



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# **TIBBIYOTDA YANGI KUN**

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**3 (77) 2025**

## **Сопредседатели редакционной коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЪЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

## **ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

### **РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**3 (77)**

**2025**

*март*

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com> E:

[ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

Received: 20.02.2025, Accepted: 09.03.2025, Published: 14.03.2025

УДК 616.366-002.616-053.9

**ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНО –  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ  
ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ГРУППЫ С УЧЕТОМ ВНУТРЕННИХ И ВНЕШНИХ  
ФАКТОРОВ РИСКА ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

*(Новые клинко – популяционные технологии)*

Мадазимов М.М. <https://orcid.org/0000-0001-5066-580X>

Мамасалиев Н.С. <https://orcid.org/0000-0002-5013-9647>

Салахидинов С.З. <https://orcid.org/0000-0001-5164-7953>

Қаландаров Д.М. <https://orcid.org/0000-0002-8536-1416>

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,  
Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ **Резюме**

*В статье представлены современные, зарубежные и отечественные данные по проблеме эпидемиологии, профилактики и лечения желчекаменной болезни (ЖКБ). Проводится анализ популяционных исследований и профилактических программ ЖКБ в популяции геронто-гериатрической группы. Рассматриваются современные рекомендации по применению скрининга, различных видов профилактических исследований, консервативных и хирургических методов лечения ЖКБ.*

*Ключевые слова: желчекаменной болезнь, эпидемиология, профилактика, фармако - эпидемиология, факторы риска, гериатрические особенности раннего выявления и лечения ЖКБ.*

**FEATURES OF EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT AND PREVENTION PROCESS  
AMONG THE POPULATION OF THE GERONTOLOGICAL GROUP, TAKING INTO  
ACCOUNT INTERNAL AND EXTERNAL RISK FACTORS OF CHOLELITHIASIS**

*(New clinical and population technologies)*

Madazimov M.M. <https://orcid.org/0000-0001-5066-580X>

Mamasaliev N.S. <https://orcid.org/0000-0002-5013-9647>

Salaxidinov S.Z. <https://orcid.org/0000-0001-5164-7953>

Qalandarov D.M. <https://orcid.org/0000-0002-8536-1416>

Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1  
Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ **Resume**

*The article presents modern, foreign and domestic data on the problem of epidemiology, prevention and treatment of cholelithiasis (gallstone disease). The analysis of population studies and preventive programs for cholelithiasis in the population of the gerontological and geriatric group is carried out. The article discusses modern recommendations for the use of screening, various types of preventive studies, conservative and surgical methods of treatment of cholelithiasis.*

*Keywords: cholelithiasis, epidemiology, prevention, pharmaco-epidemiology, risk factors, geriatric features of early detection and treatment of cholelithiasis.*

**GERONTOLOGIK GURUH AHOLISIDA ERTA TASHHIS QO'YISH VA DAVOLASH-  
PROFILAKTIKA JARAYONINING XOLELISTIKLARNING ICHKI VA TASHQI XAVF  
OMILLARINI HISOBGA OLGAN HOLDA XUSUSIYATLARI** *(Yangi klinika-populyatsion  
texnologiyalari)*

Madazimov M.M. <https://orcid.org/0000-0001-5066-580X>

Mamasaliev N.S. <https://orcid.org/0000-0002-5013-9647>

Salaxidinov S.Z. <https://orcid.org/0000-0001-5164-7953>

Qalandarov D.M. <https://orcid.org/0000-0002-8536-1416>

Andijon davlat tibbiyot instituti O'zbekiston, Andijon, Otabekov 1 Tel: (0-374) 223-94-60.

E.mail: info@adti

✓ **Rezyume**

*Maqolada o't tosh kasalligi (O'TK) epidemiologiyasi, oldini olish va davolash muammosi bo'yicha zamonaviy, xorijiy va mahalliy ma'lumotlar keltirilgan. Aholini o'rganish va gerontologik va geriatric populyatsiyada o't tosh kasalligining oldini olish dasturlari tahlili o'tkaziladi. Skriningni qo'llash bo'yicha joriy tavsiyalar ko'rib chiqiladi, turli xil profilaktik tekshiruvlar, o't tosh kasalligini davolashning konservativ va jarrohlik usullari ko'rib chiqiladi.*

*Kalit so'zlar: o't tosh kasalligi (O'TK), epidemiologiya, profilaktika, farmako-epidemiologiya, xavf omillari, o't tosh kasalligini erta aniqlash va davolashning geriatric xususiyatlari.*

**Актуальность**

В исследования последних лет, в популяционных работах особенно, изучается приверженность врачей положениям клинических рекомендаций и официальных инструкций к лекарственным препаратам.

Все более шире исследователи обращаются к проблемам фармакоэпидемиологии, фармакоэкономики, фармаконадзора и фармакопрофилактики [6, С. 103 - 108].

В документах ВОЗ подчеркивается исключительная важность решения данных вопросов, связанных прежде всего с соблюдением врачами и больными фармакоэпидемиологических рекомендаций: «Положение приверженности может оказаться более эффективным способом влияния на здоровье населения, чем любое совершенствование отдельных методов лечения» [41, С 5 - 164].

В то же время, исследователями, в частности Люкиной Ю.В.и соавт. (2024), утверждаются, что достижение основных целей рационального лечение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, повышение качества жизни и улучшение прогноза заболевания и жизни, невозможно без назначения качественной терапии, что во многом зависит от врачебных решений в каждой конкретной ситуации. Термином, отражающим, именно эту сторону лечения, стало понятие “приверженность врачей к рациональному лечению пациентов с ХИНЗ” [6].

EI – Bosily H.M et al. [15, С. 3730 – 40], Komajda M. et al. [20, С. 1114 - 23] и Solomon M. D. et al. [33, С. 014415] в своих исследованиях подтверждают, что приверженность врачей к соблюдению положений клинических рекомендаций (КР) уменьшает вероятность врачебных ошибок, повышает качество назначенного лечения и положительно влияет на приверженность пациентов к терапии и их удовлетворенность лечением.

Brenner S. et al. (2020) было подчеркнуто, что в литературе “приверженность врачей” применяется для определения отепени их следования положениям международных КР (“physician adherence to clinical guidelines”). Они показали, что приверженность врачей изучена хуже, чем приверженность пациентов к лечению [27, С. 04803].

В доступной литературе также доказывается, что к настоящему времени не существует общепринятой классификации, характеризующий основные виды приверженности не приверженности врачей к выполнению регулирующих документов и руководств по лечению пациентов с ХНЗ и/или в том числе, с заболеваниями гепатобилиарного тракта [6].

В целом, группой исследователей – Perepech N.B. et al. [32, 37, 34], Pepio Vilaubi J.M. et al. [33, С. 1233], Zyryanov S.R. et al. [42, С. 29-34], Lobastov K.V. et al. [23, С. 376-83] и Wang T. et al. [40,

С. 062158] была продемонстрирована, что практически всех, а исследованиях указана недостаточная приверженность врачей положениям современных КР. Ими выявлены нерациональные, ошибочные назначения лекарственных препаратов (ЛП) при лечении пациентов с хроническими неинфекционными патологиями.

Guseynova E.T. et al. [16, С. 738-742], Perepech N.B. et al [32, С. 502-9], Lukina VuV et al [24, С. 519 – 24] и Giereman M. et al. [17, С. 336-43], а также другими исследователями было выявлено, что большое количество работ посвящено проблеме приверженности врачей положениям КР. Естественно, это обусловлено их основополагающим значением для современной эффективной и безопасной стратегии по ведению пациентов с определенной патологией [38, С. 1359–70; 18, С. 26–8; 15, С. 1242–6; 30, С. 246-58].

Chang V. et al. (2018) посвящают своих сообщений к особенностям ведения пациентов с коморбидностью болезней желчного пузыря в терапевтической/хирургической практике. Ими утверждается, что диагностический путь пациентов с ЖКБ/НАЖБП чаще всего начинается с выявления признаков стеатоза по данным УЗИ органов брюшной полости или выявления повышенной активности сывороточных трансаминаз при биохимическом исследовании крови.

Установлено что коморбидное течение НАЖБП и ЖКБ негативно влияет на прогноз пациентов по обоим заболеваниям. Кроме того, указанными выше исследователями также показано, что ЖКБ и НАЖБП объединяют общие факторы риска, среди которых выделяют гиперлипидемию, ожирение, малоподвижный образ жизни, инсулинорезистентность и CD2, а также общие патофизиологические особенности развития.

Именно эти механизмы объясняет высокую частоту ассоциации этих двух нозологий.

В клинических, а не в эпидемиологических, работах предположено, что инсулинорезистентность при НАЖБП приводит к образованию перенасыщенной холестерином желчи, способствуя формированию литогенного профиля желчи и изменению функции желчного пузыря и, как результат, камнеобразованию.

Cortes V.A. et al. (2020) подчеркивают роли желчного пузыря в регуляции метаболизма углеводов, жиров и энергии, за счет влияния на энтерогепатическую циркуляцию желчных кислот и секрецию факторов роста фибробластов – 15 (у мышей) 19 (у человека), что, в свою очередь, повышает вероятность развития НАЖБП после холецистэктомии [13, С. 12983].

По данным метаанализа Lyu J. et al. (2022), возможно увеличение риска развития ЖКБ у пациентов с КАЖБП до 52% [25, С. 1032557].

Результаты перспективного когортного исследования Kopun P. et al. (2023), включившего в себя >11000 пациентов, демонстрируют, что, и желчнокаменная болезнь и холецистэктомия независимо ассоциированы с риском развития неалкогольно жировой болезни печени [22, С. 940 – 8].

В целом, заключение большинство работ показывают, что профилактические, лечебные и реабилитационные проекты у лиц геронтологических групп должны основаны на комплексном подходе, включающем не только медицинские и социальные аспекты старения, но и образовательные, биологические, экономические, административные и другие факторы риска, направленные наряду с профилактикой преждевременного старения, на продление периода активного долголетия и повышение качество жизни/популяционного здоровья геронт популяции/поколения [4, С. 297-298].

В последний руководстве по коморбидности, подготовленного с участием 64 крупных специалистов в области профилактической медицины (2024), подтверждается, что определяющим фактором качества жизни лиц геронтологической группы является многогранность последствий старения, в частности развитие, так называемых, возраст – ассоциированных заболеваний. Доказано, что у одного больного старшего 60 лет, вступившего в категории геронтологического возраста, обнаруживается в среднем 4 – 5 ХНЗ, многие из них могут быть предотвращены (например, ЖКБ и её факторы риска) или наступить позже благодаря первичной/вторичной профилактике. Дело в том, что потеря способности, обычно ассоциируемая со старением, лишь слабо связана с фактическим возрастом человека, а «типичного» геронт человека не существует [4].

Ведение пациентов геронт возраста сложный процесс, особенно требующий специальных навыков и знаний в области профилактической медицины.

Так, Речон Е.Р. и соавт. (2011), Low L. F. и соавт. (2011) показали, что существует проблема для пациентов геронтологического возраста, связанная с узкоспециализированным подходом при решении различных патологических состояний по отдельности.

Такие случаи могут привести к полипрагмазии, кроме того, по утверждению этих исследователей, ненужным и ненадлежащей консервативной, хирургической и профилактической помощи [35, С. 378–91; 26, С. 93].

По представленным результатам Kirkwood T. B. (2008), одна из наиболее значительных проблем старения связана с широким многообразием состояний здоровья и функционального статуса, с которыми сталкиваются люди геронтологического возраста. Эти состояния, по утверждению этих авторов, отражают неявные физиологические изменения, происходящие с течением времени и имеющие лишь отдаленную связь с хронологическим возрастом [21, С. 644 – 7].

Marengoni A. с соавторами (2011) и Valders J.M. с соавторами (2009) также в своих крупных исследованиях убеждают, что коморбидность наблюдается (в.м.ч. связанный с ЖКБ) у подавляющего большинства геронтов популяции/пациентов. Число хронических заболеваний колеблется от 2,8 у больных в возрасте 18 – 44 лет; до 6,4 у пациентов > 65 лет, причем ≥ 3 хронических заболеваний имеют от 30% до 80% пациентов геронтов возрастной группы [28, С. 430 – 9; 39, С. 35763].

Held F.P. и соавторы (2016) в своих популяционных исследованиях, проанализировав 17 заболеваний, продемонстрировали сложный паттерн мультиморбидности и коморбидности в геронтологическом возрасте, который авторы подразделили на несколько кластеров (сосудистый, метаболический, нейродегенеративный, ментальный в сочетании с другим кластером) [19, С. 625 – 31].

В исследованиях Olshansky S.J. и соавторов (2009) и Qato D.M. и соавторов (2008) 1 – 4 сопутствующих заболеваний выявляли у 70 – 75% геронтов. Сочетание двух и более заболеваний увеличивается с 10% в возрасте до 19 лет до 80% у лиц 80 лет и старше [31, С. 842 – 60; 36, С. 67 – 77].

В систематическом обзоре и метаанализе исследований Nguyen H. и соавторами (2019), проведенных за 25 летний период (с 1992 по 2017 гг.), глобальная совокупная распространенность коморбидности составила 33,1% [29, С. 9].

В другом систематическом обзоре и метаанализе, выполненном в 2023 г. Chowdhury S.R. и соавторами, изучена глобальная и региональная распространенность коморбидности среди взрослого населения и изменения этих показателей с течением времени в местных условиях. Показано, что глобальная распространенность коморбидности среди взрослого населения колебалась от 4,0% до 92,8%. Общая распространенность коморбидности, по представленным результатам этих авторов, составила 37,2%. Совокупная доля коморбидности была самой высокой в Южной Америке (45,7%); а самой низкой в Африке (28,2%). Однако в исследованиях, проведенных в Азии, Европе, Северной Америке и Океании, было подсчитано, что общая распространенность коморбидности составляет 35% [14, С. 101860].

Аналогичные тренды выявлены в исследовании Harsen F.B. и соавторов (2017) эпидемиологических аспектов коморбидности.

При учете ими количества заболеваний, включенных в коморбидность, составила 44,7%, если рассматривались сочетания ≥ 20 заболеваний, 41,3% в исследованиях с 10 – 19 заболеваниями и 25,0% в исследованиях с 5 – 9 заболеваниями [27].

Данные современных исследований в геронтологии/гериатрии однозначно подтверждают, что во всем мире заболевания печени среди которых существенно есть занимает желчнокаменная болезнь, занимают приоритетное место среди причин нетрудоспособности и смертности населения. Патология печени является достаточно распространенной в работе врача первичного звена здравоохранения. Разнообразие и не специфичность клинических проявлений диктует необходимость знания и четкого соблюдения диагностических алгоритмов для своевременного и полноценного установления не только окончательного клинического, но и эпидемиологического до нозологического диагноза, например, в примере ЖКБ у лиц геронтологических групп [9, С. 6 – 10].

Исследователями подтверждаются, что в диагностике симптомов, свидетельствующих о наличии заболеваний печени, чрезвычайно важное значение скрининг расспрос/сбор анамнеза и осмотр больного.

Поскольку, как утверждается в современных руководствах, основные симптомы заболеваний билиарного тракта, желчного пузыря и печени, такие как боль, тошнота или изжога, являются субъективными ощущениями, их правильная интерпретация является опорным пунктом в диагностике этих патологий. Ценность скрининг диагностики у больных с патологией печени, в частности, желчнокаменной болезни редко предъявляют жалобы, непосредственно указывающие на ее поражение. Более того, симптомы, как правило, неспецифичны [10, 11].

Даже, как уже было отмечено выше, до сих пор сохраняется много проблем и неточности в вопросах полиморбидности заболеваний в гериатрической практике [1, С. 595 – 604; 2, С. 12 – 17; 3, С. 214 – 219; 5, С. 50 – 54; 70, С. 292 – 294].

Так, существует более 17 различных шкал для измерения коморбидности. Среди них наиболее распространенными, по утверждению Ю.И. Журавлева с соавторами (2013), являются следующее: 1) Disease count (система подсчета количества заболеваний); 2) Chronic Disease Score/RxRisk (шкала хронических заболеваний CDS); 3) Charlson index (индекс коморбидности Чарлсона); 4) Cumulative illness Rating Scale for Geriatrics (система CIRS - G); 5) Geriatric Index of Comorbidity (индекс GIC); 6) Kaplan – Feinstein index (индекс Kaplan - Feinstein) [3].

Для описания полиморбидности в научных работах используют несколько терминов, такие как: «коморбидность», «мультиморбидность», «полиморбидность», «плюрипатология», «двойной диагноз», «соболезненность», «полипатия», «мультифакториальные заболевания», «коморбидные заболевания», «сопутствующие заболевания» и «сочетанные заболевания» [9, С. 6 – 10].

Современные рекомендации предлагают следующего определения: “коморбидность – это сочетание у одного больного двух и более хронических заболеваний, этиопатогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени появления вне зависимости от активности каждого из них” [12].

М.А. Натансон (2023) в своей обзорной статье убедительно показывает следующее о полиморбидности в гериатрической практике: 1) определение концепции полиморбидности выявляет недостаточную специфичность определений коморбидности и полиморбидности и, как следствие, путаницу в употреблении этих терминов; 2) большинство авторов единодушны во мнении о том, что центральное ядро полиморбидности – наличие более чем одного заболевания у пациента; 3) сосуществующие заболевания могут быть патогенетически взаимосвязанным и не взаимосвязанными; 4) независимо от отмеченных полиморбидность всегда влияет на прогноз и качество жизни, особенно у геронтов населения [8, С. 12 – 16].

Решение этих и других вышеизложенных проблем, указанных в данной главе, являются, несомненно, крайне актуальными, как утверждают литературные данные, в примера желчнокаменной болезни у населении геронтологического возраста. Об этом расширенные сведения приведены в следующей главе.

### Заключение

Следовательно, проблема профилирования больных ЖКБ в настоящее время приобрела особую актуальность, но до сих пор такой подход в хирургии ЖКБ остается практически не разработанной задачей и содержит ряд нерешенных или спорных вопросов. Проблема разработки методов ранней профилактики и диагностики ЖКБ за последние годы не только оказалась чрезвычайно актуальной, но и стала беспокоить все большее число исследователей и врачей – клиницистов.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гериатрия: национальное руководство/по ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой. Н.Н. Яхно. М: ГЭТОР – Медиа – 2018; 595-604.
2. Дегриз Я.М., Фролова Е.В., Тур Е.Ю. Структурированный подход к выявлению потребностей пожилого человека и медицинской помощи // Российский семейный врач. 2014;18(1):12-17.

3. Журавиев Ю.И., Тхорикова В.Н. современные проблемы измерения полиморбидности // Фармация 2013;11/154:214-219.
4. Коморбидность пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в практике терапевта. Евразийское руководство. Под ред. Дронкиной О.М. и 60 соавторов. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;3:297-298.
5. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017;16(6):50-54.
6. Лукина Ю.В., Кутишенко М.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Проблемные вопросы и разработка классификаций основных параметров качества и приверженность врачей положениям клинических рекомендаций и официальных инструкций к лекарственным препаратам // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;2:103-108.
7. Нургазинова А.К. Происхождение, развитие и современная трактовка понятий “Коморбидность и колиморбидность” // Казанский Медицинский журнал. 2014;2(95):292-294.
8. Натансон М.А. Полиморбидность заболеваний в гериатрической практике // Справочник врача общей практики. 2023;4:12-16.
9. Пишепенко М.В. Симптомы патологии лечения в гериатрической практике // Справочник врача общей практики. 2023;4:6-10.
10. Стойко Ю.М., Ветшев П.С. Дискуссия по материалам статьи “Холецистостомия при остром холецистите”. // Хирургия. Журнал. имени М.И. Пирогова. 2021;4:98.
11. Тонких Ю.Л., Бронникова Е.П., Цуканов В.В. Распространенность и фактора риска заболеваний желчевыводящих путей у коренных жителей Тывы // Здоровоохранение Российской Федерации 2014;58(5):43-44.
12. Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х. и др. Анализ результатов лечения больных с острым обтурационным холециститом. // Хирургия Узбекистана. 2022;2:140.
13. Cortes V A, Barrera F, Nerui F, Pathophysiological connections between gallstone disease, insulin resistance, and obesity. *Obes. Rev.* 2020;21(4):e 12983.doi.10.1111/obr.12983.
14. Chowdhury SR, Chandra Das D, Sunna TC. et al. Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: a systematic review and meta – analysis. *E clinical Medicine.* 2023;57:10.1860. doi:10.1016/j.eclim.2023.101860.
15. El – Bosily HM, Abd El Meguid KR, Sabri NA, et al. Physicians adherence to evidence – based guidelines as a major predictor of anticoagulant related medication error and severity. *Br J Clin Pharmacol.* 2022;88(8):3730-40. doi:10.1111/bcp.15314.
16. Guseynova E.T., Kutishenko N.P., Luxina Yu.V. et al. Study of the Quality of Medical therapy and Adherence in Patients with Chronic Heart Failure. (According to the COMPLIANCE Study). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology.* 2021;17(5):738-42. doi:10.20996/1819-64-46-2021-10-10.
17. Giereman M, Arne M, Theander K, Adherence to guidelines in patients with chronic heart failure in primary health care. *Scand J Prim Health Care.* 2017;35(4):336. – 43.doi:10.1080/02813432.1397253.
18. Guerra – Farfan E, Garcia – Sanchez Y, Jarret – Gibert M, et al. Clinical practice guidelines: The good the bad, and ugly. *Injury.* 2023;3:26-8. doi:10.1016/j.injury.2022.01.047.
19. Held FP, Blyth F, Gnjdic D, et al. Association Rules Analysis of Comorbidity and Multimorbidity: the Concord Health and Aging in Men Project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2016;71(5):325-31. doi:10.1093/Gerona/glv 181.
20. Komajda M, Cowie MR, Tavarri L, et al: QUALIFY investigators. Physicians guideline adherence is associated with better prognosis in out patients with heart failure with reduced ejection Fraction:the QUALIFY international registry. *Eur J Heart Fail.* 2017;19(11):1414-23.doi:10.1002/ehf.887.
21. Kirkwood TB. A. systematic look at an old problem. *Nature* 2008;451(7179):644-7. doi:10.1038/451644a.
22. Konyon P., Alshuwaykh O., Dennis B.B. Gallstone Disease and its Association with Nonalcoholic Fatty liver disease, All – cause and Cause – specific Mortality // *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2023; 21(4):940-8. e2. doi:10.1016/j.ojgh.2022.04.043.

23. Lobastov KV, Navasardyan AR, Schastlivtsev IV. Treatment and Secondary Prevention of Venous. Thromboembolism on Real Clinica Practice. Based on Health Care Professional Survey. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2021;17(3):376-83. doi: 10.20.996/1819 – 6446 – 2021 – 06 – 01.
24. Lukina Yu V, Kutishenko NP, Martsevich SYu. The problem of adherence to the treatment in modern medicine: possibilities of solution, impact on the effectiveness of therapy and disease outcomes. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2017;13(4):519-24.
25. L Yu J, Lin Q, Fang Z, et al. Complex impacts of gallstone disease on metabolic syndrome and nonalcoholic fatty liver disease. Front Endocrinol (Lausanne). 2022;13:1032557. doi:10.3389/fen do 2022. 1032557.
26. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. BMC Health Serv Res: 2011;11(1):93. doi:10.1186/1472–6963– 11–93.
27. Larsen FB, Pedersen MH, Friss K, et al. A latent class analysis of multimorbidity and the relationship to socio – demographic factors and health – related quality of life. A national population – based study of 162, 283 Danish adults. Plos One 2017;12(1) doi:10.13.71/JOURNAL.PONE. 0169426.
28. Marengoni A, Angleman S, Melis R, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review
29. Nyugen H, Manalova G, Dasralopoulau C, et al. Prevalance of multimorbidity in community settings! A systematic review and meta – analysis of observational studies. J.Comorb. 2019;9. doi:10.11.77/2235042x19870934.
30. Omeljanovskij VV, Avksent'eva MV, Zhelezniakova IA, et al. Clinical Guidelines as a Tod for Improving the quality of Medical Care Delivery. Onkopediatria. 2017;4(4):246-59. doi:1015690/onco.v4i4.1811.
31. Olshansky SJ, Goldman DP, Xheng Y, Rowe JW. Aging in America in the twenty – first century: demographic forecast from the Mac Arthur Foundation Research Netuoro on an aging society. The Milbalk Quarterly. 2009;87(4):842-60.
32. Perepech NB, Tregubov AV, Mikhailova IE. Physicians adherence to the guidelines on the chronic heart failure diagnosis and treatment kardiologii. 2022;62(5):53-61. doi:10.18087/cardio.2022.5n 1755.
33. Pepio Vilaubi JM, Orozco – Beltran D, Goncalves AQ, et al. Adherence to European Clinical Practice Guidelines Secondary Prevention of Cardiovascular Disease: A Cohort Study. In J Environ Public Health. 2018;15(6):1233. doi:10.3390/ijerph 15061233.
34. Perepech NB, Shurygina VD, Tregubov AV. Doctors Adherence to the Guidelines on the Diagnostics and Treatment of Arterial Hypertension. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2019;15(4):502 – g. doi:10.20996/1819 – 6446 – 2019 – 15 – 4 – 502 – 509.
35. Peron EP, Gray SL, Hanlon JT. Medication use and functional status decline in older adults: a narrative review. Am J Geriatr Pharmacother. 2011;9(6):378-90. doi:10.1016/j.amjopharm. 2011.10.002.
36. Qato DM, Alexander GC, Conti RM, et al. Use of prescription and over – the – counter medications and dietary supplements among older adults in the United States. JAMA. 2008;300 (24):2867-77.
37. Roehr S, Villringer A, Angermeyer MC. Outcomes of Stable and unstable patterns of subjective cognitive decline – results from the leiprig Longitudinal Study of Aged (LEILA+). BMC Geriatrics. 2016;16(1):180. <https://doi.org/10.1186/S12877 - 016 - 0353 – 8>.
38. Verhestreten C, Heggermont WA, Maris M. Clinical interia in the treatmrnt of heart failure: a major issue to tackle. Heart Fail Rev. 2021;26(6):1359-70. doi:10.1007/S10741 – 020 – 09979 – z.
39. Valders JM, Starfild B, Sibbald B. et al. Defining comorbidity: implication for understanding health and health services. Ann Fam Med. 2009;7(4):357-63. doi:10.1370/afm 983.
40. Wang B, Dimh VH, Nie VC, Zhang A.M, et al. The clinical evaluation of laparoscopic duet commom bile duct expioration in elderly choledocholithiasis // Hepatogastroenterolohy. 2014;61(132):893-895.
41. World Health Organization aderenc to long-term therapies: evidence for action. Geneva: Who library Cataloguing – in – Publication Data, 2003;5:164. ISBN: 9241545992.
42. Zyryanov SK, Fitilev SB, Vozzhaev AV, et al. Multivariable Analysis of Primary care Physician Adherence to Guideline – re commended Pharmacotherapy of Stable Coronary Artery Disease. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2021;17(1):29-34.

**Поступила 20.02.2025**