пожизненно необходимо соблюдать строгую диету. В конце занятия пациенты могут заполнить в дневнике пациента список продуктов триггеров и список «безопасных» блюд для своего рациона.

В рамках профилактики обострений, осложнений и прогрессирования ХГ и ЯБ акцентируется внимание на преимуществах отказа от курения и отказа от алкоголя, а также о разумном и подконтрольном применении ulcerогенных препаратов, в частности НПВС.

В финале занятия разбираются ФР развития рака желудка, каждый пациент оценивает свои ФР и записывает их в дневник контроля. Разбираются методы профилактики рака желудка – изменение образа жизни и регулярное ДН.

Занятие 3. Медикаментозное лечение язвенной болезни и хронического гастрита.

Цель: сформировать понимание принципов медикаментозного лечения ХГ и ЯБ.

Задачи:

- Ознакомить пациентов с основными группами препаратов (ингибиторы протонной помпы, антибиотики, гастропротекторы).
- Разъяснить необходимость полного курса эрадикации *H. Pylori*.
- Повысить комплаентность к лечению.

Содержание занятия:

Пациентам объясняется, что лечение ХГ и ЯБ должно быть направлено на причину заболевания — при выявлении *H. pylori* – проведение эрадикационной терапии, при лекарственно-индуцированной ЯБ и ХГ – ограничение или отмена препарата, вызвавшего заболевание, и начало симптоматического лечения. Отдельно обсуждается аутоиммунный гастрит, который на данный момент не имеет лечения, но требует динамического наблюдения. Объясняется необходимость завершения курса эрадикационной терапии, даже если симптомов больше нет. Простыми словами рассказывается о препаратах, снижающих кислотность и заживляющих слизистую. Подчёркивается опасность самолечения (сода, бесконтрольный прием «обволакивающих» средств).

Занятие 4. Роль диспансерного наблюдения и самоконтроля заболевания. Алгоритм действий при развитии желудочно-кишечного кровотечения и других осложнений язвенной болезни и хронического гастрита.

Цель: сформировать у пациентов навыки длительного контроля болезни, профилактики рецидивов и понимания алгоритма действий при развитии осложнений.

Задачи:

- Разъяснить роль ДН и контрольных обследований.
- Научить вести дневник симптомов и отслеживать триггеры обострений.
- Объяснить, что делать после завершения лечения, чтобы продлить стадию ремиссии.
- Рассказать о признаках осложнений (кровотечение, перфорация, стеноз) и алгоритме действий при их развитии.

Содержание занятия:

Обсуждается важность регулярного ДН, особенно у пациентов с риском развития осложнений и прогрессирования ХГ и ЯБ и риском развития рака желудка. В дневнике пациента записывается с какой периодичностью пациент должен приходить на диспансерные осмотры и когда делать контрольное обследование, если оно необходимо. Пациентам объясняют, что профилактика обострений — это исключение ФР (бесконтрольный прием ulcerогенных препаратов, продолжение курения, чрезмерное употребление алкоголя, отказ от проведения эрадикационной терапии). Подробно рассматриваются симптомы осложнений и обострения ЯБ и ХГ: чёрный стул, рвота с кровью или рвота «кофейной гущей», резкая «кинжальная» боль в животе, изменение характера боли. Пациенты учатся различать ситуации, когда можно посетить врача плановом порядке и когда нужно вызывать скорую помощь. На практике разбираются 2-3 сценария при развитии обострений: развитие желудочно-кишечного кровотечения, перфорация язвы, стеноз.

5.3. Рекомендуемая структура и штатное расписание

Обучение в школах для больных проводят специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по специальности "Лечебное дело" или "Сестринское дело"⁷ и врачи-специалисты ПМСП.

5.4. Рекомендации по техническому оснащению и характеристикам кабинета/зала для обучения

Необходимо помещение, оборудованное для групповой работы: стулья, столы без тумбочек, рабочее место обучающего (стол, стул, компьютер с выходом в информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»), доска маркерная (с набором маркеров), шкаф для размещения наглядных пособий, тонометр, ростометр, весы напольные, сантиметровая лента, комплекты структурированных программ обучения по темам, демонстрационное оборудование (экран, проектор), информационные материалы по тематике занятий; дневники пациента, бумага для записей, ручки; СИЗы и др. Помещение должно быть оснащено системой вентиляции (системой кондиционирования и очистки воздуха).

Необходимое количество оборудования рассчитывается по потребностям. Площадь помещения определяется из расчета 4 м² на 1 человека⁸, но должна составлять не менее 24 м².

⁷ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" СПС «Консультант Плюс» (дата обращения 19.09.2025)

⁸ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24 декабря 2020 г. № 44 «Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг». СПС «Консультант Плюс» (дата обращения – 21.08.2025).

6. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Деятельность Школы ХГ и ЯБ направлена на решение проблем, наиболее значимых для конкретного контингента пациентов в текущий период времени и обязательно должна преследовать конкретный, видимый результат за достаточно небольшой отрезок времени. Правильная подготовка к проведению Школы ХГ и ЯБ, в частности материально-технических и кадровых ресурсов, – важная составляющая успешных результатов.

Медицинские работники – преподаватели Школы ХГ и ЯБ должны научиться работать в команде. Специалисты, не умеющие работать в команде, даже если они имеют более высокую квалификацию по сравнению со сложившейся командой единомышленников, не должны приглашаться для ведения занятий в школах для пациентов.

Вся наглядная продукция, используемая в Школе ХГ и ЯБ, должна соответствовать следующим требованиям:

- красочность;
- информативность;
- доступность для понимания;
- удобность в использовании.

Цветовое и иное оформление целесообразно обсуждать с психологом.

Занятия в Школе ХГ и ЯБ следует проводить в интерактивной форме, избегать больших информационных блоков в структуре занятий.

Занятия должны быть четко структурированы, хронометрированы. Продолжительность занятий не должна превышать 60 мин.

6.1. Факторы, влияющие на результативность школы для больных с хроническим гастритом и язвенной болезнью

Факторы, влияющие на результативность обучения в Школе ХГ и ЯБ, неразрывно связаны с качеством профилактической помощи в целом. Эти факторы можно разделить на несколько групп:

- факторы профессиональной компетентности медицинских работников;
- факторы отношений и взаимопонимания между медицинскими работниками и пациентами, их межличностные отношения;
- факторы организации профилактической работы в целом, которые определяют и ее качество.

Эти же факторы влияют на приверженность пациентов к сохранению и укреплению здоровья, а также к выполнению рекомендаций врача, в т.ч. и соблюдение режима лекарственной терапии. Среди факторов дифференцируют положительные – способствующие повышению качества профилактической помощи и отрицательные – негативно влияющие на качество профилактической помощи (табл. 1).

Таблица 1 – Группы факторов, влияющих на качество профилактической помощи

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (СОДЕЙСТВИЕ)	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (ПРЕПЯТСТВИЕ)
<i>Факторы отношений (медицинский работник – пациент)</i>	

Взаимопонимание, сопереживание (эмпатия)	Равнодушие
Понимание потребности пациента	Уверенность медицинских работников в том, что они «знают» в чем нуждается пациент
Уверенность медицинского работника и умение объяснять	Неспособность объяснять и убеждать
Факторы профессиональной компетентности медицинского работника	
Знание основ профилактической помощи (понятие риска, основы консультирования, технологии и др.)	Пренебрежение профилактической помощью (предпочтение диагностике и лечению)
Знание основ поведенческой медицины	Преобладание синдромального подхода
Разумная интеграция лечения и профилактики	Противопоставление лечения и профилактики
Факторы организации и качества профилактической помощи	
Ненавязчивая форма консультирования при очередных посещениях (по обращаемости)	Насильственные (требующие усилий со стороны пациента) рекомендации и назначения
Обсуждение с пациентом его проблем здоровья	Директивная форма рекомендаций
Простота и доступность (по времени, цене и пр.) профилактических мер и рекомендаций	Сложные схемы и многоступенчатость профилактической помощи
Наличие письменных инструкций, советов	Устные советы и рекомендации
Наличие красочных печатных материалов	Плохое полиграфическое качество материалов
Взаимодействие между медицинскими работниками	Незаинтересованность в профилактической работе

7. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ШКОЛЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Для оценки результативности профилактической помощи пациентам с ХГ и ЯБ необходима и систематическая оценка результативности Школы ХГ и ЯБ, оценка знаний пациентов и оценка удовлетворенности обучением в Школе ХГ и ЯБ.

Для оценки результативности Школы ХГ и ЯБ рекомендуется использовать следующие критерии:

- доля обученных пациентов с ХГ из числа состоящих на ДН у врача-терапевта (%);
- доля обученных пациентов с ЯБ из числа состоящих на ДН у врача-терапевта (%);
- доля обученных пациентов с ХГ из числа лиц с впервые установленным диагнозом ХГ (%);
- доля обученных пациентов с ЯБ из числа лиц с впервые установленным диагнозом ЯБ (%);
- доля пациентов, прошедших полный цикл обучения из числа направленных в Школу ХГ и ЯБ (%);
- стабилизация (отсутствие роста) или снижение уровня госпитализаций пациентов с ХГ, состоящих на ДН у врача-терапевта и прошедших обучение в Школе ХГ и ЯБ;
- стабилизация (отсутствие роста) или снижение уровня госпитализаций пациентов с ЯБ, состоящих на ДН у врача-терапевта и прошедших обучение в Школе ХГ и ЯБ;
- снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к пациентам с ХГ, состоящим на ДН у врача-терапевта и прошедших обучение в Школе ХГ и ЯБ;
- снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к пациентам с ЯБ, состоящим на ДН у врача-терапевта и прошедших обучение в Школе ХГ и ЯБ;
- снижение частоты развития осложнений у пациентов с ХГ, состоящих на ДН у врача-терапевта и прошедших обучение в Школе ХГ и ЯБ;
- снижение частоты развития осложнений у пациентов с ЯБ, состоящих на ДН у врача-терапевта и прошедших обучение в Школе ХГ и ЯБ.

Конкретные показатели критериев оценки результативности работы Школы ХГ и ЯБ определяются руководителем медицинской организации с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей, объемов оказываемой медицинской помощи.

При необходимости по решению руководителя медицинской организации могут использоваться дополнительные критерии оценки результативности Школы ХГ и ЯБ.

Оценка знаний пациентов

Для оценки результативности Школы ХГ и ЯБ рекомендуется проводить оценку знаний пациентов до и после обучения на основе теста для контроля знаний (Приложение 1).

Удовлетворенность обучением

Каждый пациент по окончании курса анонимно заполняет анкету удовлетворенности обучением в Школе ХГ и ЯБ (Приложение 2). Анкета позволяет оценить различные аспекты: полезность полученных знаний, понятность материала, удобство организации занятий (время, формат), компетентность преподавателей и т.д. Индивидуальная удовлетворенность важна не только как показатель качества, но и как фактор приверженности: пациент, положительно оценивший организацию и проведение Школы ХГ и ЯБ, с большей вероятностью будет применять полученные знания.

Тесты для контроля знаний

ФИО

Дата

1. Какая бактерия чаще всего вызывает гастрит и язвенную болезнь?*Выберите один правильный ответ.*

- А) Кишечная палочка
- Б) Хеликобактер
- В) Стафилококк
- Г) Кандида

Правильный ответ: Б**2. Какой метод позволяет врачу увидеть слизистую желудка?***Выберите один правильный ответ.*

- А) УЗИ
- Б) ЭКГ
- В) ФГДС (гастроскопия)
- Г) Анализ мочи

Правильный ответ: В**3. Что обязательно нужно сделать после курса лечения от *Helicobacter pylori*?***Выберите один правильный ответ.*

- А) Сдать анализы для проверки, исчезла ли бактерия
- Б) Пройти операцию
- В) Сесть на строгую диету
- Г) Прекратить наблюдаться у врача

Правильный ответ: А**4. Что является тревожным признаком и требует срочного обращения за медицинской помощью?***Выберите один правильный ответ.*

- А) Длительная изжога
- Б) Чёрный стул или рвота с кровью
- В) Боли в эпигастрии
- Г) Одышка при физической активности

Правильный ответ: Б**5. Какой диеты стоит придерживаться при гастрите и язвенной болезни, если на данный момент Вас ничего не беспокоит?***Выберите один правильный ответ.*

- А) Строгой вегетарианской диеты
- Б) Употреблять только протертую пищу
- В) Строгой диеты можно не придерживаться, но исключить продукты, вызывающие дискомфорт
- Г) Нужно исключить сырые овощи и фрукты

Правильный ответ: В**6. Какие факторы повышают риск обострения и прогрессирования гастрита и язвы?***Выберите все правильные ответы.*

- А) Курение
- Б) Чрезмерного употребления алкоголя
- В) Приём обезболивающих (НПВС)
- Г) Умеренные физические нагрузки

Правильные ответы: А, Б, В

7. Что помогает снизить риск обострений и прогрессирования гастрита и язвенной болезни?

Выберите все правильные ответы.

- А) Отказ от чрезмерного употребления алкоголя
- Б) Отказ от курения
- В) Соблюдение назначений врача
- Г) Ежедневное употребление острой пищи

Правильные ответы: А, Б, В

8. Что важно делать при распространенном атрофическом гастрите?

Выберите все правильные ответы.

- А) Регулярно проходить гастроскопию по назначению врача
- Б) Игнорировать симптомы
- В) Отказаться от курения и чрезмерного употребления алкоголя
- Г) Пройти тестирование на хеликобактерную инфекцию, и при ее наличии пройти лечение

Правильные ответы: А, В, Г

9. Перечислите ВСЕ факторы риска развития рака желудка

Выберите все правильные ответы.

- А) Отягощенный наследственный анамнез по раку желудка
- Б) Распространенная атрофия слизистой рака желудка
- В) Курение
- Г) Употребление достаточного количества клетчатки (400 г фруктов и овощей в день)

Правильные ответы: А, Б, В

10. Что характерно для функциональной диспепсии?

Выберите все правильные ответы.

- А) Жалобы сохраняются, даже если слизистая желудка в норме
- Б) Заболевание связано с высоким риском рака
- В) Требуется изменения питания и образа жизни
- Г) Может сопровождаться тяжестью после еды и вздутием

Правильные ответы: А, В, Г

Число вопросов с правильным ответом, всего

**Анкета удовлетворенности обучением
в Школе для больных
с хроническим гастритом и язвенной болезнью**

Дата _____ г.

(заполняется анонимно)

Уважаемый пациент! Ваши ответы помогут определить, насколько Вы удовлетворены обучением в Школе для пациентов, получить Ваши советы и пожелания для совершенствования обучения.

Оцените утверждения пунктов 1-9 в соответствии с Вашим мнением или отношением, по пятибалльной системе:

- 1 – нет;*
- 2 – скорее нет;*
- 3 – затрудняюсь ответить;*
- 4 – скорее да;*
- 5 – да.*

В пункте 10 просим Вас дать развернутый ответ.

№	Вопрос (утверждение)	Баллы				
		1	2	3	4	5
1.	Мне было понятно, о чём говорили на занятиях					
2.	Информация была полезной и нужной мне					
3.	Я себя комфортно чувствовал(а) во время занятий					
4.	Преподаватели вели занятия интересно и доброжелательно					
5.	Мне удобно было посещать занятия по времени					
6.	Я освоил(а) практические навыки					
7.	У меня не было сложностей с выполнением рекомендаций после занятий					
8.	Я готов(а) применять полученные рекомендации					
9.	Я порекомендую другим людям с ХГ и ЯБ пройти такую школу					
10.	Что Вам понравилось больше всего? Что вы хотели бы улучшить?					

Благодарим за участие в опросе! Желаем Доброго здоровья!

Критерии оценки организации обучения в Школе для пациентов на основании мнения обучающихся:

до 20 баллов «Неудовлетворительно»

21–30 баллов «Удовлетворительно»

31–39 баллов «Хорошо»

40–45 баллов «Отлично»

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Драпкина ОМ, Ивашкин ВТ, Маев ИВ, Ливзан МА, Абдулганиева ДИ, Бакулин ИГ, и др. Диспансерное наблюдение пациентов с гастритом и дуоденитом врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2025 г.;2(3).
2. Драпкина ОМ, Ивашкин ВТ, Маев ИВ, Ливзан МА, Абдулганиева ДИ, Бакулин ИГ, и др. Диспансерное наблюдение пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2025 г.;2(2):1–35.
3. Wang L, Jiang W, Li H. Global, regional, and national burden of gastritis and duodenitis from 1990 to 2021 with projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. Int J Med Sci. 10 май 2025 г.;22(11):2570–82.
4. Liu A, Kuang Y, Huang R, Ge Q. Application Value of Information-Based Health Education and Continuity of Care in Patients With Peptic Ulcer. Front Public Health. 1 сентябрь 2021 г.;9:694128.
5. Zha J, Li Y, Qu J, Yang X, Han Z, Zuo X. Effects of enhanced education for patients with the *Helicobacter pylori* infection: A systematic review and meta-analysis. Helicobacter. апрель 2022 г.;27(2):e12880.
6. Баетова РН. Опыт проведения обучающей программы у больных язвенной болезнью. Здравоохранение Кыргызстана. 2006 г.;(2):115–7.
7. Нафикова АШ, Курамшина ОА, Габбасова ЛВ, и др. Организационно-методические подходы к комплектованию групп по проведению гастршкол в поликлинических условиях. Медицинская наука и образование Урала. 2009 г.;10(3(59)):109–10.
8. Yegen BC. Lifestyle and Peptic Ulcer Disease. CPD. 12 сентябрь 2018 г.;24(18):2034–40.
9. Мышкина ЛВ, Шкатова ЕЮ, Попова НМ. Применение сестринских обучающих программ по повышению качества жизни пациентов с язвенной болезнью. Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. 2017 г.;(4):14–7.
10. Мосеева МВ, Хохлачева НА, Попова ОП, Королев ДА. Опыт организации «Школы здоровья» для пациентов с патологией органов желудочно-кишечного тракта. Медицинский альманах. 2010 г.;(1(10)):32–5.
11. Шкатова ЕЮ, Мышкина ЛВ. Повышение качества жизни больных язвенной болезнью через внедрение образовательных программ. Проблемы экспертизы в медицине. 2009 г.;9(4(36)):31–4.

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ШКОЛА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Москва – 2025

Организация-разработчик: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России

Авторы: Драпкина О.М., Мокрышева Н.Г., Дроздова Л.Ю., Концевая А.В., Раковская Ю.С., Камкин Е.Г, Каракулина Е.В.

Рецензенты:

Для цитирования:

Аннотация

Избыточная масса тела и ожирение представляют собой одну из наиболее распространенных и значимых медико-социальных проблем современного общества, являясь ключевым модифицируемым фактором риска развития сердечно-сосудистых, метаболических и других хронических неинфекционных заболеваний. Школы для пациентов с данной патологией — это специализированные образовательные программы в системе первичной медико-санитарной помощи, направленные на повышение осведомленности пациентов, коррекцию массы тела, формирование устойчивых навыков рационального питания, повышения физической активности и самоконтроля, что в конечном итоге способствует улучшению качества жизни и профилактике осложнений.

Методические рекомендации содержат информацию по организации и проведению школ здоровья, включая принципы формирования групп пациентов (в том числе выявленных в ходе профилактических осмотров профилактических осмотров (ПМО и ДОГВН)), структуру цикла занятий, рекомендуемые темы и их содержание, а также материалы для оценки эффективности обучения.

Методические рекомендации предназначены для врачей-специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также для медицинских работников со средним профессиональным образованием, соответствующих квалификационным требованиям по специальностям «Лечебное дело» или «Сестринское дело», участвующих в проведении школ здоровья для пациентов.

Ключевые слова: ожирение, избыточная масса тела, школа здоровья, методические рекомендации, обучение пациентов, профилактика, первичная медико-санитарная помощь

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (протокол № ____ от _____ 2025 г.).

© ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

ДОГВН – диспансеризация определенных групп взрослого населения

ЗОЖ – здоровый образ жизни

МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра

ИМТ – индекс массы тела

ПМО — профилактические медицинские осмотры

ПМСП — первичная медико-санитарная помощь

ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания

1. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ

Профилактические медицинские осмотры (ПМО) и диспансеризация определенных групп взрослого населения (ДОГВН)¹ помогают выявлять пациентов с фактором риска – ожирение/избыточная масса тела. В рамках федерального проекта «Здоровье для каждого» Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», а также в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 года № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» важным элементом ведения пациентов с факторами риска, в том числе с ожирением и избыточной массой тела, является обучение в школах здоровья.

Исследования подтверждают, что обучение в школах здоровья способствует повышению осведомленности пациентов о рисках, связанных с образом жизни, профилактике факторов риска. Подходы к профилактике факторов риска приводят к повышению приверженности к рекомендациям врача и снижению рисков развития хронических неинфекционных заболеваний в будущем.

Кроме того, отмечается снижение уровня тревожности и депрессии, что благоприятно сказывается на общем состоянии пациентов. Ряд исследований показывает, что участие в школах здоровья сокращает количество внеплановых обращений к врачам-терапевтам² ПМСП. Это дополнительно позволяет оптимизировать расходы на здравоохранение.

Разработанные методические рекомендации направлены на стандартизацию работы школ здоровья для пациентов по здоровому образу жизни. Единые подходы к обучению позволяют повысить эффективность комплексных образовательных программ и обеспечить преемственность в оказании медицинской помощи на разных этапах.

2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Медицинская профилактическая услуга — это мероприятия или комплекс мероприятий, имеющих самостоятельное значение и определенную стоимость, направленных на профилактику заболевания, своевременное лечение, оздоровление.

Школа для пациентов — это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов, направленная на повышение уровня их информированности и практических навыков по рациональной профилактике и лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни.

Школа для пациентов с избыточной массой тела и ожирением (далее – школа здоровья) — является организационной формой индивидуального и группового профилактического консультирования (гигиенического обучения и воспитания - по МКБ-10 в классе XXI, Z70-76),

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» <https://base.garant.ru/401414440/> (дата обращения 24.06.2025).

² Врач-терапевт – врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в случае возложения отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в соответствии с Порядком возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи 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, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н. <https://base.garant.ru/70170588/> (дата обращения 11.07.2025).

является медицинской профилактической услугой, оказываемой пациентам по вопросам здорового образа жизни в первичном звене здравоохранения.

Здоровый образ жизни – это образ жизни, который снижает риск серьезного заболевания или преждевременной смерти (по данным Всемирной организации здравоохранения).

Избыточная масса тела –

Ожирение – обменно-алиментарное хроническое заболевание, проявляющееся избыточным развитием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, являющееся независимым фактором риска хронических неинфекционных заболеваний, в частности сердечно-сосудистых заболеваний, и формирующее «каскад» вторичных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.

Алиментарно-зависимые факторы риска – факторы риска хронических неинфекционных заболеваний, которые связаны с нарушением принципов рационального Здорового питания.

Индекс массы тела – используется для диагностики избыточной массы тела и ожирения, а также для оценки его степени (масса тела в килограммах, деленная на квадрат роста в метрах, кг/м²).

3. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.10.2020 № 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»
- Приказ Минздрава России от 19.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми».
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 октября 2020 г. №1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей

руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»

- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21.03.2017 № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 475н «Об утверждении профессионального стандарта "Медицинская сестра/медицинский брат»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.03.2025 № 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»
- Клинические рекомендации «Ожирение» E66.0, E66.1, E66.2, E66.8, E66.9 (ID:28_3), 2024 (https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/28_3).

4. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Школы здоровья организуются в медицинских организациях, оказывающих ПМСП.

Цель организации школ здоровья — совершенствование и оптимизация профилактических мероприятий при оказании ПМСП населению, в частности по теме профилактики ожирения, избыточной массы тела, включая увеличение охвата целевых групп и доступности профилактической медицинской помощи.

Задачи

- повысить информированность пациентов об алиментарно-зависимых факторах риска развития ХНИЗ;
- повысить мотивацию пациента к снижению массы тела;
- повысить приверженность пациента к здоровому питанию и выполнению рекомендаций врача по вопросам питания;
- сформировать у пациентов умения и навыки по самоконтролю за количеством и качеством питания;
- сформировать у пациентов практические навыки по составлению индивидуального плана питания;
- сформировать навыки по применению технических средств для лечения и контроля за алиментарно-зависимыми факторами риска.

5. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

5.1. Целевая группа пациентов

В группу обучения включаются пациенты, у которых по результатам ПМО и ДОГВН был выявлен фактор риска – ожирение с ИМТ 30,0-34,9 кг/м² или избыточная масса тела с ИМТ 25,0-29,9 кг/м². Особое внимание рекомендуется уделять пациентам, имеющих в анамнезе несколько факторов риска. Для пациентов с ограниченными физическими возможностями, когнитивными нарушениями необходимо участие в обучении членов семьи или других лиц, оказывающих уход.

Пациенты направляются в школу здоровья специалистом, завершающим ПМО и 1 этап ДОГВН. Пациенту выдается направление на посещение школы, включающее краткую программу и график работы.

Группы пациентов для обучения в школе здоровья формирует врач-терапевт⁶. Если обучение проводится мультидисциплинарной командой под координацией специалиста кабинета медицинской профилактики, то для формирования однородных групп необходимо предоставление выписки из амбулаторной карты.

5.2. Программа обучения пациентов

Программа включает **4 тематических занятия**, проводимых в очном формате или с применением телемедицинских технологий. Каждое занятие продолжается **60 минут**, включает теоретическую и практическую часть, обсуждение. Численность пациентов в группе **20 человек**. Пациенты, плохо усваивающие материал, могут быть повторно направлены в школу здоровья.

Каждое занятие включает информационные материалы и активные формы обучения, направленные на развитие умений и практических навыков у пациентов, их помощников. Все занятия хронометрированы, имеют четкие инструкции по ведению.

Программа обучения пациентов по здоровому образу жизни для медицинской организации разрабатывается на основе типовой программы обучения (см. п. 5.2.1.), включающей обязательные темы (понятие о здоровом образе жизни, факторах риска, мерах профилактики, методах самоконтроля, ведении дневника).

5.2.1. Типовая программа обучения

1. Здоровое питание: общие принципы.
2. Основные шаги по контролю массы тела.
3. Профилактика осложнений, связанных с ожирением и избыточной массой тела.
4. Психологические аспекты, связанные с питанием.

Занятие 1. Здоровое питание: общие принципы.

Цель: повысить уровень знаний пациентов по вопросам здорового питания, принципов его соблюдения.

Задачи:

- Дать определение здоровому питанию.
- Обсудить ключевые принципы сбалансированного рациона.
- Сформулировать «правило тарелки здорового питания».
- Белки, жиры, углеводы: их роль и источники в продуктах питания.

Содержание занятия:

Входное тестирование знаний.

Определение здорового питания. Что в себя включает сбалансированный рацион. Правило тарелки здорового питания – ее основные принципы. Белки и их роль в организме человека. Жиры и их роль в тарелке здорового питания. Виды углеводов.

Обсудить результаты исследований современных методов профилактики алиментарно-зависимых факторов риска.

Ответы на вопросы, обсуждение.

Занятие 2. Основные шаги по контролю массы тела.

Цель: сформировать у пациентов знания по основным этапам составления рациона на основании принципов здорового питания.

Задачи:

- Сформулировать этапы самостоятельного составления режима питания.
- Составить режим питания и сформулировать принципы формирования порций при каждом приеме пищи.
- Обсудить способы здорового приготовления пищи.
- Рассмотреть принципы работы различных технических средств для контроля массы тела.

Содержание занятия:

Основы сбалансированного рациона здорового питания для пациентов при наличии избыточной массы тела и ожирения. Принципы использования инструмента составления любого приема пищи – «правило тарелки здорового питания». Простые советы в отношении процесса питания для пациента и формирование типовой программы: возможности замены продуктов, рекомендации по каждому приему пищи. Способы здорового приготовления пищи (на пару, гриль, запекание). Применение технических средств для контроля питания. Доказательная база разных подходов для снижения избыточной массы тела и ожирения у взрослых.

Ответы на вопросы, обсуждение.

Содержание практической части: пациентам предлагается самостоятельно составить свой рацион питания на основании обсужденных на занятии принципов, рассмотреть возможность внедрения в повседневную практику использование технических средств для контроля массы тела.

Занятие 3. Профилактика осложнений, связанных с ожирением и избыточной массой тела.

Цель: сформировать у пациентов понимание основных осложнений ожирения, избыточной массы тела, мотивацию к управлению весом как к главному инструменту профилактики, а также предоставить практические шаги для снижения этих рисков.

Задачи:

- Обсудить наиболее распространенные осложнения ожирения и избыточной массы тела.
- Научить контролю за показателями здоровья.
- Рассмотреть вопросы, связанные с медикаментозным лечением ожирения.

Содержание занятия:

Краткая характеристика наиболее распространенных осложнений ожирения (сердечно-сосудистые, метаболические, опорно-двигательные, онкологические). Патолофизиологические механизмы лишнего веса с другими заболеваниями. Ключевые показатели здоровья, которые

необходимо контролировать при ожирении (артериальное давление, уровень глюкозы и холестерина в крови, ИМТ, окружность талии). Медикаментозное лечение ожирения: показания, особенности прием препаратов, противопоказания.

Ответы на вопросы, обсуждение.

Содержание практической части: включает освоение техники корректного измерения уровня артериального давления, уровней глюкоза и холестерина (тест-системами), расчета ИМТ и измерении окружности талии.

Занятие 4. Психологические аспекты, связанные с питанием.

Цель: сформировать у пациентов понимание психологических причин переедания, сформировать навык распознавания эмоционального голода и научить базовым техникам управления пищевым поведением.

Задачи:

- Сформировать понимание разницы между физиологическим и эмоциональным голодом.
- Объяснить роль еды как способа регуляции эмоционального состояния.
- Сформировать знания для повышения собственного контроля за пищевым поведением.
- Составить вместе с участниками индивидуальный план действий при возникновении тяги к перееданию.

Содержание занятия:

Физиологический и эмоциональный голод: в чем разница и как контролировать. Роль еды как способа регуляции эмоционального состояния («заедание» стресса, скуки, усталости). Основные этапы контроля за пищевым поведением. Индивидуальный план по предупреждению переедания.

Ответы на вопросы, обсуждение.

Содержание практической части: включает освоение техники контроля за своим эмоциональным состоянием в части пищевого поведения.

В финале проводится итоговое тестирование и анонимная оценка качества школы здоровья.

5.3. Рекомендуемая структура и штатное расписание

Школа здоровья создается как структурное подразделение медицинской организации, оказывающей ПСМП. Обучение пациентов проводят специалисты, прошедшие соответствующее обучение (врач-терапевт участковый, врач-терапевт цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач), фельдшер, медицинская сестра). Дополнительно могут привлекаться врачи-специалисты: врач по лечебной физкультуре, врач-диетолог, медицинский психолог/ врач-психотерапевт и др.

Структуру и штатную численность школы здоровья утверждает руководитель медицинской организации, в составе которой она создана, исходя из потребностей, объема работ и численности пациентов, которым может быть рекомендована школа здоровья.

5.4. Рекомендации по техническому оснащению и характеристикам кабинета/зала

Необходимо помещение, оборудованное для групповой работы: стулья, столы без тумбочек, рабочее место обучающего (стол, стул, компьютер с выходом в сеть Интернет), доска маркерная (с набором маркеров), шкаф для размещения наглядных пособий, ростомер, весы напольные, сантиметровая лента, комплекты структурированных программ обучения по темам,

демонстрационное оборудование (экран, проектор), пульсоксиметр, оборудование для физических упражнений (гантели, гимнастическая «палка» и пр.), маски, др. СИЗы, вентиляция (системы кондиционирования и очистки воздуха). Необходимое количество оборудования рассчитывается по потребностям. Площадь помещения должна составлять 4 м² на 1 человека³, но не менее 24 м².

Решение о создании школы здоровья для пациентов с ожирением и избыточной массой тела принимается на основании объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности, половозрастного состава обслуживаемого населения, показателей уровня и структуры заболеваемости и смертности населения, других показателей, характеризующих здоровье населения, и с учетом рекомендуемых штатных нормативов поликлиники⁴.

Школа здоровья может быть организована в отделении (кабинете) медицинской профилактики или в других помещениях при условии их соответствия рекомендуемым стандартам оснащения.

6. Рекомендации для достижения цели обучения в школе для пациентов с избыточной массой тела и ожирением

Деятельность школы здоровья обязательно должна быть направлена на решение проблем, наиболее значимых для конкретного контингента (территории) в текущий период времени и обязательно должна преследовать конкретный, видимый результат за достаточно небольшой отрезок времени. Поэтому очень важно, чтобы первые шаги принесли ощутимый результат, что даст стимул для дальнейшего развития.

Учителя (медицинские работники) школы здоровья должны научиться работать в команде. Специалисты, не умеющие работать в команде, даже если они имеют более высокую квалификацию по сравнению со сложившейся командой единомышленников, не должны приглашаться для ведения занятий в школе здоровья.

Вся наглядная продукция, используемая в школе здоровья, должна быть:

- красочной
- демонстративной
- запоминающейся
- понятной
- заинтересовывающей
- доступной

Занятия в школе здоровья следует проводить в интерактивной форме, избегать больших информационных блоков в структуре занятий.

Занятия должны быть предварительно четко структурированы, хронометрированы. Продолжительность занятий не должна превышать 1-2 академических часа (45-90 мин.).

³ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24.12.2020 № 44 "Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 "Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг". Приложение 1. <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202012310005> (дата обращения 10.07.2025)

⁴ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202506020016> (дата обращения 11.07.2025)

6.1. Факторы, влияющие на эффективность организации и проведения школы для пациентов с избыточной массой тела и ожирением

Факторы, влияющие на эффективность профилактической помощи в школах здоровья, неразрывно связаны с качеством профилактической помощи в целом. Эти факторы можно разделить на несколько групп:

- факторы отношений и взаимопонимания между медицинскими работниками и пациентами, их межличностные отношения
- факторы профессиональной компетентности медицинских работников
- факторы организации профилактической работы в целом, которые определяют и ее качество.

Эти же факторы влияют на приверженность пациентов к сохранению и укреплению здоровья, а также к выполнению рекомендаций врача, в том числе и соблюдение режима лекарственной терапии. Среди этих факторов важно дифференцировать положительные влияния (факторы способствующие результативности эффективности профилактической помощи и факторы, негативно влияющие на профилактическую помощь и ее качество (факторы препятствующие результативности и снижающие эффективность профилактики). Основные группы этих факторов перечислены в нижеследующей таблице.

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (СОДЕЙСТВИЕ)	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (ПРЕПЯТСТВИЕ)
<i>Факторы отношений (медицинский работник – пациент)</i>	
Взаимопонимание, сопереживание (эмпатия)	Равнодушие
Понимание потребности пациента	Уверенность медицинских работников в том, что они «знают» в чем нуждается пациент
Уверенность медицинского работника и умение объяснять	Неспособность объяснять и убеждать
<i>Факторы профессиональной компетентности медицинского работника</i>	
Знание основ профилактической помощи (понятие риска, основы консультирования, технологии и др.)	Пренебрежение профилактической помощью (предпочтение диагностике и лечению)
Знание основ поведенческой медицины	Преобладание синдромального подхода
Разумная интеграция лечения и профилактики	Противопоставление лечения и профилактики
<i>Факторы организации и качества профилактической помощи</i>	
Ненавязчивая форма консультирования при очередных посещениях (по обращаемости)	Насильственные (требующие усилий со стороны пациента) рекомендации и назначения
Обсуждение с пациентом его проблем здоровья	Директивная форма рекомендаций
Простота и доступность (по времени, цене и пр.) профилактических мер и рекомендация	Сложные схемы и многоступенчатость профилактической помощи
Наличие письменных инструкций, советов	Устные советы и рекомендации
Наличие красочных печатных материалов	Плохое полиграфическое качество материалов
Взаимодействие между медицинскими работниками	Незаинтересованность в профилактической работе

7. Оценка организации и эффективности профилактической помощи школы для пациентов с избыточной массой тела и ожирением

Для обеспечения эффективности обучения пациентов с ожирением и избыточной массой тела необходима систематическая оценка работы школ здоровья. Оценка проводится на трех уровнях – региональном, уровне медицинского учреждения и индивидуальном (пациентском). Она включает анализ объема и охвата профилактической помощью и качества обучения. Ниже

представлена методическая система критериев и показателей, позволяющая стандартизировать такую оценку и внедрить ее в рутинную практику медицинских организаций, оказывающих ПМСП.

Приведенная система критериев охватывает основные аспекты, но каждая организация и регион могут дополнять ее показателями по мере необходимости. Рекомендуется периодически анализировать, не требуется ли включить новые критерии, учитывая изменения в практике, возникновение новых методов профилактики или особенности контингента пациентов.

7.1 Оценка организации школы для пациентов с избыточной массой тела и ожирением

Количество школ здоровья в регионе. Необходимо обеспечить организацию школ здоровья в достаточном количестве, исходя из потребности населения.

Охват пациентов в рамках школ здоровья по ожирению и избыточной массе тела.

Оцениваются в течение первого года введения новой формы профилактической помощи (школ здоровья):

- % обученных пациентов из числа зарегистрированных (на врачебном/фельдшерском участке, в медицинской организации, на территории).
- % обученных пациентов из числа пациентов, у которых впервые было выявлено ожирение / избыточная масса тела (на врачебном/фельдшерском участке, в медицинской организации, на территории).
- % пациентов, прошедших полный цикл обучения (на врачебном/фельдшерском участке, в медицинской организации, на территории).
- Норматив не менее 50% пациентов диспансерной группы.

(2) оцениваются, начиная со 2-3 года:

- динамика охвата пациентов обучением из числа зарегистрированных (на территориальном, цеховом и пр. участке, в учреждении, на территории)
- динамика охвата обучением из числа пациентов, впервые было выявлено ожирение / избыточная масса тела (на территориальном, цеховом и пр. участке, в учреждении, на территории)
- динамика охвата пациентов полным курсом обучения (на территориальном, цеховом и пр. участке, в учреждении, на территории)

В качестве критериев оценки объема и полноты проводить самоконтроль: оценивать перечисленные выше показатели в динамике и формировать местные (региональные) характеристики достигаемых показателей объема и полноты.

Информация о работе школ здоровья в учреждениях включена в отчетные формы, как указано выше. Эти данные необходимо собирать и анализировать помимо отделов медицинской статистики и в территориальных центрах медицинской профилактики, координирующих профилактическую деятельность на территории. Сравнение этих показателей в динамике, сопоставление результатов по отдельным учреждениям региона позволит иметь представление о распространении и полноте охвата населения такой формой профилактической работы как школы здоровья для пациентов по здоровому образу жизни.

Школа должна работать постоянно, по утверждённому графику. Организационным стандартом является проведение циклов занятий несколько раз в год (в больших поликлиниках – ежемесячно или ежеквартально, в меньших – по мере набора группы). В приказах оговаривается,

что деятельность школы здоровья оформляется приказом главного врача с утверждением ответственного лица и годового плана занятий. Критерием качества является выполнение этого плана: занятия проводятся согласно расписанию, без длительных перерывов и с необходимой частотой. Например, если запланировано 3 цикла в год – все они должны быть проведены. Нерегулярная или эпизодическая работа школы снижает её эффективность.

7.2 Оценка организации школы для пациентов с избыточной массой тела и ожирением на индивидуальном уровне

На индивидуальном уровне оценивается, чему научился конкретный пациент в результате участия в школе здоровья. Здесь акцент на персональных знаниях и умениях, а также на субъективной оценке пациентом качества обучения.

Оценка знаний пациента о факторах риска

Каждый пациент перед началом обучения и после его завершения проходит оценку знаний, которая оценивается по балльной шкале. Необходимо стремиться к тому, что после обучения показатель должен достигать $\geq 80\%$ правильных ответов.

Индивидуально оценивается, освоил ли пациент конкретные навыки самоконтроля. Проверка может осуществляться инструктором в конце занятий (через практический экзамен или наблюдение). В конечном опроснике пациент также может сам отметить, какие навыки он приобрел. Цель – чтобы большинство ($\geq 80\%$) пациентов приобрели ключевые умения. Если пациент затрудняется воспроизвести правильно навыки, то преподаватели школы могут уделить ему больше внимания или направить на повторное обучение в школе здоровья.

Удовлетворенность обучением

Каждый слушатель по окончании курса анонимно заполняет анкету удовлетворенности. Здесь пациент оценивает различные аспекты: полезность полученных знаний, понятность материала, удобство организации занятий (время, формат), компетентность преподавателей и т.д. Индивидуальная удовлетворенность важна не только как показатель качества, но и как фактор приверженности: довольный пациент с большей вероятностью будет применять полученные знания. Высокие оценки свидетельствуют, что школа оправдала его ожидания.

Инструменты оценки удовлетворенности

Вопросник оценки удовлетворенности обучением в школе для пациентов с избыточной массой тела и ожирением

Дата _____ г.

(заполняется анонимно)

Инструкция для пациентов. Просим Вас заполнить анонимно следующую анкету. Ваши ответы помогут определить насколько Вы удовлетворены обучением в школе здоровья, получить Ваши советы и пожелания для совершенствования обучения. Дайте оценку в соответствии с Вашим мнением или отношением, по пятибалльной системе:

1 – совсем не согласен(а)

2 – скорее не согласен(а)

3 – не уверен(а)

4 – скорее согласен(а)

5 – полностью согласен(а)

На вопрос 10 и 11 необходимо ответить в развернутом виде.

№	Вопрос (утверждение)	Баллы				
		1	2	3	4	5
1.	Мне было понятно, о чём говорили на занятиях					
2.	Информация была полезной и нужной мне.					
3.	Насколько комфортно вы себя чувствовали во время занятий?					
4.	Преподаватели вели занятия интересно и доброжелательно					
5.	Мне удобно было посещать занятия по времени и месту.					
6.	Были ли у вас сложности с выполнением рекомендаций после занятий?					
7.	Я готов(а) применять полученные рекомендации.					
8.	Я бы порекомендовал(а) другим пройти такую школу.					
9.	Что вам понравилось больше всего? Что вы хотели бы улучшить?					

Благодарим за участие! Желаем Доброго здоровья!

Критерии оценки организации обучения в школе здоровья по мнению пациента:

До 20 баллов Неудовлетворительно

21–30 баллов Удовлетворительно

31–39 баллов Хорошо

40–45 баллов Отлично

Список литературы

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

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

Клинические рекомендации «Ожирение» E66.0, E66.1, E66.2, E66.8, E66.9 (ID:28_3), 2024.
https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/28_3

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ШКОЛА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Москва – 2025

Организация-разработчик: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России

Авторы: Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Концевая А.В., Раковская Ю.С., Камкин Е.Г., Каракулина Е.В.

Рецензенты:

Для цитирования:

Аннотация

Школы здорового образа жизни представляют собой структурный элемент системы профилактики в первичном звене здравоохранения и предназначены для лиц с выявленными модифицируемыми факторами риска (курение, нерациональное питание, низкая физическая активность и другие). Их реализация направлена на своевременную коррекцию поведенческих привычек и формирование у пациентов практических навыков сохранения и укрепления здоровья.

Методические рекомендации содержат общие принципы организации и проведения школ, включая порядок формирования групп (в том числе по результатам профилактических осмотров (ПМО и ДОГВН)), стандартную программу обучения, тематическое планирование занятий с их содержанием, а также инструменты для оценки исходного уровня знаний и динамики эффективности проведённого обучения.

Методические рекомендации предназначены для врачей-специалистов, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по специальности "Лечебное дело" или "Сестринское дело" и врачей-специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, участвующих в проведении школ здоровья.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, факторы риска, школа здоровья, методические рекомендации, обучение пациентов, профилактика, первичная медико-санитарная помощь

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (протокол № ____ от _____ 2025 г.).

© ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

ДОГВН – диспансеризация определенных групп взрослого населения

МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра

ПМО — профилактические медицинские осмотры

ПМСП — первичная медико-санитарная помощь

1. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ

Профилактические медицинские осмотры (ПМО) и диспансеризация определенных групп взрослого населения (ДОГВН)¹ помогают выявлять пациентов с факторами риска (курильщиков, лиц с избыточной массой тела и др.). В рамках федерального проекта «Здоровье для каждого» Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», а также в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 года № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» важным элементом ведения пациентов с факторами риска является обучение в школах здоровья.

Исследования подтверждают, что обучение в школах здоровья способствует повышению осведомленности пациентов о рисках, связанных с образом жизни, профилактике факторов риска. Подходы к профилактике факторов риска приводят к повышению приверженности к рекомендациям врача и снижению рисков развития хронических неинфекционных заболеваний в будущем.

Кроме того, отмечается снижение уровня тревожности и депрессии, что благоприятно сказывается на общем состоянии пациентов. Ряд исследований показывает, что участие в школах здоровья сокращает количество внеплановых обращений к врачам-терапевтам² ПМСП. Это дополнительно позволяет оптимизировать расходы на здравоохранение.

Разработанные методические рекомендации направлены на стандартизацию работы школ здоровья для пациентов по здоровому образу жизни. Единые подходы к обучению позволяют повысить эффективность комплексных образовательных программ и обеспечить преемственность в оказании медицинской помощи на разных этапах.

2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Медицинская профилактическая услуга — это мероприятия или комплекс мероприятий, имеющих самостоятельное значение и определенную стоимость, направленных на профилактику заболевания, своевременное лечение, оздоровление.

Школа для пациентов — это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов, направленная на повышение уровня их информированности и практических навыков по рациональной профилактике и лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни.

Школа здорового образа жизни (далее – школа здоровья) — является организационной формой индивидуального и группового профилактического консультирования (гигиенического обучения и воспитания - по МКБ-10 в классе XXI, Z70-76), является медицинской профилактической

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» <https://base.garant.ru/401414440/> (дата обращения 24.06.2025).

² Врач-терапевт – врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в случае возложения отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в соответствии с Порядком возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи 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, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н. <https://base.garant.ru/70170588/> (дата обращения 11.07.2025).

услугой, оказываемой пациентам по вопросам здорового образа жизни в первичном звене здравоохранения.

Здоровый образ жизни – это образ жизни, который снижает риск серьезного заболевания или преждевременной смерти (по данным Всемирной организации здравоохранения).

3. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.10.2020 № 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики инфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»
- Приказ Минздрава России от 19.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми».
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 октября 2020 г. №1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики инфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»»
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21.03.2017 № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер»
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 475н «Об утверждении профессионального стандарта "Медицинская сестра/медицинский брат»

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.03.2025 № 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».

4. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ШКОЛЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Школы здоровья организуются в медицинских организациях, оказывающих ПМСП.

Цель организации школ здоровья — совершенствование и оптимизация профилактических мероприятий при оказании ПМСП населению, в частности по теме здорового образа жизни, включая увеличение охвата целевых групп и доступности профилактической медицинской помощи.

Задачи

- повысить информированность пациентов по вопросам здорового образа жизни;
- обучить пациентов профилактике индивидуальных факторов риска;
- сформировать у пациентов правильные навыки по применению технических средств для лечения и контроля за факторами риска.

5. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ШКОЛЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

5.1. Целевая группа пациентов

В группу обучения включаются пациенты, у которых по результатам ПМО и ДОГВН был выявлен хотя бы один из поведенческих факторов риска (курение табака, нерациональное питание, низкая физическая активность, риск пагубного потребления алкоголя, риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача). Особое внимание рекомендуется уделять пациентам, имеющих несколько факторов риска. Для пациентов с ограниченными физическими возможностями, когнитивными нарушениями необходимо участие в обучении членов семьи или других лиц, оказывающих уход.

Пациенты направляются в школу здоровья специалистом, завершающим ПМО и 1 этап ДОГВН. Пациенту выдается направление на посещение школы, включающее краткую программу и график работы.

Группы пациентов для обучения в школе здоровья формирует врач-терапевт⁶. Если обучение проводится мультидисциплинарной командой под координацией специалиста кабинета медицинской профилактики, то для формирования однородных групп необходимо предоставление выписки из амбулаторной карты.

5.2. Программа обучения пациентов

Программа включает **4 тематических занятия**, проводимых в очном формате или с применением телемедицинских технологий. Каждое занятие продолжается **60 минут**, включает теоретическую и практическую часть, обсуждение. Численность пациентов в группе **20 человек**. Пациенты, плохо усваивающие материал, могут быть повторно направлены в школу здоровья.

Каждое занятие включает информационные материалы и активные формы обучения, направленные на развитие умений и практических навыков у пациентов, их помощников. Все занятия хронометрированы, имеют четкие инструкции по ведению.

Программа обучения пациентов по здоровому образу жизни для медицинской организации разрабатывается на основе типовой программы обучения (см. п. 5.2.1.), включающей обязательные темы (понятие о здоровом образе жизни, факторах риска, мерах профилактики, методах самоконтроля, ведении дневника).

5.2.1. Типовая программа обучения

1. Основы здорового образа жизни и принципы мотивации.
2. Здоровое питание.
3. Физическая активность и режим дня.
4. Профилактика вредных привычек и основы эмоционального здоровья.

Занятие 1. Основы здорового образа жизни и принципы мотивации.

Цель: повысить уровень знаний пациентов о здоровом образе жизни, сформировать представление о факторах риска, их развитии и последствиях, а также мотивационном компоненте.

Задачи:

- Дать определение здорового образа жизни.
- Описать факторы, влияющие на здоровье.
- Помочь пациентам провести самооценку: что уже делаю для здоровья, что хочу улучшить.
- Определить основные принципы мотивации при ведении здорового образа жизни.

Содержание занятия:

Входное тестирование знаний.

Определение здорового образа жизни. Факторы, влияющие на здоровье: здоровое питание, физическая активность, сон, психологическое состояние. Многофакторная профилактика. Анализ самооценки пациента на момент проведения занятия: оценить, что пациент уже делает для сохранения здоровья, а что хочет улучшить. Основные принципы мотивации для ведения здорового образа жизни.

Обсудить результаты исследований современных методов профилактики факторов риска.

Ответы на вопросы, обсуждение.

Занятие 2. Здоровое питание.

Цель: сформировать у пациентов знания по основным этапам составления рациона на основании принципов здорового питания.

Задачи:

- Сформулировать основы сбалансированного рациона.
- Обсудить «правило тарелки здорового питания».
- Составить типовую программу здорового питания.
- Выработать рекомендации по здоровому питанию и по использованию технических средств для контроля фактора риска.

- Научить корректной интерпретации информации с этикеток продукции и грамотному анализу позиций в меню.

Содержание занятия:

Основы сбалансированного рациона здорового питания, в том числе с учетом возрастных групп. Принципы использования инструмента составления любого приема пищи – «правило тарелки здорового питания». Простые советы в отношении процесса питания для пациента и формирование типовой программы: возможности замены продуктов, рекомендации по каждому приему пищи. Рекомендации по оздоровлению рациона. Распределение групп продуктов во время основных приемов пищи: завтрака, обеда и ужина. Анализ этикеток с продуктов питания в магазине и позиций в меню в местах общественного питания. Применение технических средств для контроля питания. Доказательная база разных подходов для снижения избыточной массы тела у взрослых.

Ответы на вопросы, обсуждение.

Содержание практической части: пациентам предлагается оценить собственный рацион на соответствие обсужденным на занятии вопросам и критериям «здорового питания», а также отработать навык составления меню с учетом «правила тарелки здорового питания».

Занятие 3. Физическая активность и режим дня.

Цель: сформировать у пациентов понимание важности физической активности и режима дня для здоровья и мотивировать их на постепенное внедрение данных компонентов образа жизни в повседневную деятельность.

Задачи:

- Дать определение понятиям «физическая активность», «физические упражнения», «режим дня».
- Объяснить влияние физической активности на различные системы организма.
- Сформулировать основные принципы сбалансированного режима дня, включающего работу, отдых, физическую активность и сон.
- Научить методам самостоятельного контроля интенсивности нагрузки, в том числе при помощи технических средств и обучить правильной технике выполнения нескольких базовых упражнений и их комбинациям.
- Предоставить алгоритм для самостоятельного составления индивидуальной программы физической активности и режима дня.

Содержание занятия:

Отличие физической активности от спорта. Влияние физической активности на организм: сердечно-сосудистую, опорно-двигательную, нервную системы. Виды физической активности по степени интенсивности и рекомендуемые нормы ежедневной физической активности разной степени интенсивности. Контроль интенсивности нагрузки, в том числе с применением технических средств. Правила разминки. Циркадные ритмы и почему их важно соблюдать. Гигиена сна: почему важно засыпать и просыпаться в одно и то же время. Рекомендации по составлению индивидуального режима дня.

Ответы на вопросы, обсуждение.

Содержание практической части: включает освоение техники упражнений с инструктором, совместное выполнение упражнений и ответы на вопросы.

В завершение пациенты получают памятку с описанием упражнений. Домашнее задание — выбрать 2–3 несложных упражнения и выполнять их ежедневно.

Занятие 4. Профилактика вредных привычек и основы эмоционального здоровья.

Цель: сформировать у участников понимание взаимосвязи между эмоциональным состоянием и формированием зависимостей, а также предоставить им практические инструменты для управления стрессом и эмоциями.

Задачи:

- Дать определение понятиям «вредная привычка» и «зависимость».
- Объяснить психофизиологические механизмы формирования зависимости и возможности лекарственной терапии.
- Научить базовым техникам распознавания и принятия эмоций.
- Составить вместе с участниками индивидуальный план действий при возникновении тяги к вредной привычке.

Содержание занятия:

Определение и критерии вредной привычки и зависимости: потеря контроля, рост толерантности, синдром отмены, негативные последствия. Как правильно психологически справиться с тягой к вредной привычке. Возможности лекарственной терапии в борьбе с зависимостями. Эмоциональное здоровье. Практические рекомендации по стабилизации психоэмоционального фона.

Ответы на вопросы, обсуждение.

Содержание практической части: включает освоение техники контроля за своим эмоциональным состоянием.

В финале проводится итоговое тестирование и анонимная оценка качества школы здоровья.

5.3. Рекомендуемая структура и штатное расписание

Школа здоровья создается как структурное подразделение медицинской организации, оказывающей ПСМП. Обучение пациентов проводят специалисты, прошедшие соответствующее обучение (врач-терапевт участковый, врач-терапевт цехового врачебного участка, врач общей практики (семейный врач), фельдшер, медицинская сестра). Дополнительно могут привлекаться врачи-специалисты: врач по лечебной физкультуре, врач-диетолог, медицинский психолог/ врач-психотерапевт и др.

Структуру и штатную численность школы здоровья утверждает руководитель медицинской организации, в составе которой она создана, исходя из потребностей, объема работ и численности пациентов, которым может быть рекомендована школа здоровья.

5.4. Рекомендации по техническому оснащению и характеристикам кабинета/зала

Необходимо помещение, оборудованное для групповой работы: стулья, столы без тумбочек, рабочее место обучающего (стол, стул, компьютер с выходом в сеть Интернет), доска маркерная (с набором маркеров), шкаф для размещения наглядных пособий, ростоммер, весы напольные, сантиметровая лента, комплекты структурированных программ обучения по темам, демонстрационное оборудование (экран, проектор), пульсоксиметр, оборудование для физических упражнений (гантели, гимнастическая «палка» и пр.), маски, др. СИЗы, вентиляция (системы

кондиционирования и очистки воздуха). Необходимое количество оборудования рассчитывается по потребностям. Площадь помещения должна составлять 4 м² на 1 человека³, но не менее 24 м².

Решение о создании школы здоровья для пациентов по здоровому образу жизни принимается на основании объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности, половозрастного состава обслуживаемого населения, показателей уровня и структуры заболеваемости и смертности населения, других показателей, характеризующих здоровье населения, и с учетом рекомендуемых штатных нормативов поликлиники⁴.

Школа здоровья может быть организована в отделении (кабинете) медицинской профилактики или в других помещениях при условии их соответствия рекомендуемым стандартам оснащения.

6. Рекомендации для достижения цели обучения в школе здорового образа жизни

Деятельность школы здоровья обязательно должна быть направлена на решение проблем, наиболее значимых для конкретного контингента (территории) в текущий период времени и обязательно должна преследовать конкретный, видимый результат за достаточно небольшой отрезок времени. Поэтому очень важно, чтобы первые шаги принесли ощутимый результат, что даст стимул для дальнейшего развития.

Учителя (медицинские работники) школы здоровья должны научиться работать в команде. Специалисты, не умеющие работать в команде, даже если они имеют более высокую квалификацию по сравнению со сложившейся командой единомышленников, не должны приглашаться для ведения занятий в школе здоровья.

Вся наглядная продукция, используемая в школе здоровья, должна быть:

- красочной
- демонстративной
- запоминающейся
- понятной
- интересующей
- доступной

Занятия в школе здоровья следует проводить в интерактивной форме, избегать больших информационных блоков в структуре занятий.

Занятия должны быть предварительно четко структурированы, хронометрированы. Продолжительность занятий не должна превышать 1-2 академических часа (45-90 мин.).

6.1. Факторы, влияющие на эффективность организации и проведения школы здорового образа жизни

Факторы, влияющие на эффективность профилактической помощи в школах здоровья, неразрывно связаны с качеством профилактической помощи в целом. Эти факторы можно разделить на несколько групп:

³ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24.12.2020 № 44 "Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 "Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг". Приложение 1. <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202012310005> (дата обращения 10.07.2025)

⁴ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202506020016> (дата обращения 11.07.2025)

- факторы отношений и взаимопонимания между медицинскими работниками и пациентами, их межличностные отношения
- факторы профессиональной компетентности медицинских работников
- факторы организации профилактической работы в целом, которые определяют и ее качество.

Эти же факторы влияют на приверженность пациентов к сохранению и укреплению здоровья, а также к выполнению рекомендаций врача, в том числе и соблюдение режима лекарственной терапии. Среди этих факторов важно дифференцировать положительные влияния (факторы способствующие результативности эффективности профилактической помощи и факторы, негативно влияющие на профилактическую помощь и ее качество (факторы препятствующие результативности и снижающие эффективность профилактики). Основные группы этих факторов перечислены в нижеследующей таблице.

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (СОДЕЙСТВИЕ)	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ (ПРЕПЯТСТВИЕ)
<i>Факторы отношений (медицинский работник – пациент)</i>	
Взаимопонимание, сопереживание (эмпатия)	Равнодушие
Понимание потребности пациента	Уверенность медицинских работников в том, что они «знают» в чем нуждается пациент
Уверенность медицинского работника и умение объяснять	Неспособность объяснять и убеждать
<i>Факторы профессиональной компетентности медицинского работника</i>	
Знание основ профилактической помощи (понятие риска, основы консультирования, технологии и др.)	Пренебрежение профилактической помощью (предпочтение диагностике и лечению)
Знание основ поведенческой медицины	Преобладание синдромального подхода
Разумная интеграция лечения и профилактики	Противопоставление лечения и профилактики
<i>Факторы организации и качества профилактической помощи</i>	
Ненавязчивая форма консультирования при очередных посещениях (по обращаемости)	Насильственные (требующие усилий со стороны пациента) рекомендации и назначения
Обсуждение с пациентом его проблем здоровья	Директивная форма рекомендаций
Простота и доступность (по времени, цене и пр.) профилактических мер и рекомендаций	Сложные схемы и многоступенчатость профилактической помощи
Наличие письменных инструкций, советов	Устные советы и рекомендации
Наличие красочных печатных материалов	Плохое полиграфическое качество материалов
Взаимодействие между медицинскими работниками	Незаинтересованность в профилактической работе

7. Оценка организации и эффективности профилактической помощи школы здорового образа жизни

Для обеспечения эффективности обучения пациентов по здоровому образу жизни необходима систематическая оценка работы школ здоровья. Оценка проводится на трех уровнях – региональном, уровне медицинского учреждения и индивидуальном (пациентском). Она включает анализ объема и охвата профилактической помощью и качества обучения. Ниже представлена методическая система критериев и показателей, позволяющая стандартизировать такую оценку и внедрить ее в рутинную практику медицинских организаций, оказывающих ПМСП.

Приведенная система критериев охватывает основные аспекты, но каждая организация и регион могут дополнять ее показателями по мере необходимости. Рекомендуется периодически

анализировать, не требуется ли включить новые критерии, учитывая изменения в практике, возникновение новых методов профилактики или особенности контингента пациентов.

7.1 Оценка организации школы здорового образа жизни на уровне региона и медицинской организации

Количество школ здоровья в регионе. Необходимо обеспечить организацию школ здоровья в достаточном количестве, исходя из потребности населения.

Охват пациентов в рамках школами здоровья по здоровому образу жизни.

Оцениваются в течение первого года введения новой формы профилактической помощи (школ здоровья):

- % обученных пациентов из числа зарегистрированных (на врачебном/фельдшерском участке, в медицинской организации, на территории).
- % обученных пациентов из числа пациентов, у которых по результатам ПМО и ДОГВН был выявлен хотя бы один фактор риска (на врачебном/фельдшерском участке, в медицинской организации, на территории).
- % пациентов, прошедших полный цикл обучения (на врачебном/фельдшерском участке, в медицинской организации, на территории).
- Норматив не менее 50% пациентов диспансерной группы.

(2) оцениваются, начиная со 2-3 года:

- динамика охвата пациентов обучением из числа зарегистрированных (на территориальном, цеховом и пр. участке, в учреждении, на территории)
- динамика охвата обучением из числа пациентов, у которых по результатам ПМО и ДОГВН был выявлен хотя бы один фактор риска (на территориальном, цеховом и пр. участке, в учреждении, на территории)
- динамика охвата пациентов полным курсом обучения (на территориальном, цеховом и пр. участке, в учреждении, на территории)

В качестве критериев оценки объема и полноты проводить самоконтроль: оценивать перечисленные выше показатели в динамике и формировать местные (региональные) характеристики достигаемых показателей объема и полноты.

Информация о работе школ здоровья в учреждениях включена в отчетные формы, как указано выше. Эти данные необходимо собирать и анализировать помимо отделов медицинской статистики и в территориальных центрах медицинской профилактики, координирующих профилактическую деятельность на территории. Сравнение этих показателей в динамике, сопоставление результатов по отдельным учреждениям региона позволит иметь представление о распространении и полноте охвата населения такой формой профилактической работы как школы здоровья для пациентов по здоровому образу жизни.

Школа должна работать постоянно, по утверждённому графику. Организационным стандартом является проведение циклов занятий несколько раз в год (в больших поликлиниках – ежемесячно или ежеквартально, в меньших – по мере набора группы). В приказах оговаривается, что деятельность школы здоровья оформляется приказом главного врача с утверждением ответственного лица и годового плана занятий. Критерием качества является выполнение этого плана: занятия проводятся согласно расписанию, без длительных перерывов и с необходимой

частотой. Например, если запланировано 3 цикла в год – все они должны быть проведены. Нерегулярная или эпизодическая работа школы снижает её эффективность.

7.2 Оценка организации школы здорового образа жизни на индивидуальном уровне

На индивидуальном уровне оценивается, чему научился конкретный пациент в результате участия в школе здоровья. Здесь акцент на персональных знаниях и умениях, а также на субъективной оценке пациентом качества обучения.

Оценка знаний пациента о факторах риска

Каждый пациент перед началом обучения и после его завершения проходит оценку знаний, которая оценивается по балльной шкале. Необходимо стремиться к тому, что после обучения показатель должен достигать $\geq 80\%$ правильных ответов.

Индивидуально оценивается, освоил ли пациент конкретные навыки самоконтроля. Проверка может осуществляться инструктором в конце занятий (через практический экзамен или наблюдение). В конечном опроснике пациент также может сам отметить, какие навыки он приобрел. Цель – чтобы большинство ($\geq 80\%$) пациентов приобрели ключевые умения. Если пациент затрудняется воспроизвести правильно навыки, то преподаватели школы могут уделить ему больше внимания или направить на повторное обучение в школе здоровья.

Удовлетворенность обучением

Каждый слушатель по окончании курса анонимно заполняет анкету удовлетворенности. Здесь пациент оценивает различные аспекты: полезность полученных знаний, понятность материала, удобство организации занятий (время, формат), компетентность преподавателей и т.д. Индивидуальная удовлетворенность важна не только как показатель качества, но и как фактор приверженности: довольный пациент с большей вероятностью будет применять полученные знания. Высокие оценки свидетельствуют, что школа оправдала его ожидания.

Инструменты оценки удовлетворенности

Вопросник оценки удовлетворенности обучением в школе здорового образа жизни

Дата _____ г.

(заполняется анонимно)

Инструкция для пациентов. Просим Вас заполнить анонимно следующую анкету. Ваши ответы помогут определить насколько Вы удовлетворены обучением в школе здоровья, получить Ваши советы и пожелания для совершенствования обучения. Дайте оценку в соответствии с Вашим мнением или отношением, по пятибалльной системе:

1 – совсем не согласен(а)

2 – скорее не согласен(а)

3 – не уверен(а)

4 – скорее согласен(а)

5 – полностью согласен(а)

На вопрос 10 и 11 необходимо ответить в развернутом виде.

№	Вопрос (утверждение)	Баллы				
		1	2	3	4	5
1.	Мне было понятно, о чём говорили на занятиях					
2.	Информация была полезной и нужной мне.					
3.	Насколько комфортно вы себя чувствовали во время занятий?					

4.	Преподаватели вели занятия интересно и доброжелательно					
5.	Мне удобно было посещать занятия по времени и месту.					
6.	Были ли у вас сложности с выполнением рекомендаций после занятий?					
7.	Я готов(а) применять полученные рекомендации.					
8.	Я бы порекомендовал(а) другим пройти такую школу.					
9.	Что вам понравилось больше всего? Что вы хотели бы улучшить?					

Благодарим за участие! Желаем Доброго здоровья!

Критерии оценки организации обучения в школе здоровья по мнению пациента:

До 20 баллов Неудовлетворительно

21–30 баллов Удовлетворительно

31–39 баллов Хорошо

40–45 баллов Отлично

Список литературы

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

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