

О СОСТОЯНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ И ТРУДОУСТРОЙСТВА ВРАЧЕЙ-ГЕРИАТРОВ

© Виктор Степанович Мякотных, Валентина Валерьевна Ямпольская, Татьяна Анатольевна Боровкова

Уральский государственный медицинский университет. 620028, Россия, Екатеринбург, ул. Репина, д. 3

Контактная информация: Виктор Степанович Мякотных — д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии и гериатрии. E-mail: vmaykotnykh@yandex.ru

Поступила: 13.10.2021

Одобрена: 24.11.2021

Принята к печати: 17.12.2021

РЕЗЮМЕ: На примере Свердловской области рассматривается ситуация с профессиональной подготовкой и трудоустройством врачей-гериатров, сложившаяся в регионах Российской Федерации. Обсуждаются проблемы дефицита профессорско-преподавательского состава, несоответствия статуса врача-гериатра, подготовленного в клинической ординатуре, статусу этого специалиста, обученного через систему краткосрочной профессиональной переподготовки. Представлена ситуация с востребованностью и трудоустройством врачей-гериатров в лечебно-профилактических учреждениях в условиях нехватки специалистов первичного звена. Ставятся конкретные вопросы по поводу недостаточной определенности терминологии, предлагаемой к использованию в гериатрии, отсутствия разработки и применения в гериатрии специфических диагностических методов. Рассматриваются вопросы организации гериатрической службы в регионах России, исходя из конкретных особенностей административно-территориального деления. Предлагается дальнейшее динамичное совершенствование организационных мероприятий, направленных на развитие гериатрии, как необходимого направления медико-социальной работы в условиях нарастающего старения населения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: геронтология; гериатрия; пожилой; старческий возраст; обучение; организация; терминология.

THE STATE OF VOCATIONAL TRAINING AND EMPLOYMENT OF GERIATRIC DOCTORS

© Viktor S. Myakotnykh, Valentina V. Yampolskaya, Tatiana A. Borovkova

Ural State Medical University. 620028, Russia, Yekaterinburg, Repin str., 3

Contact information: Viktor S. Myakotnykh — MD, PhD, Professor of the Department of Faculty Therapy and Geriatrics. E-mail: vmaykotnykh@yandex.ru

Received: 13.10.2021

Revised: 24.11.2021

Accepted: 17.12.2021

ABSTRACT: The situation in the sphere of professional training and employment of geriatric doctors in the regions of the Russian Federation is viewed taken the Sverdlovsk region as an example. The problems of the shortage of teaching staff, the discrepancy between the status of a geriatrician trained in clinical residency and the status of these specialist trained through a system of short-term professional retraining are discussed. The article presents the situation with the demand for and employment of geriatric doctors in medical and preventive institutions in conditions of the shortage of primary care specialists. Specific questions are raised about the lack of certainty of the terminology proposed for use in geriatrics, lack of development and application of specific diagnostic methods in geriatrics. The issues of the organization of geriatric services in the regions of Russia are considered, based on the specific features of the administrative-territorial division. Further, dynamic improvement of organizational measures aimed at development of geriatrics as a necessary direction of medical and social work in the conditions of increasing aging of the population is proposed.

KEY WORDS: gerontology; geriatrics; elderly; senile age; training; organization; terminology.

ВВЕДЕНИЕ

Поводом к написанию данной статьи явилась ситуация с формированием и развитием гериатрической службы в регионах Российской Федерации на примере Свердловской области. Численность населения области на 1 января 2021 г. составляла 4 290 067 человек, из которых 987 486 (23,0%) — лица в возрасте старше 60 лет [18]. Уже одно это говорит о необходимости развития гериатрической службы в регионе и подготовке около 100 врачей-гериатров, исходя из существующих нормативов [11]. Но Свердловская область, как и другие регионы России, при непрекращающемся в течение многих лет и обострившемся в период пандемии коронавирусной инфекции дефиците медицинских и педагогических кадров столкнулись, к сожалению, с некоторыми проблемами на пути профессиональной подготовки, востребованности и трудоустройства врачей-гериатров. Часть этих проблем связана, на наш взгляд, с определенными недостатками разработанных в свое время федеральных приказов, положений и профессиональных стандартов, другая часть — с региональными особенностями становления гериатрической службы. Именно поэтому в пределах данной публикации мы постарались определить значение поставленных вопросов как для отдельно взятого региона, так и для страны в целом.

ТРУДНОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ГЕРИАТРИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Подготовка врачей по специальности 31.08.31 «Гериатрия» осуществляется в настоящее время в двух вариантах: 1) через профессиональную переподготовку; 2) через клиническую ординатуру. И если с первым вариантом обучения практически всё отработано в течение многих лет, то второй вызывает много нареканий и требует внесения серьезных изменений в существующие положения об ординатуре по гериатрии.

Возникшие проблемы с последипломным образованием врачей по специальности «Гериатрия» связаны, на наш взгляд, в основном с пресловутой «оптимизацией» штатного расписания медицинских вузов на федеральном уровне. Данная «оптимизация» привела, к сожалению, к объединению многих ранее самостоятельных кафедр, к сокращению численности преподавателей, к исчезновению из штата кафедр вспомогательных сотрудников, например, лаборантов, и даже к снижению уровня заработ-

ной платы при переводе ряда преподавателей с бюджетной на внебюджетную, хозрасчетную систему оплаты. В итоге обучение гериатрии в Уральском государственном медицинском университете осуществляется всего двумя преподавателями пенсионного возраста на кафедре факультетской терапии и гериатрии стоматологического факультета. Ранее, до 2015 г., существовала самостоятельная кафедра геронтологии и гериатрии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей, при значительно большем ($n=11$) количестве преподавателей, работавших как на бюджетной, так и на внебюджетной основе. Случившиеся преобразования не привели к улучшению образовательного процесса в целом, а наоборот создали комплекс проблем. И если ранее по вопросам гериатрии, а точнее терапии лиц пожилого и старческого возраста, проходили тематическое усовершенствование продолжительностью 144 часа (1 месяц обучения) на бюджетной основе практически все участковые терапевты Свердловской области и многие терапевты стационаров, то сейчас проводится обучение исключительно врачей-гериатров и только на внебюджетной основе. Казалось бы, всё логично, последипломным образованием терапевтов и других специалистов занимаются исключительно профильные кафедры. Но здесь то и присутствуют «подводные камни», представляющие собой отказ от обучения врачей-специалистов, в частности терапевтического профиля, основам геронтологии и гериатрии. А именно такое обучение представляется необходимым в условиях старения населения.

Очень важным является вопрос, связанный с подбором кандидатов для обучения специальности врача-гериатра по программе первичной переподготовки. Здесь основные проблемы связаны с кажущимся отсутствием острой необходимости в данных специалистах по сравнению, например, с участковыми терапевтами и/или педиатрами. В Свердловской области на сегодняшний день не хватает 780 специалистов первичного звена. Кадровый дефицит приводит к тому, что руководители лечебно-профилактических учреждений, с одной стороны, вынуждены выполнять распоряжения вышестоящих инстанций, в частности Минздрава России, о создании гериатрических подразделений на базе вверенных им учреждений, с другой — направлять на переобучение, а впоследствии трудоустроить врачей, более необходимых, с точки зрения руководства, в качестве специалистов первичного звена. В итоге на профессиональную переподготовку направляются врачи либо откровенно не

желающие работать впоследствии гериатрами, либо те, которые в ближайшей и отдаленной перспективе в силу ряда обстоятельств не могут быть привлечены к активной трудовой деятельности: пенсионеры, беременные, воспитывающие маленьких детей, временно проживающие в данном регионе и т.д. Так, в учебных аудиториях появляются «студенты» в возрасте 74–75 лет с 50-летним врачебным стажем, часто сами страдающие хроническими возраст-ассоциированными заболеваниями. Закономерно возникает мысль о том, что для обучения специальности гериатра нередко направляются люди «по остаточному принципу», и мы постоянно констатируем данные факты, о которых сообщалось в наших предыдущих публикациях [4]. Практически ничего не изменилось за прошедшие годы, средний возраст переобучаемых врачей составляет $52,16 \pm 8,2$ года. Но так или иначе, через 4 месяца обучения выпускается дипломированный врач-гериатр, который в лучшем случае в направившем его на учебу лечебно-профилактическом учреждении занимается практически тем, чем он занимался ранее, работая в должности участкового терапевта, т.е. первичной диагностикой и лечением преимущественно пожилых пациентов, составляющих свыше 50% контингента любой поликлиники. В самом худшем случае такой специалист вообще покидает медицину как таковую, так как ему предстоит тяжелая процедура аккредитации по вновь приобретенной специальности, к которой в силу возраста, накопленных собственных заболеваний он попросту психологически, да и физически, не готов [8]. Даже при условии создания кабинета гериатрического приема или небольшого гериатрического стационара мало что меняется по сравнению с ранее существовавшими терапевтическими службами. Более того, часть рабочей недели или рабочего дня такой врач нередко работает в качестве терапевта, другую часть — в качестве гериатра. И это всем удобно — самому врачу, его руководству, наконец, пациентам. И ничего плохого нет в том, что этот врач всего за 4 месяца обучения получил или укрепил свои знания в области геронтологии и гериатрии. Руководителям всех звеньев здравоохранения просто нужно пересмотреть свое отношение к выбору кандидатов на профессиональную переподготовку по гериатрии. Необходимо учитывать дальнейшие перспективы использования специалистов данного профиля, возможность создания полноценной гериатрической службы с реабилитационными, социально-психологическими, паллиативными подразделениями при необходимом штате подготов-

ленных сотрудников, как это прописано в Приказе Минздрава России № 38н от 29.01.2016 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “Гериатрия”» [11].

Иные проблемы возникают у лиц, обучающихся в клинической ординатуре по гериатрии. Именно здесь сталкиваются и переплетаются вопросы обучения, востребованности и трудоустройства. Большинство дипломированных врачей после ликвидации интернатуры приходят в ординатуру прямо со студенческой скамьи, не проработав ни одного дня в качестве врача любой специальности. При этом вчерашние студенты зачастую просто не знают, что же представляет собой гериатрия, так как в студенческие годы процесс подготовки конкретно по данному направлению попросту отсутствовал, а особенности работы с контингентом пожилого и старческого возраста преподавались отрывочно, применительно к основному образовательному направлению той или иной теоретической или клинической кафедры вуза. В итоге мотивация к получению врачебной специальности гериатра у вчерашнего студента либо отсутствует, либо ограничивается косметологическим аспектом возможных знаний и умений, которые можно будет получить в процессе обучения. Кроме того, отбор студентов в ординатуру по специальности «Гериатрия» проводится опять же по «остаточному принципу», и направляются на учебу в основном выпускники, набравшие при окончании вуза невысокие итоговые баллы и в связи с этим не сумевшие поступить в ординатуру по другой врачебной специальности.

Дефицит преподавателей гериатрии в сочетании с определенными накопившимися противоречиями между медицинским вузом и клиническими базами также не способствуют полноценной профессиональной подготовке. Связаны данные противоречия с целым рядом причин, основные из которых финансовые. Во-первых, работники клинической базы, в частности заведующие отделениями, врачи, никак материально не поощряются за работу с ординаторами, поэтому данная работа выполняется чисто формально, и этому есть обоснование. Помнится, в советских клиниках врачи, работавшие с ординаторами, получали надбавку в размере 10–30% основного заработка, пресловутой «ставки», и четко выполняли свои функции наставников. Во-вторых, при последипломном обучении врачей тех же клинических баз их руководители зачастую обязаны оплачивать образовательные услуги вуза, и это широко известно. А вот предоставляемые услуги клинической базы (поме-

щения, электроэнергия, отопление, телефонизация, подключение к компьютерной сети и т.д.) вуз не оплачивает никак, что вызывает обидное недовольство и даже раздражение руководителей клиник. Отсюда отсутствие большого желания принимать ординаторов и курсантов-врачей в стенах клиники. Выход видится либо в организации собственных клиник на базе медицинских вузов, либо в отказе этих вузов от материальных претензий к клиническим базам. И то, и другое реализовать пока сложно. В итоге страдает профессиональная подготовка врачей.

Еще одно обстоятельство стало весьма заметным как раз по отношению к ординатуре по специальности гериатрия — размежевание врачебных специальностей. Дело в том, что гериатрия является составной частью терапии, но по окончании клинической ординатуры по гериатрии врач может работать только гериатром, но никак не терапевтом. Для того чтобы получить специальность терапевта, он вновь должен проучиться 2 года в клинической ординатуре, но уже по терапии, хотя гериатрия — это тоже терапия, но по отношению к представителям пожилого и старческого возраста, и в учебные программы ординатуры по гериатрии включены те же разделы, что и в программы ординатуры по терапии. Более того, в программах по гериатрии предусмотрено получение определенных знаний и навыков по смежным специальностям — неврологии, психиатрии, онкологии и т.д. Априори подготовленный в ординатуре специалист-гериатр получает даже больший, чем терапевт, спектр знаний и умений, а вот сертифицироваться и/или аккредитоваться в качестве терапевта он не имеет права без очередного переобучения в ординатуре, но уже под названием «терапия». Зато данный врач-гериатр, согласно Приказу Минздрава России № 707н от 08.10.2015 (ред. от 04.09.2020) «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»», может через систему первичной переподготовки получить одну из семи врачебных специальностей: лечебная физкультура и спортивная медицина, остеопатия, рентгенология, рефлексотерапия, ультразвуковая диагностика, физиотерапия, функциональная диагностика [10]. Сложившаяся ситуация явилась, к сожалению, не только «тормозом» на пути выбора молодыми врачами специальности «Гериатрия», но и лишила возможности необходимого маневра врачебными кадрами руководителей

лечебно-профилактических учреждений. Оказалась ограниченной и возможность совместительства такого врача, т.к. далеко не во всех лечебно-профилактических учреждениях предусмотрено более 1,0 ставки гериатра, а по специальности «Терапия» указанный врач, закончивший ординатуру по гериатрии, работать не имеет права. С другой стороны, врач-терапевт может пройти первичную профессиональную переподготовку, стать гериатром, но при этом не потерять возможность работать в качестве терапевта. Отсюда всегда задаваемый поступающими в ординатуру по гериатрии выпускниками вуза вопрос: «Сможем ли мы через 2 года работать терапевтами?» Данный вопрос, к сожалению, пока остается без ответа. Почему бы на федеральном уровне не решить эту проблему, предусмотрев хотя бы возможность если не получения специальности терапевта сразу после окончания ординатуры по гериатрии, то хотя бы получения её после дополнительной профессиональной переподготовки в течение 3–4 месяцев? Это тем более реально в связи с тем, что профессиональный стандарт врача-гериатра похож по содержанию своей клинической составляющей на профессиональный стандарт врача-терапевта участкового [12, 13].

ОСОБЕННОСТИ ТЕРМИНОЛОГИИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В ГЕРИАТРИИ

В первую очередь хочется поделиться нашим мнением по поводу непрекращающихся споров о содержании понятия «старческая астения». Как показывает практика обучения врачей гериатрии, у последних постоянно складывается впечатление о том, что старческая астения — это единственный самостоятельный диагноз, который ставится врачами-гериатрами. Все остальные болезни, так называемые гериатрические синдромы, по мнению опытных врачей, проходящих первичную переподготовку по гериатрии, имеют только лишь определенные клинические особенности у представителей пожилого и старческого возраста по сравнению с таковыми у более молодых лиц. В перечень ведущих гериатрических синдромов включены: старческая астения, деменция, делирий, депрессия, остеопороз, саркопения, функциональные нарушения, снижение мобильности, нарушение равновесия, головокружение, ортостатический синдром, снижение зрения и слуха, недержание мочи и/или кала, конституционный синдром, недостаточность питания, обезвоживание, хронический болевой син-

дром [17]. Но пожилые пациенты с перечисленными заболеваниями и патологическими состояниями наблюдаются и лечатся у многих специалистов: терапевтов, психиатров, неврологов, ревматологов, урологов, офтальмологов, оториноларингологов и др. Отсюда периодически возникающие сомнения в самой необходимости создания специализированной гериатрической службы, которая видится многими её противниками в качестве очередного «лишнего звена». У известных российских гериатров также периодически возникают сомнения в правильности и логичности термина «старческая астения» для указания заболевания, обозначенного в Международной классификации болезней (МКБ-10) кодом R54 [5, 6, 19]. Но, с другой стороны, данный код R54 дословно в МКБ-10 звучит как «Старческий возраст без упоминания о психозе, старость без упоминания о психозе, старческая: астения, слабость». И уже это неоднозначное определение вызывает много вопросов, и этими вопросами нужно серьезно заняться, дабы не оказаться в ситуации дальнейшего отрицания гериатрии как медицинской специальности. Это тем более очевидно и в связи с тем, что понятие астении в медицинском аспекте согласно той же МКБ-10 относится к психиатрии, может возникнуть при большом количестве заболеваний и состояний в любом возрасте. Существует даже определение соматогенной астении в разделе психических заболеваний под кодом F06.6 «Органическое эмоционально-лабильное расстройство, обусловленное соматической болезнью». Чем не определение той же старческой астении, если рассматривать таковую в качестве патологии, обусловленной комплексом возраст-ассоциированных соматических заболеваний? По этой причине в клинических рекомендациях по старческой астении в первую очередь необходимо было бы разъяснить читателям основные различия старческой астении и иных вариантов данного патологического состояния — астении. Этого, к сожалению, не сделано, отсюда критика и недопонимание. Тем не менее термин «старческая астения» рекомендован ВОЗ (Всемирной организацией здравоохранения) к использованию с 1 января 2022 г. с переходным периодом до 2027 г. в рамках новой МКБ-11, о чем сообщил профессор А.Н. Ильницкий на заседании XXVI Международной научно-практической конференции «Пожилкой больной. Качество жизни» 30 сентября 2021 г. [2]. Данное решение ВОЗ позволяет официально использовать название «старческая астения» для обозначения описанного патологического состояния у лиц пожилого и старче-

ского возраста. Но при этом правильнее было бы обозначать данный термин не как отдельное заболевание, как это нередко практикуется сейчас, а как синдром старческой астении, формирующийся на основе многих возраст-ассоциированных заболеваний и патологических состояний.

Продолжить начатую работу по организации гериатрической службы, вероятно, нужно с серьезной переработки профессионального стандарта врача-гериатра с внесением в указанный стандарт перечня тех заболеваний, которые может и должен первично выявлять именно гериатр. В этом документе, к сожалению, недостаточно внимания уделяется психиатрической, неврологической, офтальмологической, оториноларингологической патологии, а между тем именно эти группы заболеваний, такие как деменция, болезни Паркинсона, Гентингтона, катаракта, глаукома, старческая тугоухость, составляют клиническую основу возраст-ассоциированной патологии и той же старческой астении.

Необходимо отчетливое разъяснение самого термина «старческая астения». Именно в неоднозначности понятия «астения», представленном в разных источниках, на наш взгляд, кроется причина неприятия рядом гериатров и врачей иных специальностей термина «старческая астения». Например, согласно определению, представленному в известном словаре иностранных слов, астения — это «физическая и психическая слабость, бессилие» [15]. В словаре русского языка С.И. Ожегова астения позиционируется как «состояние общей слабости организма, бессилие» [9]. Оба эти определения вполне соответствуют понятию «старческая астения» применительно к лицам пожилого и, в особенности, старческого возраста, и данные определения вполне можно было бы обозначить в качестве «дряхлости», на что вполне обоснованно указывается в публикации известного специалиста в области гериатрии Л.П. Хорошиной [19]. Тем не менее в известных публикациях, учебных пособиях и клинических рекомендациях последних лет синдром старческой астении рассматривается в качестве связанной с возрастом патологии, характеризующейся снижением физической и в целом функциональной активности, дефицитом адаптационных и восстановительных возможностей пациента. А к типичным клиническим проявлениям относят недостаточность питания и мышечной массы, склонность к падениям, снижение двигательной активности, когнитивные расстройства различной степени выражен-

ности [17]. Данное определение и его содержательная часть уже практически полностью соответствуют терминологии, представленной в известных словарях, хотя отличаются от привычного определения МКБ-10. Более того, рассматривая синдром старческой астении как результат ряда возрастных изменений, протекающих в организме, сторонники этого термина утверждают, что он не является обязательной составляющей процесса старения, а лишь неблагоприятным вариантом его развития, который зависит от ряда факторов риска, таких как хронические заболевания, нездоровый образ жизни, неблагоприятные социально-экономические условия. Можно оспорить и позиционирование всего трех ведущих факторов патогенеза синдрома старческой астении, а именно недостаточности питания (мальнутриция), дефицита мышечной массы (саркопения), уменьшения уровня физической активности вместе с метаболическим индексом. Этих факторов, по нашему мнению, значительно больше, хотя бы по отношению к психическому компоненту синдрома старческой астении (деменция, депрессия, психозы пожилого и старческого возраста). Здесь, вероятно, в качестве факторов риска синдрома старческой астении будут выступать и низкий уровень когнитивного резерва, и психологический тип личности, и отсутствие постоянного обучения, накопления знаний [6]. Все эти моменты следовало бы более подробно рассмотреть в ежегодно обновляющихся клинических рекомендациях, посвященных старческой астении. К сожалению, этого не происходит, хотя именно возраст-ассоциированные психические расстройства нередко воспринимаются в качестве ведущих клинических проявлений синдрома старческой астении. Может быть, это связано с тем, что гериатрия организационно включена в группу терапевтических специальностей наряду с гастроэнтерологией, нефрологией, кардиологией и др. При этом психоневрологический компонент гериатрии представлен недостаточно, хотя в клинической практике он занимает одно из ведущих мест. Также практически не представлены в гериатрических руководствах вопросы сексуальных отношений. Складывается мнение о том, что сексуальность в пожилом и старческом возрасте вообще не должна рассматриваться в качестве одной из важнейших составляющих человеческого бытия. Но в наших исследованиях, например, было показано, что возраст и сопутствующие ему даже самые тяжелые заболевания и их последствия в целом ряде случаев никак не влияют на интимную жизнь, и даже после перенесенного церебрального ин-

сульта не менее 45% лиц готовы продолжать свои сексуальные отношения [6, 7]. Ограничения же интимных отношений часто усугубляют психические отклонения, приводят к депрессии и даже суицидальным мыслям, в основе которых лежит фиксация на собственной «неполноценности».

ВОСТРЕБОВАННОСТЬ И ТРУДОУСТРОЙСТВО ВРАЧЕЙ-ГЕРИАТРОВ

Эти два понятия представляются неразделимыми. Именно востребованность данного специалиста определяет возможности его трудоустройства и дальнейшего карьерного роста. Но тут всё не так просто, как хотелось бы, исходя только из численности населения в возрасте старше 60 лет, проживающего на определенной территории. Хотелось бы, чтобы в каждом из 94 муниципальных образований Свердловской области в штате амбулаторно-поликлинического учреждения была предусмотрена должность врача-гериатра. И поэтому следовало бы пересмотреть нормы Приказа Минздрава России № 38н от 29.01.2016 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “Гериатрия”» с тем, чтобы они рассчитывались исходя из особенностей территориально-административного деления каждого региона России, а не только из числа лиц пожилого и старческого возраста, прикрепленных к определенной поликлинике или больнице [11]. Данное предложение связано еще с большими расстояниями между населенными пунктами, с транспортными проблемами. Пожилому больному человеку трудно добираться до нужного специалиста, и данный специалист должен находиться в пределах незатрудненной досягаемости.

Время от времени, с пугающим постоянством, поднимается вопрос о необходимости гериатрической службы как таковой. В условиях сохраняющегося кадрового дефицита создание и поддержание такой службы ещё более может усилить указанный дефицит, т.к. некий участковый терапевт, например, становится гериатром, а на место его бывшей работы приходится искать нового врача или же заменять его фельдшером, как это нередко практикуется. Вопросы востребованности и трудоустройства врачей-гериатров связаны также и с тем, что при понимании необходимости выделения в сфере здравоохранения специалиста, который бы занимался насущными проблемами здоровья лиц пожилого и старческого возраста остаются

не совсем понятными два аспекта — круг профессиональных обязанностей такого специалиста и предоставленные ему конкретные возможности и права. В разработанном профессиональном стандарте не очерчена подобная конкретика [12]. Отсюда возникающие нередко мысли о том, что почти всё, что может и должен выполнять врач-гериатр, уже давно выполняют участковые врачи-терапевты, но отнюдь не ставя себя в рамки возрастных ограничений, как это представляется в гериатрии.

Ни в одном из документов, относящихся к организации гериатрической службы, не прописана неукоснительная обязательность определения биологического возраста. Но ведь именно на основе определения данного биологического возраста строятся выводы о степени износа человеческого организма в любом календарном возрасте, в том числе у лиц с ускоренным, преждевременным, патологическим старением, и этим вопросам посвящено множество научных публикаций [5, 6]. Увеличение биологического возраста по отношению к календарному или же к должному для данной возрастной категории могло бы стать отправной точкой для проведения профилактических геропротективных мероприятий [20]. В этом видится основа современной гериатрии, её профилактическая направленность. Без определения биологического возраста диагноз ускоренного, преждевременного старения остается попросту субъективным предположением того или иного врача, несмотря на известные сомнительные критерии. Иногда это может оказаться простым результатом сравнения состояния здоровья пациента с состоянием собственного здоровья данного врача, в особенности при относительном совпадении половозрастных характеристик того и другого [8].

Акценты профессиональной деятельности врача-гериатра перенесены по существу на мероприятия по уходу за тяжелобольными лицами, процесс старения которых близок к своему завершению. И как бы мы не рассуждали о принципиальных различиях гериатрии и паллиативной медицины, на деле в аспекте содержательной части синдрома старческой астении лица пожилого и старческого возраста с указанной патологией скорее являются объектом деятельности специалиста в области паллиативной медицины, нежели гериатра. Не видится адекватной профилактической направленности гериатрии в связи с тем, что профилактика оказалась направленной на недопущение активного прогрессирования клинических проявлений пресловутой старческой астении, но ни-

как не на предотвращение её возникновения, в том числе на уровне так называемой «преастении». Данный совершенно неудачный, на наш взгляд, термин позаимствован из известной классификации Канадской рабочей группы по исследованию здоровья и старения США 2009, хотя прямой ссылки, указывающей на правомерность использования термина «преастения», мы в литературе не встречали. В представленном определении «преастении» указывается, что эта патология сопровождается интермиттирующим течением синдрома «старческой хрупкости», при котором наблюдаются частые обострения, выявляются соматические заболевания в стадии декомпенсации с выраженным снижением функциональных возможностей [17]. При таком прочтении остается непонятным, что же все-таки имеется в виду, что это за интермиттирующая патология по отношению к неуклонно прогрессирующему, как известно, старению.

В нашем медицинском вузе первичная профессиональная переподготовка врачей-терапевтов по специальности «Гериатрия» в объеме 576 часов проводилась, начиная со второй половины 90-х годов прошлого века. Но обучалось всего от 1 до 4 врачей в год, которые в своей основе работали в учреждениях соцзащиты (домах-интернатах для престарелых) либо в Госпитале для ветеранов войн. С 1 сентября 2019 г. началось осуществление проекта Минздрава России «Медицинские кадры России», после чего поток обучающихся значительно увеличился, и за 2 года в рамках названного проекта было обучено 39 человек, и еще 1 врач получил специальность гериатра через созданную также в 2019 г. клиническую ординатуру. Всего для работы в лечебно-профилактических и социальных учреждениях Свердловской области было подготовлено 52 врача-гериатра.

Представляют интерес количественные сопоставления подготовленных и трудоустроенных врачей-гериатров (рис. 1).

Очевидно, что полностью востребованными оказались врачи-гериатры в учреждениях социальной защиты ($n=4$; 100%). А вот из 48 подготовленных врачей для учреждений, относящихся к Министерству здравоохранения, работают по специальности только 21 (43,7%), из которых 11 (52,4%) — в Госпитале для ветеранов войн — Областном гериатрическом центре общей мощностью 1147 коек с поликлиникой, рассчитанной на 800 посещений в смену. И только 10 (47,6%) врачей-гериатров трудятся в лечебно-профилактических учреждениях г. Екатеринбурга и Свердловской области. При

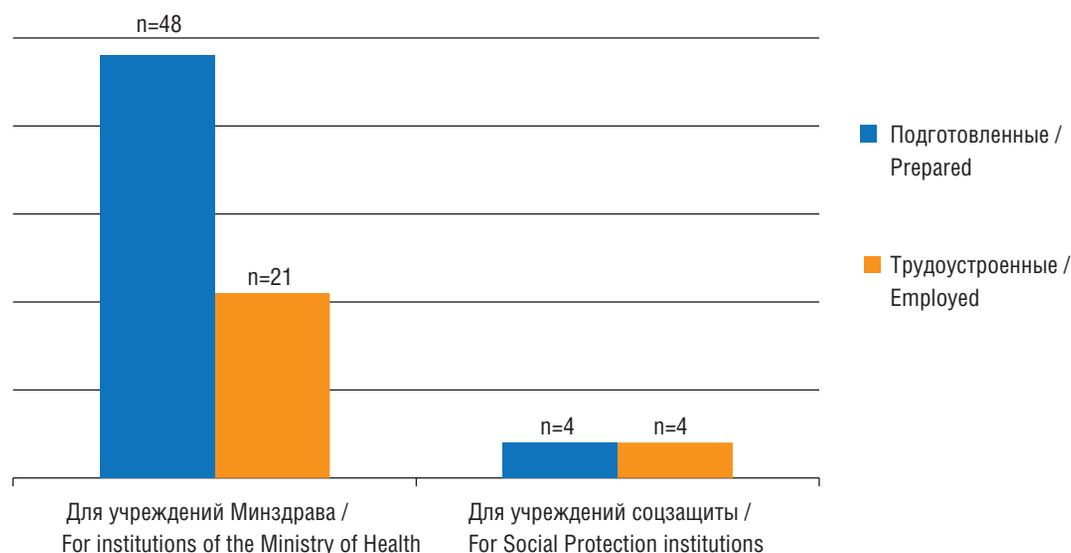


Рис. 1. Соотношение подготовленных и трудоустроенных врачей-гериатров

Fig. 1. The ratio of trained and employed geriatric doctors

этом исходя из того факта, что в регионе насчитывается 94 муниципальных образования с общим количеством населения пожилого и старческого возраста 987 486 человек, относительное число охвата населения этих образований территориальной гериатрической службой составляет всего 10,6%, что совершенно недопустимо. При сравнении числа работающих по специальности врачей-гериатров (n=21) с числом выделенных ставок в лечебно-профилактических учреждениях Свердловской области (n=68) дефицит составляет 47 (69,9%) специалистов. Разумеется, определенную роль в этом сыграла пандемия коронавирусной инфекции, но все-таки имеет значение и недостаточное количество врачей-гериатров, и низкие показатели их трудоустройства. Общее соотношение трудоустроенных и подготовленных по специальности врача-гериатра составляет 25:52 (48,1%), и это тоже низкий показатель. Для Свердловской области с её 94 муниципальными образованиями и численностью населения в возрасте старше 60 лет n=987 486 требуется еще как минимум 69 врачей-гериатров с их обязательным трудоустройством по указанной специальности и дополнительное выделение ещё порядка 30 врачебных ставок. В других территориальных образованиях Уральского федерального округа ситуация мало чем отличается от описанной. Например, в наиболее крупной после Свердловской Челябинской области численность населения в возрасте старше 60 лет по данным Росстата составила на 1 января 2021 г. 928 500 человек [14]. При этом из вы-

деленных 31,75 ставок врачей-гериатров заняты 25,75 (81,1%), но и эти специалисты работают в настоящее время с больными коронавирусной инфекцией. Согласно нормативам Приказа Минздрава России № 38н от 29.01.2016 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “Гериатрия”» такого количества выделенных гериатрических ставок совершенно недостаточно [11]. Их необходимо втрое больше исходя из численности пожилого населения Челябинской области. Так или иначе, но эти вопросы придется решать и на уровне Минздрава России, и на уровне региональных ведомств. Все ранее имевшие место эпидемии когда-то заканчивались, закончится и настоящая пандемия. А неуклонно увеличивающееся число лиц пожилого и старческого возраста останется, и потребуются хорошо организованная гериатрическая помощь, территориально приближенная к месту жительства каждого пациента.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В ГЕРИАТРИИ

При всем многообразии методов диагностики, позиционируемых в гериатрии, принципиально новой, именно гериатрической их составляющей, оказывается определение индекса «старческой хрупкости» в рамках комплексного гериатрического осмотра, подкрепляемого результатами традиционных инструментальных и лабораторных исследований [12, 17]. И это при том, что данный индекс «старческой

хрупкости» строится исключительно на балльной основе, следовательно, опять же является достаточно субъективным. Все стандартизированные шкалы, рекомендуемые при проведении комплексного специализированного гериатрического осмотра (IADL, MMSE, MNA, индекс Бартела и др.), не являются сугубо гериатрическими [1, 12, 17]. Они много лет используются представителями иных врачебных специальностей, а также в психологической практике. Отсюда следующее возражение против выделения должностей врачей-гериатров и развертывания гериатрических стационаров — зачем это нужно, если практически все исследования стандартны, и их отношение к гериатрии весьма условно. То же самое относится к вопросам лечения пожилых и престарелых пациентов с синдромом старческой астении. Именно к этим вопросам необходимо подходить очень серьезно хотя бы исходя из того, что синдром старческой астении позиционируется как некий комплекс самой разнообразной патологии, различных заболеваний и патологических состояний. И каждая из представленных патологий требует постоянного проведения своих лечебно-восстановительных мероприятий. На этом пути гериатрия обязательно столкнется с проблемой полипрагмазии, избежать которой очень трудно. На это указывается в известных клинических рекомендациях, но, к сожалению, в общих чертах [17]. И на сегодняшний день практически отсутствуют научно обоснованные конкретные рекомендации выбора той или иной первоочередной «мишени» терапевтического воздействия при комплексной возраст-ассоциированной патологии, синдроме старческой астении. Необходимо направить научные исследования в области гериатрии именно по этому пути, разработав отчетливые клинические критерии первостепенности и второстепенности терапевтических мероприятий при тех или иных вариантах сочетанной патологии, а не просто описывая особенности клинической картины, диагностики и лечения того или иного заболевания у представителей пожилого и старческого возраста. Больше внимания следовало бы уделять не столько прямым терапевтическим результатам использования того или иного лекарственного препарата на уровне, в том числе, рекламы, сколько его вероятным побочным эффектам. Тогда не будет таких нареканий, какие совершенно обоснованно прозвучали в известной публикации по поводу применения amitriptyline в лечении пожилых и престарелых пациентов [19]. Именно в связи с этим в программу обучения гериатров

на нашей кафедре включен цикл занятий, посвященный побочным эффектам антидепрессантов, и трициклические антидепрессанты, к которым относится amitriptyline, позиционируются как весьма нежелательные в плане их использования у пациентов пожилого и старческого возраста. Широко известно, что с 2008 г. в клинической фармакологии применяются критерии STOP/START, которые постоянно дополняются и уточняются [16, 21]. Эти критерии достаточно простые в практическом использовании и основаны на взвешивании «польза–вред» того или иного метода лечения. Но в клинических рекомендациях по вопросам лечения той же старческой астении им не уделяется должного пристального внимания. Конечно, не всегда можно избежать небольшого вреда, например, при лечении онкологической патологии химиопрепаратами. Также в течение 20 лет и более обсуждается вопрос о том, что препараты группы статинов обладают продепрессивным побочным эффектом и в ряде случаев могут спровоцировать и/или усилить когнитивные нарушения [3, 22]. И то, и другое абсолютно нежелательно у пациентов пожилого и старческого возраста, которые и так подвержены риску депрессии и когнитивного дефицита. Но назначать статины приходится, и их нежелательные эффекты должны быть четко описаны, и намечены пути преодоления таковых.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описанную в представленной статье ситуацию авторы не стремятся экстраполировать на всю Россию, как это может показаться. Вполне очевидно, что в таких столичных городах, как Москва и Санкт-Петербург, создание гериатрической службы идет более быстрыми темпами при более отчетливом понимании её необходимости. Тем не менее в решении вопросов создания и четкого функционирования данной гериатрической службы ещё много проблем. Но это совсем не означает, что такая служба не нужна. Наоборот, в ситуации прироста населения пожилого и старческого возраста необходимость в специалистах-гериатрах существенно возрастает. И основная идеологическая концепция гериатрии как медицинской специальности состоит в оказании адекватной медицинской, медико-профилактической, медико-психологической и медико-социальной помощи представителям пожилого и старческого возраста при учете многочисленных изменений человеческого организма, происходящих в процессе старения. В условиях идеального, как это должно

быть, функционирования гериатрической службы удалось бы переключить большие потоки пациентов в возрасте старше 60 лет, страдающих хроническими возраст-ассоциированными заболеваниями, именно к хорошо подготовленным врачам-гериатрам. При этом будут созданы более благоприятные условия для работы специалистов первичного звена, которые сейчас как раз и обслуживают в большинстве своем пожилых и престарелых пациентов-хроников. Именно это должны понять руководители системы здравоохранения всех уровней, не воспринимая создание гериатрической службы в качестве очередного «лишнего звена» российской медицины. Необходимо более ответственно подходить к отбору кандидатов для обучения специальности врача-гериатра. Необходимо также при подготовке врача-гериатра в клинической ординатуре предусмотреть получение им базовой специальности врача-терапевта для возможности дальнейшего маневра силами и средствами в условиях постоянно меняющейся кадровой ситуации, в особенности в амбулаторно-поликлинической сети. Требуется разъяснение и уточнение некоторых терминов, в том числе диагностических, используемых в геронтологии и гериатрии, и приведение их в соответствие с наиболее современной МКБ-11 и общей терминологией, традиционно используемой в русском языке. Назрела необходимость создания новых, конкретных гериатрических медицинских технологий, диагностических шкал и тестов, а не приспособление, как это делается сейчас, широко известных и используемых в самых разных медицинских, психологических, социальных исследованиях. Обязательной составляющей процесса гериатрического обследования должно стать определение биологического возраста и контроль его показателей в динамике. Наконец, вопросы подготовки по геронтологии и гериатрии следует включить в обязательные образовательные программы медицинских вузов уже на преддипломном этапе обучения, усилив эти программы психиатрическими, психологическими, социальными аспектами, которые нередко имеют большее значение, чем сугубо медицинские, как для самих пациентов, так и для их ближайшего окружения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горелик С.Г., Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. и др. Опросники и шкалы в геронтологии и гериатрии. Геронтология: научно-практический журнал. 2021; 9(1): 1–91. Доступен по: <http://gerontolog.info/docpdf/fev21/posobie.pdf>. (дата обращения: 6.10.2021).
2. Ильницкий А.Н. Обзор концептов современной гериатрии и проектная деятельность по улучшению качества помощи людям старшего поколения. Выступление на Вебинаре конференции «Пожилкой больной. Качество жизни» 30.09.2021 г. Москва. Доступен по: <https://events.webinar.ru/mgnot/9137141/stream-new/9367979> (дата обращения: 30.10.2021)
3. Леонова М.В. Статины и когнитивные функции: имеются ли ассоциированные расстройства или защита от деменции? Consilium Medicum. 2019; 21(10): 67–73. DOI: 10.26442/20751753.2019.10.190435.
4. Мякотных В.С. О состоянии и перспективах геронтологии и гериатрии в регионах России (на примере Свердловской области). Успехи геронтол. 2018; 31(6): 825–32.
5. Мякотных В.С., Остапчук Е.С., Мещанинов В.Н. и др. Патологическое старение: основные «мишени», возраст-ассоциированные заболевания, гендерные особенности, геропротекция. М.: Новый формат; 2021.
6. Мякотных В.С., Остапчук Е.С., Сиденкова А.П. Возрастные и гендерные аспекты цереброваскулярной патологии и когнитивных расстройств. М.: Триумф; 2020. DOI: 10.32986/978-5-93673-307-9-12-2020.
7. Мякотных В.С., Остапчук Е.С., Хромцова О.М. Сексуальная активность: зависимость от возраста, пола, разной сердечно-сосудистой патологии и церебрального инсульта. Успехи геронтол. 2021; 34(3): 384–95. DOI: 10.34922/AE.2021.34.3.007.
8. Мякотных В.С., Сиденкова А.П., Боровкова Т.А. и др. Зависимость осуществляемых в гериатрии лечебно-диагностических мероприятий от возраста, пола и состояния здоровья врача. Успехи геронтол. 2021; 34(4): 530–7. DOI: 10.34922/AE.2021.34.4.004.
9. Ожегов С.И. Словарь русского языка. М.: Русский язык; 1986.
10. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 № 707н (ред. от 04.09.2020) «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки». Доступен по <https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-08102015-n-707n/> (дата обращения: 4.10.2021).
11. Приказ Минздрава России от 29.01.2016 № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрия». Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LA_W_195444/ (дата обращения: 25.09.2019).
12. Профессиональный стандарт «Врач-гериатр», утвержденный Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17 июня 2019 года №413н. Доступен по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72194916/> (дата обращения: 4.10.2021).
13. Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)», утвержденный приказом Ми-

- нистерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21 марта 2017 года № 293н. Доступен по: <https://classinform.ru/profstandarty/02.009-vrach-lechebnik-vrach-terapevt-uchastkovyi-.html> (дата обращения: 4.10.2021).
14. Росстат — официальный сайт. Доступен по <https://rosstatistika.ru/> (дата обращения 31.10.2021).
 15. Словарь иностранных слов. Под ред. И.В. Лёхина и Ф.Н. Петрова. М.: Гос. изд. иностранных и национ. словарей; 1994.
 16. Сычев Д.А., Бордовский С.П., Данилина К.С., Ильина Е.С. Потенциально не рекомендованные лекарственные средства для пациентов пожилого и старческого возраста: STOPP/START критерии. *Клин. Фармакология и терапия*. 2016; 25(1): 76–81.
 17. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К. и др. Клинические рекомендации «Старческая астения». *Российский журнал гериатрической медицины*. 2020; 1: 11–46. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-11-46.
 18. Управление Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области и Курганской области. Доступен по: <https://sverdl.gks.ru/folder/29698?print=1>. (дата обращения: 10.10.2021).
 19. Хорошинина Л.П. Развитие гериатрии в современной России — шаг вперед, два шага назад. *Медицина и организация здравоохранения*. 2019; 4(4): 35–44.
 20. Ястребов А.П., Мещанинов В.Н. Старение, перекисное окисление липидов и биовозраст. Екатеринбург: Уральский следопыт; 2005.
 21. Gallagher P., Ryan C., Byrne S. et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2008; 46(2): 72–83. DOI: 10.5414/cpp46072.
 22. Wagstaff L.R., Mitton M.W., Arvik B.M., Doraiswamy P.M. Statin-associated memory loss: analysis of 60 case reports and review of the literature. *Pharmacotherapy* 2003; 23: 871–80. DOI: 10.1592/phco.23.7.871.32720.
- lity of life” 30.09.2021. Moscow]. Available at: <https://events.webinar.ru/mgnot/9137141/stream-new/9367979> (accessed: 30.10.2021). (in Russian).
3. Leonova M.V. Statiny i kognitivnye funkicii: imeyutsya li associirovannye rasstrojstva ili zashchita ot demencii? [Statins and cognitive functions: Are there associated disorders or protection against dementia?]. *Consilium Medicum*. 2019; 21(10): 67–73. (in Russian). DOI: 10.26442/20751753.2019.10.190435.
 4. Myakotnykh V.S. O sostoyanii i perspektivah gerontologii i geriatrii v regionah Rossii (na primere Sverdlovskoj oblasti). [About the state and prospects of gerontology and geriatrics in the regions of Russia (on the example of the Sverdlovsk region)]. *Uspekhi gerontol.* 2018; 31 (6): 825-832. (in Russian).
 5. Myakotnykh V.S., Ostapchuk E.S., Meshchaninov V.N. i dr. Patologicheskoe starenie: osnovnye «misheni», vozrast-associirovannye zabelevaniya, gendernye osobennosti, geroprofilaktika. [Pathological aging: the main «targets», age-associated diseases, gender characteristics, geroprophylaxis]. Moskva: Novyj format Publ.; 2021. (in Russian).
 6. Myakotnykh V.S., Ostapchuk E.S., Sidenkova A.P. Vozrastnye i gendernye aspekty cerebrovaskulyarnoj patologii i kognitivnyh rasstrojstv. [Age and gender aspects of cerebrovascular pathology and cognitive disorders]. Moskva: Triumph Publ.; 2020. DOI: 10.32986/978-5-93673-307-9-12-2020. (in Russian).
 7. Myakotnykh V.S., Ostapchuk E.S., Hromcova O.M. Seksual'naya aktivnost': zavisimost' ot vozrasta, pola, raznoj serdechno-sosudistoj patologii i cerebral'nogo insulta. [Sexual activity: dependence on age, gender, different cardiovascular pathology and cerebral stroke]. *Uspekhi gerontol.* 2021; 34(3): 384–95. (in Russian). DOI: 10.34922/AE.2021.34.3.007.
 8. Myakotnykh V.S., Sidenkova A.P., Borovkova T.A. i dr. Zavisimost' osushchestvlyaemyh v geriatrii lechebno-dagnosticheskikh meropriyatij ot vozrasta, pola i sostoyaniya zdorov'ya vracha. [The dependence of therapeutic and diagnostic measures carried out in geriatrics on the age, gender and health status of the doctor]. *Uspekhi gerontol.* 2021; 34(4): 530–7. (in Russian). DOI: 10.34922/AE.2021.34.4.004.
 9. Ozhegov S.I. Slovar' russkogo yazyka. [Dictionary of the Russian language]. Moskva: Russkij yazyk Publ.; 1986. (in Russian).
 10. Prikaz Minzdrava Rossii ot 08.10.2015 № 707n (red. ot 04.09.2020) «Ob utverzhdenii kvalifikacionnyh trebovanij k medicinskim i farmacevticheskim rabotnikam s vysshim obrazovaniem po napravleniyu podgotovki «Zdravoohranenie i medicinskie nauki» [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 707n dated 08.10.2015 (ed. dated 04.09.2020) «On approval of qualification requirements for medical and pharmaceutical workers with higher education in the field of training «Healthcare and medical sciences»]. Available

REFERENCES

1. Gorelik S.G., Il'nickij A.N., Proshchaev K.I. i dr. Oprosniki i shkaly v gerontologii i geriatrii. [Questionnaires and scales in gerontology and geriatrics]. *Gerontologiya: nauchno-prakticheskij zhurnal*. 2021; 9(1): 1–91. Available at: <http://gerontolog.info/docpdf/fev21/posobie.pdf>. (accessed: 6.10.2021). (in Russian).
2. Il'nickij A.N. Obzor konceptov sovremennoj geriatrii i proektnaya deyatelnost' po uluchsheniyu kachestva pomoshchi lyudyam starshego pokoleniya. Vystuplenie na Vebinare konferencii «Pozhiloy bol'noj. Kachestvo zhizni» 30.09.2021 g. Moskva. [Overview of the concepts of modern geriatrics and project activities to improve the quality of care for older people. Presentation at the Webinar of the conference “Elderly patient. Qua-

- at: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-08102015-n-707n/> (accessed: 4.10.2021). (in Russian).
11. Prikaz Minzdrava Rossii ot 29.01.2016 № 38n «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya medicinskoj pomoshchi po profilu «Geriatriya». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 38n dated 29.01.2016 «On approval of the Procedure for providing medical care in the profile of «Geriatrics»]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LA_W_195444/ (accessed: 25.09.2019). (in Russian).
 12. Professional'nyj standart «Vrach-geriatr», utverzhdenyj Prikazom Ministerstva truda i social'noj zashchity Rossijskoj Federacii ot 17 iyunya 2019 goda №413n. [The professional standard «Geriatrician», approved by Order No. 413n of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation dated June 17, 2019]. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72194916/> (accessed: 4.10.2021). (in Russian).
 13. Professional'nyj standart «Vrach-lechebnik (vrach-terapevt uchastkovyj)», utverzhdenyj prikazom Ministerstva truda i social'noj zashchity Rossijskoj Federacii ot 21 marta 2017 goda № 293n. [Professional standard «Medical doctor (district therapist)», approved by Order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation No. 293n dated March 21, 2017]. Available at: <https://classinform.ru/profstandarty/02.009-vrach-lechebnik-vrach-terapevt-uchastkovyi-.html> (accessed: 4.10.2021). (in Russian).
 14. Rosstat — oficial'nyj sajt [Rosstat — official website]. Available at: <https://rosstatistika.ru/> (accessed: 31.10.2021). (in Russian).
 15. Slovar' inostrannyh slov. Pod red. I.V. Lyohina i F.N. Petrova. [Dictionary of foreign words. Edited by I.V. Lekhin and F.N. Petrov. Moskva: Gos. izd. inostrannyh i nacioon. Slovarij Publ.; 1994. (in Russian).
 16. Sychev D.A., Bordovskij S.P., Danilina K.S., Il'ina E.S. Potencial'no nerekomendovannye lekarstvennye sredstva dlya pacientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta: STOPP/START kriteriii. [Potentially not recommended medicines for elderly and senile patients: STOP/START criteria]. *Klin. Farmakologiya i terapiya*. 2016; 25(1): 76–81. (in Russian).
 17. Tkacheva O.N., Kotovskaya Yu.V., Runihina N.K. i dr. Klinicheskie rekomendacii «Starcheskaya asteniya». [Clinical recommendations «Senile asthenia»]. *Rossijskij zhurnal geriatricheskoy mediciny*. 2020; 1: 11–46. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-11-46. (in Russian).
 18. Upravlenie Federal'noj sluzhby gosudarstvennoj statistiki po Sverdlovskoj oblasti i Kurganskoj oblasti. [Department of the Federal State Statistics Service for the Sverdlovsk Region and the Kurgan region]. Available at: <https://sverdl.gks.ru/folder/29698?print=1> (accessed: 10.10.2021). (in Russian).
 19. Horoshinina L.P. Razvitie geriatrii v sovremennoj Rossii — shag vpered, dva shaga nazad. [The development of geriatrics in modern Russia is a step forward, two steps back]. *Medicine and healthcare organization*. 2019; 4 (4): 35–44. (in Russian).
 20. Yastrebov A.P., Meshchaninov V.N. Starenie, perekisnoe okislenie lipidov i biovozrast. [Aging, lipid peroxidation and bio-growth]. *Ekaterinburg: Ural'skij sledopyt Publ.*; 2005. (in Russian).
 21. Gallagher P., Ryan C., Byrne S. et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2008; 46(2): 72–83. DOI:10.5414/cpp46072.
 22. Wagstaff L.R., Mitton M.W., Arvik B.M., Doraishwamy P.M. Statin-associated memory loss: analysis of 60 case reports and review of the literature. *Pharmacotherapy* 2003; 23: 871–80. DOI:10.1592/phco.23.7.871.32720.