

Информация для цитирования:

Лобыкина Е.Н., Айкина Т.П., Маклакова Т.П., Лютина Е.И. ВОЗМОЖНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРЕРЕАБИЛИТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДИАБЕТОМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА БАЗЕ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ// Медицина в Кузбассе. 2025. №4. С. 104-109.

Лобыкина Е.Н., Айкина Т.П., Маклакова Т.П., Лютина Е.И.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России,
г. Новокузнецк, Россия



ВОЗМОЖНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРЕРЕАБИЛИТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДИАБЕТОМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА БАЗЕ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ

Успехи современной медицины, увеличение продолжительности жизни, признание медицинской реабилитации, как неотъемлемой и важной части лечения, привело к интенсивному развитию этой отрасли. Во многих странах внедряются новые подходы к организации реабилитационной помощи, в том числе населению с хроническими неинфекционными заболеваниями. Среди них особое внимание занимает предиабет и другие метаболические нарушения, имеющие тенденцию роста среди населения.

Цель работы – проанализировать систему организации реабилитационной помощи (пререабилитация и реабилитация) пациентов с предиабетом и метаболическим синдромом в условиях амбулаторного (третьего) этапа на базе Центра здоровья.

Результаты. Система оказания медицинской помощи при предиабете требует комплексного, мультидисциплинарного подхода, который обеспечивает длительную комплаентность пациентов к лечению предиабета, что определит долгосрочные результаты профилактики сахарного диабета 2 типа и коморбидной патологии. Такой подход может реализовываться на базе Центров здоровья. Использование его ресурсов – оборудования для оценки функциональных и адаптивных резервов здоровья и наличие мультидисциплинарной команды специалистов (диетолог, врач по медицинской профилактике, психолог, инструктор ЛФК) в сочетании с мультидисциплинарной реабилитационной командой и материально-технической базой отделения амбулаторной медицинской реабилитации медицинской организации обеспечивает преемственность наблюдения, доступность и качество медицинской помощи пациентам с предиабетом в структуре трехуровневой системы медицинской реабилитации в одном медицинском учреждении.

Заключение. Развитие третьего этапа медицинской реабилитации на базе Центров здоровья позволит повысить качество реабилитации, а концентрация лечебно-восстановительных средств и опытных специалистов – проводить одновременную коррекцию сопутствующей патологии, разъяснительную работу с пациентами для повышения комплаентности.

Ключевые слова: третий этап реабилитации; медицинская реабилитация; предиабет; пререабилитация; мультидисциплинарная реабилитационная команда; Центр здоровья

Lobykina E.N., Aikina T.P., Maklakova T.P., Lyutina E.I.

Novokuznetsk State Institute for Advanced Medical Studies, Novokuznetsk, Russia

POSSIBILITIES FOR IMPLEMENTING HEALTH-SAVING TECHNOLOGIES FOR PRE-REHABILITATION AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH PREDIABETES AND METABOLIC SYNDROME BASED ON HEALTH CENTERS

The successes of modern medicine, the increase in life expectancy, and the recognition of medical rehabilitation as an integral and important part of treatment have led to the intensive development of this industry. Many countries are implementing new approaches to the organization of rehabilitation care, including for people with chronic non-communicable diseases. Among these diseases, special attention is being paid to prediabetes and other metabolic disorders, which are on the rise among the population.

Purpose of work is to analyze the system of organizing rehabilitation care (pre-rehabilitation and rehabilitation) for patients with prediabetes and metabolic syndrome in the outpatient (third) stage at the Health Center.

Results. The system of medical care for prediabetes requires a comprehensive, multidisciplinary approach that ensures long-term patient compliance with the treatment of prediabetes, which will determine the long-term results of the prevention of type 2 diabetes and comorbid pathology. This approach can be implemented on the basis of Health Centers. The use of the Health Center's resources, including equipment for assessing functional and adaptive health reserves, and the availability of a multidisciplinary team of specialists (dietitian, medical prevention specialist, psychologist, and physical therapy instructor), combined with a multidisciplinary rehabilitation team and the medical organization's outpatient medical rehabilitation department's infrastructure, ensures continuity of care, accessibility, and quality of medical assistance for patients with prediabetes within a three-tier medical rehabilitation system in a single medical facility.

Conclusion. Development of the third stage of medical rehabilitation on the meringue of health centers improve the quality of rehabilitation. The set of medical and rehabilitation tools and experienced specialists will allow for simultaneous correction of concomitant pathology, explanatory work with patients to increase compliance.

Key words: third stage of rehabilitation; medical rehabilitation; prediabetes; pre-rehabilitation; multidisciplinary rehabilitation team; Health Center

Успехи современной медицины, увеличение продолжительности жизни, а также признание медицинской реабилитации как неотъемлемой и важной части лечения пациента привело к интенсивному развитию этой отрасли в большинстве стран мира. Реабилитация является одной из пяти основных стратегий здравоохранения, которая подходит для оказания услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [1]. В связи с ростом продолжительности жизни, распространения хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), с каждым годом реабилитация становится все более востребованным медицинским вмешательством.

Согласно оценкам зарубежных экспертов [2], каждому третьему жителю планеты реабилитация могла бы принести пользу. Поэтому ВОЗ призывает рассматривать медицинскую реабилитацию не только как помощь людям с инвалидностью или долгосрочными нарушениями здоровья, а в качестве базовых услуг здравоохранения, предназначенных для всех лиц, имеющих острые или хронические заболевания, расстройства или травмы, которые ограничивают функциональные возможности человека.

В 2017 г. ВОЗ приступила к осуществлению инициативы «Реабилитация-2030», призывая всех объединить усилия в целях повышения эффективности управления, формирования многопрофильных кадровых ресурсов, расширения сбора данных и научных исследований в области реабилитации. Одними из приоритетных направлений являются: включение реабилитации в систему всеобщего охвата услугами здравоохранения; создание комплексных моделей предоставления реабилитационных услуг, включая вспомогательные средства, для всего населения, в том числе в сельских и отдаленных районах.

Во многих странах внедряются новые подходы к организации реабилитационной помощи, в том числе населению с неинфекционными заболеваниями [3]. В ряде стран выделяют преабилитацию (prehabilitation) — помощь перед медицинским вмешательством, например перед хирургической операцией, для снижения рисков и побочных эффектов [4].

Для повышения ее доступности в некоторых странах введена реабилитация на дому, гибридные модели (для реабилитации дома, в офисе) [5]. Эффективность каждой из моделей интеграции медицинской реабилитации в систему ПМСП активно изучаются, внедряются передовые цифровые технологии, позволяющие повысить доступность медицинских услуг.

С целью повышения доступности и эффективности медицинской реабилитации в США, Австралии, Китае, Италии активно развиваются телереабилита-

ция, система телеупражнений в реабилитации, система удаленного мониторинга [5-7], контроль физиологических показателей с использованием мобильных датчиков и устройств, внедрение технологии искусственного интеллекта в программы реабилитации [6, 8]. Так, в Германии стартовал проект по разработке способов проведения дистанционной, персонализированной реабилитации, подразумевающий создание программы на базе искусственного интеллекта с целью удаленного контроля показателей здоровья пациентов [9].

Динамика процесса развития реабилитации, особенно в российском здравоохранении, ставит вопрос об оптимальных подходах реабилитационного процесса. Основные принципы профилактики ХНИЗ в России, в т.ч. маршрутизация пациентов, представлены в национальном руководстве по профилактике [10, 11]. Между тем, на фоне дефицита финансов и кадров, роста заболеваемости ХНИЗ, потребность в реабилитационных услугах не удовлетворяется в полной мере [11], поэтому широкие возможности использования ресурсов работающих по всей стране Центров здоровья (ЦЗ), развитие инновационных технологий определяют необходимость организационных изменений в оказании реабилитационной помощи в том числе и пациентам с ХНИЗ. Необходимы разработка и реализация комплексных моделей медицинской реабилитации, в основе которых лежат пациентоориентированный и мультидисциплинарный подходы.

Активная профилактика и своевременное лечение лиц с нарушениями углеводного обмена — предиабетом и сахарным диабетом (СД) — для современного здравоохранения в настоящее время проблема крайне актуальная. Предиабет и СД относятся к социально-значимым ХНИЗ. В Государственном регистре РФ по СД зарегистрировано около 5,5 млн. пациентов, тогда как по данным эпидемиологического исследования «NATION», практически в половине случаев СД остается не диагностированным, а у 19,3% населения выявляется предиабет [12]. Настораживает рост нарушений углеводного обмена в молодом возрасте: около 40% случаев СД 2 типа выявляется в возрасте до 55 лет, что обусловлено высокой распространенностью ожирения среди населения и других факторов риска. Ежегодно выявляются до 300000-400000 новых случаев заболевания, преимущественно СД 2 типа.

Лица с предиабетом имеют крайне высокий риск развития СД 2 типа, а также повышенный риск микро- и макроангиопатий, высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от всех причин в сравнении с лицами с нормогликемией. Для предотвращения манифестации СД 2 типа, снижения коморбидной патологии, общей и сердеч-

но-сосудистой смертности необходимы реализация качественного диспансерного наблюдения пациентов с предиабетом, включающего четкую периодичность и объем обследования; контроль факторов риска; регулярное обучение пациентов, психологическую поддержку, воспитание приверженности к выполнению назначений как немедикаментозного, так и медикаментозного лечения.

Основные механизмы снижения заболеваемости СД лежат как в медицинской, так и социальной плоскости, главными из которых являются оказание медицинской помощи пациентам с предиабетом, избыточной массой тела и ожирением, в том числе их своевременная пререабилитация и реабилитация. Это будет способствовать снижению сроков временной нетрудоспособности, первичного выхода на инвалидность и, в целом, улучшению качества и продолжительности жизни пациентов.

В настоящее время недостаточно знаний об использовании реабилитационных программ для пациентов с ХНИЗ: ожирением, предиабетом и СД. В РФ отсутствует опыт организации помощи на этапе реабилитации таких пациентов, нет данных о комплексных программах и использовании современных технологий телемедицины. Между тем, система оказания медицинской помощи при данной патологии, в том числе предиабете, требует комплексного, мультидисциплинарного подхода. Только в этом случае можно надеяться на длительную комплаентность пациентов к рекомендуемому лечению и получению долгосрочных результатов профилактики сопутствующей сахарному диабету патологии.

Учитывая ежегодный рост заболеваемости ХНИЗ и предиабета в том числе, важно создать программу персонализированной, предиктивной, профилактической помощи, включающей высокотехнологичные звенья здравоохранения, технологии здоровьесбережения, систему всесторонней помощи и восстановления на каждом этапе наблюдения, в том числе на этапе пререабилитации и реабилитации. Учитывая разнообразие организационных структур и профессиональных направлений в здравоохранении, необходимо создание и внедрение в практику единого оптимального подхода к ведению пациентов с определенной нозологией.

На протяжении 15 лет (с 2009 г., времени открытия в РФ Центров здоровья (ЦЗ), в т.ч. и Кузбассе) на их базе постоянно проводится широкая работа по профилактике ХНИЗ: выявление факторов риска заболеваний, оценка функциональных параметров и состояния здоровья, разработка программ Школ здоровья с привлечением мультидисциплинарной команды специалистов (диетологов, психологов, психотерапевтов, инструкторов ЛФК), оценка и коррекция рационов питания, реализация программ по коррекции нарушений пищевого поведения (с помощью психологического тестирования с учетом состояния психоэмоциональной системы, типов темперамента и др.). Все ЦЗ (согласно стандарту оснащения ЦЗ в прил. Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных за-

болеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях, утвержденному приказом МЗ РФ от 29 октября 2020 г. N 1177н и Приказу МЗ РФ 788н от 31 июля 2020 г. «Порядок организации медицинской реабилитации взрослых») оснащены аппаратно-программным комплексом для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма с комплектом оборудования для измерения параметров физического развития; портативным индикатором внутриглазного давления; спирометром; пульсоксиметром; биоимпедансметром для анализа внутренних сред организма; системой скрининга сердца «Кардиовизор»; системой ангиологического скрининга и расчета плечелодыжечного индекса; анализатором окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина; компьютерной программой «Анализ состояния питания человека (Версия 1.2. ГУ НИИ питания РАМН).

Возможность проведения трехуровневой системы медицинской реабилитации в одном медицинском учреждении, в структуру которого входит ЦЗ, позволит расширить для пациентов преемственность наблюдения, доступность и качество медицинской помощи по медицинской реабилитации с использованием кадровых ресурсов и материально-технической базы медицинского учреждения. Так, использование ЦЗ при реализации комплексных программ уже показало свою целесообразность и эффективность. Например, в г. Новокузнецк, с использованием ресурсов ЦЗ была реализована комплексная целевая программа охраны здоровья студентов в период обучения в ВУЗе, которая показала свою эффективность по успеваемости (повышение с $3,50 \pm 0,39$ до $3,98 \pm 0,53$; $W = 7,87$), психическим, физическим, биохимическим показателям. В результате у студентов оптимизировался уровень ситуативной, личностной тревожности; снизилась частота совершаемых ошибок; повысились уровни сопротивляемости стрессу и адаптации, функциональные резервы дыхания, сердечно-сосудистой и нервной систем; нормализовались показатели экскреции йода и селена с мочой, кортизола в слюне ($p = 0,001$) [13].

Помимо этого, ресурсы ЦЗ используются как клиническая база в последипломном обучении медицинских работников. Так, в Новокузнецком государственном институте усовершенствования врачей была утверждена программа и включен в учебный процесс цикл повышения квалификации «Организация и методология ведения «Школ здоровья» для медицинских работников, которые проводят обучение населения в Школах здоровья [14]. Для повышения уровня профессиональных компетенций медицинских работников было предложено, помимо традиционных занятий, включить обязательное прохождение курсантами обследования в ЦЗ и использование полученных данных обследования для продолжения обучения уже в новом статусе — роли «пациента», что повысило вовлеченность обучающихся в учебный процесс, их компетентность и готовность

к успешному выполнению своих трудовых функций [15].

В связи с приведенным опытом реализации в ЦЗ (помимо их основных функций) комплексных программ оздоровления населения и обучения медицинских работников, становится возможной и реализация этапов реабилитационных мероприятий.

Для создания нового универсального этапа пререабилитации и реабилитации пациентов с ХНИЗ на базе ЦЗ и их последующего внедрения в практическое здравоохранение при оказании первичной медико-санитарной помощи населению необходимо решить следующие задачи:

- сформировать базу данных пациентов трудоспособного возраста с предиабетом и, возможно, метаболическим синдромом среди населения;

- сформировать группы пререабилитации: группа пациентов с предиабетом, группа пациентов с предиабетом и ожирением, подлежащих бариатрической хирургии, группа пациентов с предиабетом, нуждающихся в любом оперативном лечении (эндопротезирование, онкологические операции и др.);

- оценить с помощью созданной или входящей в структуру отделения амбулаторной медицинской реабилитации медицинской организации мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК) психологические, поведенческие и социальные факторы развития предиабета, определить контролируемые показатели состояния здоровья (антропометрические, лабораторные, инструментальные методы), сопутствующую патологию, регулярность контроля (в т.ч. дистанционного), периодичность приемов, необходимость инициации медикаментозной терапии;

- разработать унифицированную программу пререабилитации и реабилитации пациентов с предиабетом с использованием системы дистанционного мониторинга, телемедицинских технологий, которая может быть использована при пререабилитации и реабилитации пациентов с другими ХНИЗ.

Для решения поставленных задач пререабилитации необходимо использовать и ресурсы отделений амбулаторной медицинской реабилитации медицинской организации: имеющееся оборудование (кардиотренажер эллиптический; аппарат продолжительной пассивной/активной мобилизации; велотренажер; велоэргометр медицинский; дорожку беговую электрическую; аппаратно-программный мультимедийный комплекс «Девирта») и МДРК, в состав которой должны входить врач физической реабилитационной медицины, психолог, инструктор ЛФК, физиотерапевт, эндокринолог, диетолог и, при необходимости, с привлечением других узких специалистов (кардиолог, невролог, травматолог и т.д.).

Для разработки программ ведения пациентов и оказания помощи необходим анализ распространенности коморбидности, реальных потребностей пациентов с предиабетом в плане реабилитационных мероприятий. Унифицированная программа пререабилитации и реабилитации пациентов с предиабетом, позволяющая снизить риски развития СД и другой коморбидной патологии, сокращения сроков временной нетрудоспособности и выхода на инвалидность данной категории пациентов, должна включать:

способности и выхода на инвалидность данной категории пациентов, должна включать:

- создание единой базы пациентов с предиабетом и сопутствующими заболеваниями с последующим анализом эпидемиологических и демографических показателей, на основании которого будут сформированы группы пациентов;

- формирование групп наблюдения пациентов, нуждающихся в пререабилитации и реабилитации;

- проведение мультидисциплинарного обследования с использованием международной классификации функционирования жизнедеятельности и здоровья в каждой из сформированных групп для выявления функциональных нарушений у пациентов, нуждающихся в пререабилитации и реабилитации: определение био-психо-социального статуса пациентов с использованием смарт-опросников; диагностика метаболических нарушений в выделенных группах пациентов;

- разработку индивидуальной программы питания, двигательной активности;

- мотивирование пациентов на усиление самоконтроля за выявленными нарушениями, предотвращение прогрессирования развития осложнений, снижение сроков временной нетрудоспособности и первичного выхода на инвалидность;

- проведение медицинской реабилитации сотрудниками МДРК.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, включение ЦЗ в реабилитационный процесс, использование его ресурсов является проспективным подходом в пререабилитации и реабилитации пациентов с предиабетом. Разработка и практическая реализация программ пререабилитации и реабилитации пациентов с совместным использованием и ресурсов отделения амбулаторной медицинской реабилитации медицинской организации (оборудования и МДРК) и возможностей ЦЗ (обследование, наблюдение в Школах здоровья, мультидисциплинарная команда) позволят снизить нагрузку на первичное звено здравоохранения, расширить возможности оказания медицинской помощи, улучшить качество жизни пациентов данной категории, предотвратить развитие осложнений и первичный выход на инвалидность. Развитие третьего этапа медицинской реабилитации на базе ЦЗ будет способствовать повышению качества реабилитации, а концентрация лечебно-восстановительных средств и опытных специалистов — проводить одновременную коррекцию сопутствующей патологии, разъяснительную работу с пациентами для повышения комплаентности.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Primary health care: transforming vision into action – Operational framework. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2018.
2. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020; 396(10258): 1204-1222. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9
3. Modern approaches to the formation of rehabilitation systems: a review of foreign experience: an expert review [Electronic resource] // [E.I. Aksenova et al.]. Electron. text data. M.: GBU «NIIOZMM DZM», 2024. 47 p. Russian (Современные подходы к формированию систем реабилитации: обзор зарубежного опыта: экспертный обзор [Электронный ресурс] // [Е.И. Аксенова и др.]. Электрон. текстовые дан. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024.) URL: <https://niiouzmm.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/obzory>
4. Durrand J, Singh SJ, Danjoux G. Prehabilitation. *Clin Med (Lond)*. 2019; 19(6): 458-464. doi: 10.7861/clinmed.2019-0257
5. Seijas V, Maritz R, Fernandes P, Bernard RM, Lugo LH, Bickenbach J, Sabariego C. Rehabilitation delivery models to foster healthy ageing—a scoping review. *Front Rehabil Sci*. 2024; 5: 1307536. doi: 10.3389/fresc.2024.1307536
6. Willingham TB, Stowell J, Collier G, Backus D. Leveraging Emerging Technologies to Expand Accessibility and Improve Precision in Rehabilitation and Exercise for People with Disabilities. *Int J Environ Res Public Health*. 2024; 21(1): 79. doi: 10.3390/ijerph21010079
7. Arntz A, Weber F, Handgraaf M, Lällä K, Korniloff K, Murtonen KP, et al. Technologies in Home-Based Digital Rehabilitation: Scoping Review. *JMIR Rehabil Assist Technol*. 2023; 10: e43615. doi: 10.2196/43615
8. Hwang R, Gane EM, Morris NR. No transport? No worries! Cardiac telerehabilitation is a feasible and effective alternative to centre-based programs. *Heart Fail Rev*. 2023; 28(6): 1277-1284. doi: 10.1007/s10741-023-10301-w
9. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021; 396(10267): 2006-2017. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32340-0
10. Grechushkina NA. Podkhody k reabilitatsii patsiyentov s neinfektsionnymi zabolevaniyami: obzor zarubezhnykh praktik i programm: ekspertnyy obzor. Gosudarstvennoye byudzhethnoye uchrezhdeniye goroda Moskvy „Nauchno-issledovatel’skiy institut organizatsii zdavookhraneniya i meditsinskogo menedzhmenta Departamenta zdavookhraneniya goroda Moskvy. 2023. Russian (Гречушкина Н.А. Подходы к реабилитации пациентов с неинфекционными заболеваниями: обзор зарубежных практик и программ: экспертный обзор // ГБУ НИИОЗММ ДЗМ. 2023.)
11. Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, Avdeev SM, Agaltsov MV, Alexandrova LM, et al. Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National guidelines 2022. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022; 21(4): 3235. Russian (Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., Авдеев С.Н., Агальцов М.В., Александрова Л.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
12. Dedov II, Shestakova MV, Galstyan GR. The prevalence of type 2 diabetes mellitus in the adult population of Russia (NATION study). *Diabetes mellitus*. 2016; 19(2): 104-112. Russian (Дедов И.И., Шестакова М.В., Галстян Г.Р. Распространенность сахарного диабета 2 типа у взрослого населения России (исследование NATION) // Сахарный диабет. 2016. Т. 19, № 2. С. 104-112.) doi: 10.14341/DM2004116-17
13. Proskuryakova LA, Lobykina EN. Assessment of risk for disordered eating behavior and the specific features of nutrition in students with different levels of trait anxiety. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2019; 22(6): 80-85. Russian (Проскурякова Л.А., Лобыкина Е. Н. Оценка риска нарушений пищевого поведения и особенности питания студентов с различным уровнем личностной тревожности // Профилактическая медицина. 2019. Т. 22, № 6. С. 80-85.) doi: 10.17116/profmed20192206180
14. Lobykina EN, Proskuriakova LA. K voprosu o profilakticheskom konsultirovanii naseleniia v Shkolakh zdorovia. *Rol pervichnoi meditsinskoj profilaktiki v ukreplenii obshchestvennogo zdorovia: Mater. Vseros. nauch.-prakt. konf*. 2018. S. 79-80. Russian (Лобыкина Е.Н., Проскурякова Л.А. К вопросу о профилактическом консультировании населения в Школах здоровья // Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья: Матер. Всерос. науч.-практ. конф. 2018. С. 79-80.)
15. Lobykina EN, Shapovalova NA. Povyshenie effektivnosti obucheniia meditsinskikh rabotnikov po razlichnym aspektam zdorovogo obraza zhizni (na primere tsikla povysheniia kvalifikatsii «Organizatsiia Shkol zdorovia dlia patsiyentov s alimentarno-zavisimymi zabolevaniyami»). *Pedagogy of professional medical education*. 2023; 23(4): 15-20. Russian (Лобыкина Е.Н., Шаповалова Н.А. Повышение эффективности обучения медицинских работников по различным аспектам здорового образа жизни (на примере цикла повышения квалификации «Организация Школ здоровья для пациентов с алиментарно-зависимыми заболеваниями») // Педагогика профессионального медицинского образования. 2023. Т. 23, № 4. С. 15-20.)

Сведения об авторах:

ЛОБЫКИНА Елена Николаевна, доктор мед. наук, профессор кафедры гигиены, эпидемиологии и здорового образа жизни, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: len67@mail.ru

Information about authors:

LOBYKINA Elena Nikolaevna, doctor of medical sciences, professor of the department of hygiene, epidemiology and healthy lifestyle, Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia. E-mail: len67@mail.ru

АЙКИНА Татьяна Петровна, ассистент кафедры медицинской реабилитации, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: aikina_tatyana@icloud.com
МАКЛАКОВА Татьяна Петровна, доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: maklakovat@yandex.ru

ЛЮТИНА Елена Ивановна, доктор мед. наук, профессор кафедры педиатрии и неонатологии, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.
E-mail: elenalutina@mail.ru

AIKINA Tatyana Petrovna, assistant at the department of medical rehabilitation, Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia. E-mail: aikina_tatyana@icloud.com
MAKLAKOVA Tatyana Petrovna, doctor of medical sciences, professor of the department of endocrinology and diabetology, Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia.
E-mail: maklakovat@yandex.ru

LUTINA Elena Ivanovna, doctor of medical sciences, professor of the department of pediatrics and neonatology, Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia.
E-mail: elenalutina@mail.ru

Корреспонденцию адресовать: ЛОБЫКИНА Елена Николаевна, 654005, г. Новокузнецк, пр. Строителей, д. 5, НГИУВ-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
Тел: 8 (3842) 45-13-44 E-mail: len67@mail.ru