

УДК 614.2:616-084

НЕОБХОДИМОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТА НОВОГО ПРОФИЛЯ В ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРОДЛЕНИЯ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ

^{1,2}Репко Е.В.

¹АНО НИМЦ «Геронтология», г. Москва

²Центр антивозрастных технологий «Эверджен», г. Москва

В статье обосновывается потребность в новой штатной единице первичного звена здравоохранения — тренере профилактики здоровья, интегрирующем компетенции доврачебной функциональной диагностики, физиологии физической нагрузки и оздоровительного консультирования. Анализируется существующий разрыв между системой медицинской профилактики и фитнес-индустрией, приводящий к росту неинфекционной коморбидности, раннему старению и негативной демографической динамике. Рассматривается американская модель клинического физиолога упражнений (Clinical Exercise Physiologist, CEP) как частичный прототип, однако требующий существенного расширения полномочий для автономного первичного скрининга и допуска к фитнесу. Детально описан диагностический инструментарий, позволяющий тренеру профилактики здоровья самостоятельно определять группу здоровья и назначать комплексные профилактические программы, включающие фитнес, коррекцию питания, нутрицевтическую поддержку, фитотерапию, гомеопатию, оптимизацию сна и модификацию социально-бытовых факторов. Приводится сравнительный анализ функционала нового специалиста с инструктором ЛФК и фитнес-тренером. Показано, что внедрение такого специалиста способно нормализовать демографическую ситуацию, продлить период активного возраста и замедлить развитие коморбидности.

Ключевые слова: активное долголетие, хронические неинфекционные заболевания, тренер профилактики здоровья, первичное звено здравоохранения, функциональная диагностика, стратификация риска, фитнес, нутрицевтики

INTEGRATING A NEW HEALTHCARE SPECIALIST INTO PRIMARY CARE: A STRATEGY FOR PREVENTING CHRONIC DISEASES AND FOSTERING ACTIVE LONGEVITY

^{1,2}Репко Е.В.

¹Research Medical Centre «GERONTOLOGY», Moscow

²Centre for Anti-Ageing Technologies of «Evergen», Moscow

This article substantiates the need for a new staff position in primary health care — a Health Prevention Coach, integrating competencies in pre-medical functional diagnostics, exercise physiology, and wellness counseling. The analysis reveals an existing gap between the medical prevention system and the fitness industry, which leads to an increase in non-communicable comorbidity, premature aging, and negative demographic trends. The American model of the Clinical Exercise Physiologist (CEP) is examined as a partial prototype; however, it requires a significant expansion of authority to enable autonomous primary screening and fitness clearance. The diagnostic toolkit is described in detail, allowing the Health Prevention Coach to independently determine health status groups and prescribe comprehensive preventive programs, including fitness, nutritional correction, nutraceutical support, phytotherapy, homeopathy, sleep optimization, and modification of socio-environmental factors. A comparative analysis of the new specialist's functions with those of a physical therapy instructor and a fitness trainer is provided. It is

demonstrated that the introduction of such a specialist can help normalize the demographic situation, extend the period of active age, and slow the development of comorbidity.

Keywords: active longevity, noncommunicable diseases, health prevention coach, primary health care, functional diagnostics, risk stratification, fitness, nutraceuticals

Введение. Демографическая ситуация в России характеризуется неуклонным старением населения и высокой распространенностью хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), которые дебютируют уже в среднем возрасте и стремительно сокращают период активного долголетия [1]. Физическая активность, рациональное питание, управление стрессом и коррекция образа жизни признаны наиболее эффективными и экономически выгодными стратегиями первичной профилактики. Однако существующая система здравоохранения не имеет специалиста, который сочетал бы компетенции клинической оценки функционального состояния и полномочия самостоятельно, без предварительного врачебного направления, определять готовность гражданина к оздоровительным программам и сопровождать его в долгосрочной перспективе.

Инструктор ЛФК работает исключительно по назначению врача с уже диагностированной патологией, фитнес-тренер — только с практически здоровыми людьми и не имеет доступа к медицинской информации. Между ними образуется «серая зона», в которую попадают миллионы условно здоровых лиц и пациентов с компенсированными ХНИЗ, не получающих ни безопасного допуска к нагрузкам, ни индивидуализированных рекомендаций по питанию, нутрицевтической поддержке, фито- и гомеопатической коррекции, гигиене сна и социально-бытовой адаптации.

Цель настоящей работы — обосновать необходимость и разработать функциональный портрет специалиста нового профиля — тренера профилактики здоровья, способного устранить указанный разрыв.

Результаты и обсуждение.

Разрыв между медициной и фитнесом как фактор раннего старения

Отечественная модель первичной профилактики ХНИЗ, реализуемая через центры здоровья и отделения медицинской профилактики, преимущественно ограничивается анкетированием, измерением артериального давления, определением индекса массы тела и кратким советом «больше двигаться». Полноценное нагрузочное тестирование, оценка резервов кардиореспираторной системы, состава тела, уровня соматического здоровья и, главное, формирование долгосрочной стратегии

двигательной активности, нутритивной поддержки и психогигиены в этих структурах не предусмотрены. В результате даже мотивированный гражданин не получает четкого, безопасного и персонализированного маршрута оздоровления.

Фитнес-индустрия, обладая инфраструктурой и кадрами, не может легально и безопасно работать с лицами, имеющими факторы риска или компенсированные заболевания. Фитнес-тренер не владеет методами скрининговой функциональной диагностики, не обучен интерпретировать показатели вариабельности сердечного ритма, данные спирометрии, результаты ортостатических проб и не вправе давать заключение о допуске к нагрузкам для лиц старше 45 лет сотягощенным анамнезом [2]. Это порождает двоякий негативный эффект: с одной стороны, гиподинамия и отсутствие адресных профилактических программ ускоряют формирование коморбидности, саркопении, остеопороза и когнитивного дефицита; с другой — неадекватно подобранная нагрузка в фитнес-клубах провоцирует декомпенсацию скрытых патологий, что также ухудшает демографические показатели.

Американский прототип — Clinical Exercise Physiologist

В Соединенных Штатах Америки с 1990-х годов институализирована фигура клинического физиолога упражнений (Clinical Exercise Physiologist, CEP) с магистерским уровнем образования, аккредитацией Американского колледжа спортивной медицины (ACSM) и обязательной клинической практикой не менее 600 часов в кардиологической и легочной реабилитации. CEP владеет навыками проведения нагрузочных проб, интерпретации ЭКГ, стратификации сердечно-сосудистого риска и разработки долгосрочных программ упражнений для пациентов с множественными хроническими заболеваниями. Ключевым ограничением американской модели, однако, является то, что CEP действует строго по направлению врача и в составе реабилитационной команды, не имея права первичного скрининга и самостоятельного допуска к оздоровительным программам [3]. Для российских условий требуется специалист с более широкими полномочиями, способный стать «первым фильтром» на пути от поликлиники к фитнесу и комплексному оздоровлению.

Тренер профилактики здоровья: диагностический инструментарий и право первичного допуска

Принципиальным отличием тренера профилактики здоровья от инструктора ЛФК и фитнес-тренера является его способность автономно, без предварительного врачебного направления, проводить скрининговую функциональную диагностику и на

ее основании относить гражданина к группам «здоров — допущен к фитнесу», «требуется врачебная консультация» или «противопоказания к отдельным видам нагрузок». Диагностический инструментарий, находящийся в компетенции тренера профилактики здоровья, включает неинвазивные, валидированные и безопасные методы, не требующие врачебной лицензии, но в совокупности, дающие объективную картину функциональных резервов организма:

1. Антропометрия и анализ состава тела — измерение массы тела, окружности талии и бедер, расчет индекса массы тела; биоимпедансометрия для оценки процентного содержания жировой, мышечной и костной ткани, уровня висцерального жира, основного обмена и гидратации.

2. Оценка уровня соматического здоровья по Г.Л. Апанасенко — интегральная методика, включающая индексы: Кетле (масса/рост), Робинсона (двойное произведение в покое), Скибинского ($\text{ЖЕЛ} \times \text{время задержки дыхания} / \text{ЧСС}$), Шаповаловой, время восстановления ЧСС после 20 приседаний за 30 с. Данная система позволяет без лабораторных и инструментальных затрат разделить обследуемых на пять уровней здоровья и выделить лиц с низкими резервами, требующих врачебного обследования [4,5,6,7,8].

3. Функциональные пробы сердечно-сосудистой системы — ортостатическая проба, проба Мартине-Кушелевского (20 приседаний с контролем ЧСС, АД и времени восстановления), степ-тест (субмаксимальный нагрузочный тест с оценкой индекса Гарвардского степ-теста), тест 6-минутной ходьбы для определения толерантности к физической нагрузке. Проба с задержкой дыхания на вдохе (Штанге) и выдохе (Генчи) дает представление о резервах кардиореспираторной системы.

4. Инструментальный скрининг — пульсоксиметрия в покое и после нагрузки, измерение артериального давления на обеих руках, портативная спирометрия с определением жизненной емкости легких и объема форсированного выдоха, кистевая динамометрия для оценки мышечной силы (маркер саркопении), плантография для выявления нарушений опорно-двигательного аппарата.

5. Опросники и шкалы — валидированные русскоязычные версии: опросник качества жизни SF-36, Международный опросник физической активности IPAQ, шкала оценки риска падений (для лиц старше 60 лет), скрининг нутритивного статуса (MNA-SF), анкета оценки сна и дневной сонливости.

6. Определение биологического возраста — использование регрессионных моделей, включающих перечисленные функциональные и антропометрические показатели, что позволяет количественно оценить темп старения и эффективность профилактических программ в динамике.

На основании совокупности полученных данных тренер профилактики здоровья выносит мотивированное заключение: если все показатели находятся в границах возрастной нормы и отсутствуют «красные флаги» (выраженная гипертензия в покое, десатурация при нагрузке, аритмия, жалобы на ангинозные боли в анамнезе), клиент получает допуск к фитнес-программам и полному спектру оздоровительных рекомендаций. При выявлении отклонений формируется направление к профильному врачу с приложением результатов скрининга, что существенно ускоряет последующую маршрутизацию.

Комплексная профилактическая программа: расширенные полномочия

После подтверждения статуса «здоров» тренер профилактики здоровья самостоятельно разрабатывает и реализует долгосрочную программу, охватывающую не только физическую активность, но и все модифицируемые факторы риска:

- 1) фитнес-программа с дозированием по частоте, интенсивности, времени и типу нагрузки, включающая аэробный, силовой, координационный и гибкостный компоненты;
- 2) коррекция питания на основе нутрициологического анализа пищевого дневника с рекомендациями по макро- и микронутриентному составу, режиму приема пищи;
- 3) нутрицевтическая и БАД-терапия — персонализированное назначение витаминно-минеральных комплексов, омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, пробиотиков, адаптогенов в рамках зарегистрированных биологически активных добавок, не являющихся лекарственными средствами;
- 4) фитотерапия и гомеопатия — использование стандартизованных фитопрепаратов и гомеопатических средств в оздоровительных протоколах для коррекции субклинических нарушений (астения, легкая тревожность, диспепсия, нарушения адаптации), с опорой на принципы комплементарной медицины.
- 5) оптимизация сна — гигиенические рекомендации, хронотипирование, поведенческая коррекция инсомнии немедикаментозными методами;

б) коррекция социально-бытовых устоев — консультирование по режиму труда и отдыха, управлению стрессом, отказу от вредных привычек, формированию здоровой семейной и бытовой среды.

Таким образом, тренер профилактики здоровья реализует целостный подход к управлению здоровьем, объединяя двигательную, нутритивную, психогигиеническую и средовую составляющие, чего не делает ни один из существующих специалистов.

Отличие от инструктора ЛФК и фитнес-тренера

Для точного позиционирования нового специалиста необходимо четко разграничить его функции со смежными профессиями.

Инструктор ЛФК работает исключительно в медицинском учреждении с пациентами, имеющими верифицированный диагноз, в рамках лицензированной медицинской реабилитации, на ранних этапах восстановления. Его деятельность жестко регламентирована врачебным назначением, а методический арсенал ограничен конкретной нозологической формой. Задачи инструктора ЛФК не включают долгосрочный поведенческий коучинг, мотивационное сопровождение и удержание результата после завершения реабилитационного цикла, а также он не вправе назначать программы фитнеса, питания или БАД-терапии [9].

Фитнес-тренер в текущем правовом поле — специалист по работе со здоровыми людьми. Он не имеет законного доступа к медицинской документации, не проводит клинико-функциональный скрининг, не обладает компетенциями интерпретации ЭКГ, спирометрии и нагрузочных проб. Его услуги не покрываются системой обязательного медицинского страхования, и он не может легально сопровождать лиц с хроническими заболеваниями, равно как и давать рекомендации по нутрицевтикам и фитопрепаратам, которые могут трактоваться как медицинское вмешательство [10].

Тренер профилактики здоровья занимает уникальную нишу: он автономно, без рецепта врача, с помощью валидированного диагностического комплекса определяет функциональный статус человека, стратифицирует риск, выносит заключение о допуске к оздоровительным программам и назначает целостный профилактический курс, включающий фитнес, нутритивную поддержку, фито- и гомеопатические средства, нормализацию сна и коррекцию образа жизни. При этом тренер профилактики здоровья интегрирован в первичное звено здравоохранения, его услуги тарифицируются в системе ОМС/ДМС, что обеспечивает правовую защиту, доступность и преемственность. Именно такой специалист способен стать ключевым исполнителем

государственной стратегии профилактики, разгрузить врачей первичного приема и обеспечить безопасное массовое вовлечение граждан в оздоровительную активность.

Заключение. Внедрение в первичное звено здравоохранения тренера профилактики здоровья — специалиста с магистерской подготовкой, владеющего методами скрининговой функциональной диагностики и полномочиями самостоятельного допуска к оздоровительным программам, — является объективно назревшей мерой. Подобная инновация позволит ликвидировать опасный разрыв между медициной и фитнесом, обеспечить персонализированную профилактику ХНИЗ, замедлить темпы инволютивных процессов, отсрочить манифестацию гериатрических синдромов и тем самым увеличить продолжительность активной, трудоспособной жизни. Необходима разработка профессионального стандарта, утверждение магистерской образовательной программы и пилотное внедрение в многопрофильных поликлиниках и центрах общественного здоровья с последующей оценкой медико-демографической эффективности.

Список литературы

1. О Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения до 2030 года: Распоряжение Правительства Российской Федерации № 830-р от 07.04.2025. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
2. ГОСТ Р 56662–2015 «Услуги физкультурно-оздоровительные и спортивные. Требования безопасности потребителей к услугам фитнес-центра». – М.: Стандартиформ, 2019.
3. American College of Sports Medicine. Guidelines for Exercise Testing and Prescription (GETP 10) / American College of Sports Medicine. – 10th ed. – Philadelphia: Wolters Kluwer, 2018. – P. 7–8.
4. Сидорова Н. Ю., Кузнецов П. А. Сравнительный анализ показателей здоровья лиц зрелого возраста с использованием экспресс-системы Г. Л. Апанасенко // Вестник новых медицинских технологий. – 2022. – Т. 29, № 4. – С. 112–118.
5. Бондаренко А. Е. Индекс Кетле как скрининговый инструмент в программах мониторинга здоровья школьников // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2023. – Т. 68, № 3. – С. 62–67.

6. Ларина О. Б. Динамика индекса Робинсона при физической реабилитации пациентов после COVID-19 // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2025. – Т. 102, № 1. – С. 28–33.
7. Марченко В. В. Эффективность индекса Скибинского как предиктора кардиореспираторной дезадаптации у студентов с низкой двигательной активностью // Авиакосмическая и экологическая медицина. – 2026. – Т. 60, № 1. – С. 44–49.
8. Ковалёв В. В., Снегирёв А. А. Индекс Шаповаловой в структуре комплексного контроля физической подготовленности кадетов // Учёные записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2024. – № 10 (236). – С. 178–184.
9. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон № 323-ФЗ: принят Гос. Думой 21 нояб. 2011 г.: одобрен Советом Федерации 21 нояб. 2011 г. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс». – (Дата обращения: 11.08.2026).
10. Профессиональный стандарт «Специалист по фитнесу (фитнес-тренер)»: утвержден приказом Минтруда России от 21.12.2020 № 890н. – Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».