TIBBIYOT
TA'LIMI & INNOVATSIYALARI



- 14.00.00 - Tibbiyot fanlari;
- 14.00.01 - Akusherlik va ginekologiya;
- 14.00.02 - Morfologiya;
- 14.00.03 - Endokrinologiya;
- 14.00.04 - Otorinolaringologiya;
- 14.00.05 - Ichki kasalliklar;
- 14.00.06 - Kardiologiya;
- 14.00.07 - Gigiena;
- 14.00.08 - Oftal'mologiya;
- 14.00.09 - Pediatriya;
- 14.00.10 - Yuqumli kasalliklar;
- 14.00.11 - Dermatologiya va venerologiya;
- 14.00.12 - Tibbiy reabilitologiya;
- 14.00.13 - Nevrologiya;
- 14.00.14 - Onkologiya;
- 14.00.15 - Patologik anatomiya;
- 14.00.16 - Normal va patologik fiziologiya;
- 14.00.17 - Farmakologiya va klinik farmakologiya;
- 14.00.18 - Psixiatriya va narkologiya;
- 14.00.19 - Klinik radiologiya;
- 14.00.20 - Tibbiy genetika;
- 14.00.21 - Stomatologiya;
- 14.00.22 - Travmatologiya va ortopediya;
- 14.00.23 - Hamshiralik ishini tashkil etish;
- 14.00.24 - Sud tibbiyoti;
- 14.00.27 - Xirurgiya;
- 14.00.28 - Neyroxirurgiya;
- 14.00.41 - Xalq tabobati;
- 14.00.35 - Bolalar xirurgiyasi;
- 14.00.34 - Yurak-qon tomir xirurgiyasi

№9-SON

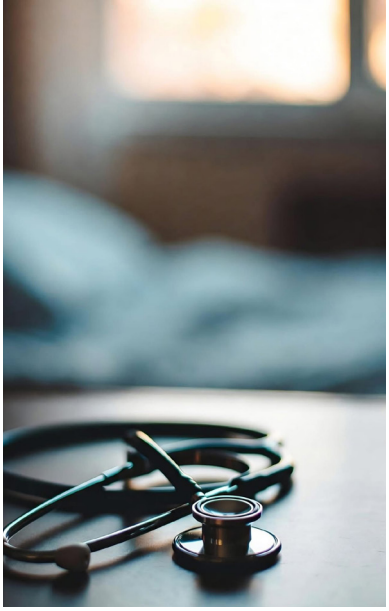
2026-yil, sentabr

tibbiyot-talimi-va-innovatsiyalari.uz

https://t.me/tibbbiyot_2100

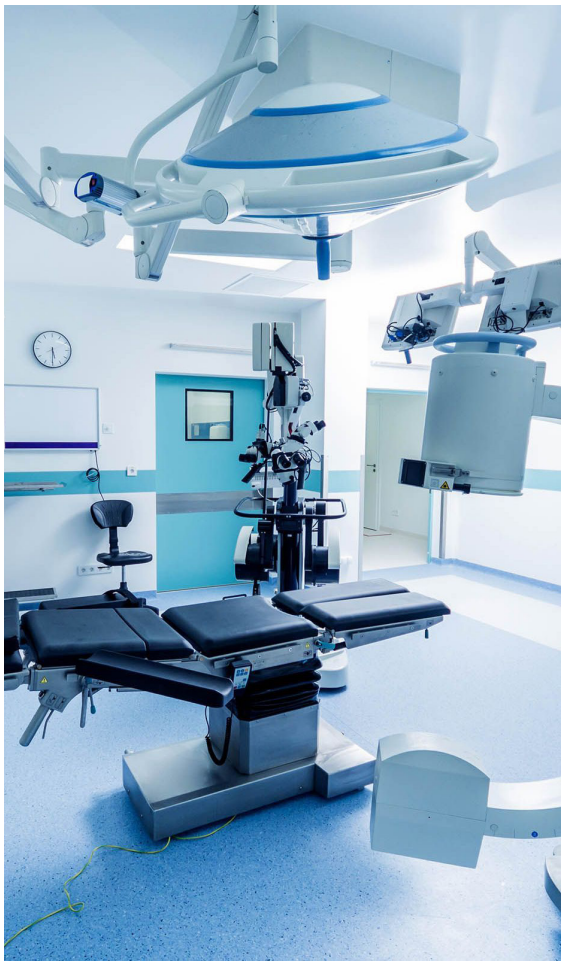
Litsenziya raqami: №745444













Tahrir hay’ati a’zolari:



BOSH MUHARRIR:
Shuhrat Baymuradov Abdujalilovich
tibbiyot fanlari doktori (DSc), professor



BOSH MUHARRIR O‘RINBOSARI:
Iminov Komiljon Odiljonovich
tibbiyot fanlari bo‘yicha falsafa doktori

“Tibbiyot ta'limi va innovasiyalari” ilmi elektron jurnali 29.04.2025-yildan O‘zbekiston Respublikasi Prezidenti Adminstratsiyasi huzuridagi Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligi tomonidan C-5669801 reyestr raqami tartibi bo‘yicha ro‘yxatdan o‘tkazilgan. Litsenziya raqami: №745444.

Tahrir hay’ati a’zolari:



Sharipov Kongratbay Avezimbetovich
Texnika fanlari doktori (DSc), professor



Ishanqulov Artiqboy Eshboyevich
Biologiya fanlari doktori (DSc), professor



Otamuradov Furqat Abdukarimovich
tibbiyot fanlari doktori (DSc), dotsent.



Shuxrat Jumayevich Teshayev
tibbiyot fanlari doktori (DSc), professor



Oral Aminovna Ataniyazova
tibbiyot fanlari doktori (DSc), professor



Jalolova Feruza Maxamatjanovna
Tibbiyot fanlari bo‘yicha falsafa doktori (DSc), dotsent



Uraqov Shokir Ulashovich
tibbiyot fanlari doktori doktori (DSc)

Aripkhodjaeva Shakhzoda
resident doctor in national medical center

"TIBBIYOT TA’LIMI VA INNOVATSIYALARI"
ilmiy elektron jurnali O‘zbekiston Respublikasi Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligi (AOKA) tomonidan 2024-yil 9-oktabrdan boshlab c-5669651 raqami ostida rasmiy ro‘yxatdan o‘tkazilgan.

Murojaat uchun telefon:
+998 97 748 70 03
Email: @munis_sm

MUNDARIJA

TRIAMSINOLON PREPARATI YORDAMIDA YUZ VA BO‘YIN SOHASIDA JOYLASHGAN YANGI VA ESKI KELOID CHANDIQLARNI DAVOLASH SAMARADORLIGINI TAQQOSLASH 8
Boymuradov Shuhrat Abdujalilovich, G‘aybullayev Javohir G‘afurovich

SEREBROVASKULYAR KASALLIKLARDA BUYRAK SHIKASTLANISHINING ISHEMIK-GIPOKSIK MEXANIZMLARI: HIF-1α VA TGF-β1 KO‘RSATKICHLARINING YOSHGA BOG‘LIQ O‘ZGARISHLARI 16
Abdullaev Nodirbek Uroyimjonovich, Mamajonov Iqboljon Maribjonovich

RESULTS OF THE STUDY OF CERTAIN CYTOKINES IN PATIENTS WITH THYROID CANCER 23
Sulaymanov Dilshod Abdirakhimovich, Sabirov Jakhongir Ruziyevich, Yigitaliev Alisher Bakhodirovich, Sarvar Temurovich Islomov

QALQONSIMON BEZ SARATONINING KLINIK KECHUVI XUSUSIYATLARIGA BOG‘LIQ HOLDA INTERLEYKINLAR DINAMIKASINI BAHOLASH 28
Sulaymanov Dilshod Abdiraximovich, Sabirov Jakhongir Ro‘ziyevich, Yigitaliyev Alisher Baxodirovich, Sarvar Temurovich Islomov

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИН 34
Фозилбеков Рузикул Анаркулович

DISCRIMINATIVE PERFORMANCE OF HEMATOLOGICAL PARAMETERS FOR IDENTIFYING B-THALASSEMIA CARRIERS: A SECONDARY ANALYSIS OF AN OPEN-ACCESS SCREENING DATASET 47
Alimov Farruh Shuhrat ugli

NEUROLOGICAL COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH EPIDURAL ANESTHESIA IN OBSTETRIC PATIENTS: A CLINICAL-STATISTICAL ANALYSIS 52
Ikromova Mufazzal Abdurashidovna, Yakubova Marxamat Mirakramovna

PROSTATA BEZI SARATONI DAVOLANGANIDAN KEYIN URODINAMIK TEST NATIJALARINING TAHLILI 58
Haqqulov Erkin Bekmirzayevich, Alimov Jaloliddin Usmonxon o‘g‘li, Rahmatullayev Akmaljon Ortig‘ali o‘g‘li, Sabirov Akmaljon Alijon o‘g‘li

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ 3D-КАТЕГОРИЗАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ: МОРФОМЕТРИЧЕСКИ-РОТАЦИОННО-ДИСЛОКАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ И ВЫБОРУ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ 63
Мусаев Шамшодбек Шухратович, Шомуродов Кахрамон Эркинович, Мухиддинов Шахризод Мухиддин угли

MECHANISM-DEPENDENT KINETICS OF BONE REMODELING AND INFLAMMATORY MARKERS AFTER COMBINED MAXILLOFACIAL TRAUMA 69
Khatamov Ulugbek Altibayevich

BACHADON MIOMASINING TURLI TOPIK VARIANTLARI MAVJUD AYOLLARDA EXOGRAFIK TADQIQOT NATIJALARI 75
Muxitdinova Mexriniso Yorkibekovna, Shokirova Sadoqatxon Muxammatsoliyevna

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ НОРМОТЕНЗИВНОЙ ГЛАУКОМЕ 81
Газизова Лилия Комиловна

КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМАЯ РЕКЛАССИФИКАЦИЯ ФЕНОТИПА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ КАРДИО-МРТ: ОСОБОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ 84
Таирова Мадина

СКРЫТОЕ РУБЦОВО-ФИБРОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ДОБАВОЧНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ КАРДИО-МРТ 89
Ходжибекова Юлдуз Маратовна

СЫВОРОТОЧНЫЕ РОСТОВЫЕ ФАКТОРЫ И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ КАК МАРКЕРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН 96
Джураева Дилдора Мухитдиновна, Умирова Мухаббат Абдусатторовна

ОСНОВНЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У ДЕТЕЙ 101
Сарварова Лейла Биналиевна

ДИССОЦИАЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОТВЕТА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА ФОНЕ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 105
Ташкенбаева Наргиза Фархадовна, Курбанов Равшанбек Давлетович

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СКРИНИНГА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ ARCUS SENILIS В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 112
Ганиева Мафтуна Ракибаевна

OYOQ VENOZ TROFIK YARALARINI KOMPLEKS DAVOLASHNI KLINIK-MORFOLOGIK ASOSLASH: MUAMMONING ZAMONAVIY HOLATI, HAL ETILMAGAN MASALALAR VA ISTIQBOLLARI 117
Hamroyev Xudoyshukur Nutfilloyevich

GENERALIZATSIYALASHGAN EPILEPSIYADA KLINIK, NEYROPSIXOLOGIK VA NEYROTROFIK KO‘RSATKICHLAR ASOSIDA INTEGRAL BAHOLASH MODELINI ISHLAB CHIQISHGA DASTLABKI YONDASHUV 123
Fayziyeva Ra’nogul Hoji qizi, Azizova Ra’no Bahodirovna

TIZZA BO‘G‘IMINING YIRINGLI OSTEOARTRITIDA KLINIK-LABORATOR VA INSTRUMENTAL KO‘RSATKICHLAR ASOSIDA INDIVIDUAL DAVOLASH TAKTIKASINI TANLASH 128
Shoimov Shomurod Eshpo‘lat o‘g‘li

MULTIDIMENSIONAL EFFECTS OF PSYCHOMOTOR REHABILITATION AFTER ISCHEMIC STROKE: A CONTROLLED STUDY OF MOTOR, FUNCTIONAL, BALANCE, AND EMOTIONAL RECOVERY 134
Maftuna Baxtiyor qizi Ibodulloyeva, Zarifboy R. Ibodullayev

КЛИНИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЙ ЭКСПОЗИЦИИ 145
Шукурова Умида Абдурасуловна, Хатамова Шахло Алтибаевна

TISH RIVOJLANISHINING GISTOLOGIK BOSQICHLARI: ODONTOGENEZ JARAYONIDA HUJAYRAVIY DIFFERENSIALLANISH VA EPITELIAL-MEZENXIMAL O‘ZARO TA’SIRLAR 154
Saidov Quvonchbek Komil o‘g‘li, Bazarova Gulnora Rustamovna

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАЗРАБОТКЕ ПЕРЦЕНТИЛЬНЫХ КРИВЫХ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ: ОПЫТ РАЗНЫХ СТРАН И ПЕРСПЕКТИВЫ ДЛЯ УЗБЕКИСТАНА 162
Алимова Насиба Усмановна, Гилязетдинов Камиль Наильевич, Тиллаева Дилфуза Толиповна

HAVONI IFLOSLANTIRUVCHI MODDALARNING SURUNKALI TA'SIRI NATIJASIDA NASLNING NAFAS YO'LLARI DEVORIDAGI LIMFOID TO'QIMALARNING TUG'RUQDAN KEYINGI RIVOJLANISHIGA TA'SIRINI IMMUNOGISTOKIMYOVIY BAHOLASH USULI 169
Azizova Feruza Xusanovna, To'laboyev Sunnatulla Olimjon o'g'li, Saloydinov Azmiddin Shariddin o'g'li, Ergasheva Feruza Davlatmirzayevna

PROFILAKTIKA VA GIGIYENA 174
Saidov Quvonchbek Komil o'g'li, Bazarova Gulnora Rustamovna

"ONANING HAVONI IFLOSLANTIRUVCHI MODDALARGA SURUNKALI TA'SIRLANISHI SHAROITIDA NASL JIGARINING POSTNATAL RIVOJLANISHI VA DIFFERENSIALLANISHINING XUSUSIYATLARINI IMMUNOGISTOKIMYOVIY BAHOLASH USULI" 181
Azizova Feruza Xusanovna, Abdusalomov G'ayrat Abdusalomovich, Mamasidikov Soatjon Sodikovich, Xasanov Qobil Xakimovich

РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В СТРУКТУРЕ ПСИХОСОМАТИКИ ЖЕНЩИН 185
Фозилбеков Рузикул Анаркулович

СВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РН СЛЮНЫ И СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ 198
Шокирова Хуринисо Абдумавлон кизи

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СИСТЕМА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 203
Маджидова Гулбахор Толибовна, Намозов Умид Тургун угли

MIASTENIYA GRAVISDA MIKRONUTRIENTLAR VA MIKROELEMENTLAR DISREGULYATSIYASI: KLINIK DALILLAR, BIOLOGIK ASOSLAR VA TADQIQOTDAGI BO'SHLIQLAR 210
Shukrulloyeva Nodirabegim Akbarovna

СИСТЕМА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 215
Маджидова Гулбахор Толибовна, Холикулова Мафтуна Маликовна

УДК 616.12-008.313-08:616.12-005.4

СИСТЕМА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ





Маджидова Гулбахор Толибовна
Самаркандский государственный медицинский университет
старший преподаватель кафедры внутренних болезней и кардиологии №2
E-mail: gulbaxormadjidova74@gmail.com
ORCID: 0009-0008-9901-4600

Холикулова Мафтуна Маликовна
Врач ординатор,
Самаркандского филиала Республиканского научного центра скорой медицинской помощи Самарканд, Узбекистан
E-mail: xoliqulova1997@icloud.com

Аннотация: Цель. Систематизировать современные подходы к лечению больных с острым коронарным синдромом (ОКС) и оценить значение последовательной организации медицинской помощи на догоспитальном, госпитальном и постгоспитальном этапах. Материалы и методы. Проведён аналитический обзор современных клинических рекомендаций и результатов крупных рандомизированных исследований, посвящённых диагностике, антитромботической терапии, реперфузионному лечению, чрескожному коронарному вмешательству, вторичной профилактике и кардиореабилитации пациентов с ОКС. Основу анализа составили рекомендации Европейского общества кардиологов 2023 г. и рекомендации ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI 2025 г. Результаты. Современная система лечения ОКС основана на ранней диагностике, быстрой стратификации риска, своевременной реперфузии и индивидуализированной медикаментозной терапии. При STEMI основным методом реперфузии является первичное ЧКВ при возможности его своевременного выполнения. При невозможности своевременного ЧКВ у пациентов без противопоказаний может применяться фибринолитическая терапия с последующей инвазивной стратегией. При NSTE-ACS сроки инвазивного вмешательства определяются клиническим риском. Двойная антитромбоцитарная терапия остаётся основой антитромботической стратегии, однако её продолжительность должна учитывать риск кровотечения. Высокоинтенсивная гиполипидемическая терапия, контроль факторов риска и кардиореабилитация являются обязательными компонентами долгосрочного ведения. Заключение. Эффективность лечения больных с ОКС определяется не отдельным лечебным мероприятием, а согласованностью всей системы медицинской помощи. Сокращение времени до реперфузии, правильная маршрутизация, применение доказанных методов реваскуляризации, индивидуализация антитромботической терапии и проведение вторичной профилактики позволяют сформировать непрерывную модель лечения пациента.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, STEMI, NSTEMI, нестабильная стенокардия, чрескожное коронарное вмешательство, реперфузия, антитромботическая терапия, вторичная профилактика, кардиореабилитация.

Annotatsiya: Maqsad. O‘tkir koronar sindrom (OKS) bilan kasallangan bemorlarni davolashning zamonaviy yondashuvlarini tizimlashtirish hamda shifoxonagacha, shifoxona va shifoxonadan keyingi bosqichlarda tibbiy yordamning uzluksiz tashkil etilishining ahamiyatini baholash. Materiallar va usullar. OKSni tashxislash, antitrombotik davolash, reperfuziya, teri orqali koronar aralashuv, ikkilamchi profilaktika va kardiareabilitatsiyaga bag‘ishlangan zamonaviy klinik tavsiyalar hamda yirik randomizatsiyalangan tadqiqotlarning analitik tahlili o‘tkazildi. Tahlilning asosini 2023-yilgi Yevropa Kardiologiya Jamiyati tavsiyalari va 2025-yilgi ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI tavsiyalari tashkil etdi. Natijalar. OKSni davolashning zamonaviy tizimi erta tashxislash, xavfni tezkor stratifikatsiya qilish, o‘z vaqtida reperfuziya va individual dori terapiyasiga asoslanadi. STEMI holatida, zarur muddatlarda bajarish imkoniyati mavjud bo‘lsa, birlamchi ChKA asosiy reperfuziya usuli hisoblanadi. ChKAni o‘z vaqtida bajarish imkoni bo‘lmagan hollarda, qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmasa, keyingi invaziv strategiya bilan fibrinolitik terapiya qo‘llanilishi mumkin. NSTE-ACSda invaziv davolash muddati klinik xavf darajasiga bog‘liq. Ikki tomonlama antitrombotsitar terapiya antitrombotik davolashning asosiy qismi bo‘lib qolmoqda, biroq uning davomiyligi ishemik va gemorragik xavfni hisobga olgan holda individual belgilanadi. Yuqori intensivlikdagi lipidni kamaytiruvchi terapiya, xavf omillarini nazorat qilish va kardiareabilitatsiya uzoq muddatli davolashning muhim tarkibiy qismlaridir. Xulosa. OKS bilan kasallangan bemorlarni davolash samaradorligi alohida muolajaga emas, balki tibbiy yordamning barcha bosqichlari o‘rtasidagi uzviylikka bog‘liq. Reperfuziyagacha bo‘lgan vaqtni qisqartirish, bemorni to‘g‘ri yo‘naltirish, dalillarga asoslangan revaskulyarizatsiya, antitrombotik terapiyani individuallashtirish va ikkilamchi profilaktikani amalga oshirish zamonaviy davolash tizimining asosini tashkil etadi.

Kalit so‘zlar: o‘tkir koronar sindrom, miokard infarkti, STEMI, NSTEMI, nostabil stenokardiya, teri orqali koronar aralashuv, reperfuziya, antitrombotik terapiya, ikkilamchi profilaktika, kardiareabilitatsiya.

Abstract: Objective. To systematize modern approaches to the treatment of patients with acute coronary syndrome (ACS) and to assess the importance of a continuous system of medical care at the prehospital, hospital and post-hospital stages. Materials and Methods. A systematic analytical review of current clinical guidelines and major randomized clinical trials addressing diagnosis, antithrombotic therapy, reperfusion treatment, percutaneous coronary intervention, secondary prevention and cardiac rehabilitation in patients with ACS was performed. The analysis was primarily based on the 2023 European Society of Cardiology guidelines and the 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI guideline. Results. The modern treatment system for ACS is based on early diagnosis, rapid risk stratification, timely reperfusion and individualized pharmacological treatment. Primary PCI is the preferred reperfusion strategy for eligible patients with STEMI when it can be performed within the appropriate time frame. When timely PCI is not available, fibrinolytic therapy followed by an invasive strategy may be considered in patients without contraindications. In NSTE-ACS, the timing of invasive treatment depends on clinical risk. Dual antiplatelet therapy remains a cornerstone of antithrombotic management, while its duration should be individualized according to ischemic and bleeding risks. High-intensity lipid-lowering therapy, risk-factor modification and cardiac rehabilitation are essential components of long-term management. Conclusion. The effectiveness of ACS treatment depends not on a single intervention but on the coordinated functioning of the entire healthcare system. Reduction of time to reperfusion, appropriate patient routing, evidence-based revascularization, individualized antithrombotic therapy and secondary prevention constitute the basis of a continuous ACS management model.

Key words: acute coronary syndrome, myocardial infarction, STEMI, NSTEMI, unstable angina, percutaneous coronary intervention, reperfusion, antithrombotic therapy, secondary prevention, cardiac rehabilitation.

ВВЕДЕНИЕ

Острый коронарный синдром представляет собой одну из наиболее важных проблем современной кардиологии и неотложной медицины. Несмотря на существенные достижения в диагностике, интервенционной кардиологии и фармакотерапии, ОКС продолжает оставаться причиной значительной части сердечно-сосудистых осложнений и смертности. Особое значение имеет не только совершенствование отдельных методов лечения, но и организация целостной системы медицинской помощи, в которой каждый этап — от появления первых симптомов до длительного наблюдения — связан с последующим. В современных рекомендациях ОКС рассматривается как единый клинический спектр, включающий инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST (STEMI), инфаркт миокарда без стойкого подъёма сегмента ST (NSTEMI) и нестабильную стенокардию [1]. Впервые ESC объединило рекомендации по STEMI и NSTE-ACS в одном документе, подчеркнув общность основных принципов диагностики, антитромботического лечения, инвазивной стратегии и долгосрочного ведения [1]. Патогенетической основой большинства случаев ОКС является разрыв или эрозия атеросклеротической бляшки с последующей активацией тромбоцитов, формированием тромба и уменьшением или прекращением коронарного кровотока. Продолжительность ишемии имеет непосредственное значение для объёма повреждения миокарда. Поэтому одним из фундаментальных принципов лечения ОКС является максимально быстрое восстановление коронарного кровотока.

Современная система лечения начинается ещё до госпитализации. Важными задачами являются распознавание симптомов, своевременное обращение за медицинской помощью, регистрация электрокардиограммы, правильная маршрутизация пациента и доставка в учреждение, располагающее возможностями для выполнения коронарографии и ЧКВ. Организация региональной сети центров, способных проводить первичное ЧКВ, имеет принципиальное значение для пациентов со STEMI [1,2]. На госпитальном этапе лечебная тактика определяется формой ОКС, клинической стабильностью, изменениями ЭКГ, уровнем сердечного тропонина, наличием осложнений и сочетанием ишемического и геморрагического риска. В 2025 г. были опубликованы обновлённые рекомендации ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI, которые включают современные подходы к диагностике, фармакотерапии, реперфузии, ЧКВ, лечению кардиогенного шока и вторичной профилактике [2]. Антитромботическая терапия является одним из центральных компонентов лечения. Двойная антитромбоцитарная терапия, включающая аспирин и ингибитор P2Y12, доказала способность снижать риск повторных ишемических событий. В исследовании PLATO у 18 624 пациентов с ОКС применение тикагрелора по сравнению с клопидогрелом сопровождалось снижением частоты смерти от сосудистых причин, инфаркта миокарда или инсульта: 9,8% против 11,7% [3, 11, 20]. Эти данные оказали значительное влияние на развитие современной антитромботической стратегии.

Одновременно усиление антитромботической терапии может сопровождаться повышением риска кровотечений. Поэтому современный подход заключается не в максимальном усилении терапии для всех пациентов, а в индивидуализации её интенсивности и продолжительности [1,2,7]. Другим фундаментальным направлением является реваскуляризация. Первичное ЧКВ является предпочтительной реперфузионной стратегией при STEMI, если его можно выполнить своевременно. При отсутствии возможности своевременного ЧКВ у соответствующих пациентов может рассматриваться фибринолитическая терапия с последующим переводом в инвазивный центр [1,5]. В последние годы изменились также представления о лечении пациентов с многососудистым поражением. В исследовании COMPLETE у больных со STEMI и многососудистым поражением полная реваскуляризация после успешного вмешательства на инфаркт-связанной артерии была связана с меньшей частотой сердечно-сосудистой смерти или повторного инфаркта по сравнению с вмешательством только на инфаркт-связанном поражении [4,18,24].

Однако лечение ОКС не заканчивается после восстановления коронарного кровотока. Пациент после выписки сохраняет повышенный риск повторных сердечно-сосудистых событий. Поэтому важнейшими компонентами долгосрочного лечения являются липидснижающая терапия, контроль артериального давления, лечение сахарного диабета, отказ от курения, рациональное питание, физическая активность, соблюдение назначенной медикаментозной терапии и кардиореабилитация [1,2,12]. Таким образом, современная система лечения ОКС должна рассматриваться как непрерывная цепочка: раннее распознавание симптомов — догоспитальная диагностика — маршрутизация — реперфузия или инвазивное лечение — медикаментозная терапия — профилактика осложнений — выписка — вторичная профилактика — кардиореабилитация. Именно системный подход позволяет объединить достижения современной фармакологии, интервенционной кардиологии и профилактической медицины. Цель исследования — систематизировать современные подходы к лечению больных с острым коронарным синдромом и определить ключевые компоненты эффективной системы медицинской помощи на догоспитальном, госпитальном и постгоспитальном этапах. Задачи исследования: Охарактеризовать современные принципы ранней диагностики ОКС. Проанализировать основные этапы догоспитальной помощи и маршрутизации. Рассмотреть современные подходы к антитромботической терапии. Оценить роль первичного ЧКВ и фибринолитической терапии. Рассмотреть особенности инвазивной стратегии при STEMI и NSTE-ACS. Проанализировать современные подходы к медикаментозной терапии после ОКС. Определить роль вторичной профилактики и кардиореабилитации.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ

Острый коронарный синдром (ОКС) представляет собой комплекс клинических состояний, обусловленных острым нарушением коронарного кровотока и включающих инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST (STEMI), инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST (NSTEMI) и нестабильную стенокардию. Современная концепция ведения пациентов с ОКС основана на принципе непрерывности медицинской помощи, начиная с догоспитального этапа и первичной диагностики и заканчивая долгосрочной вторичной профилактикой. В 2023 г. Европейское общество кардиологов (ESC) представило единые рекомендации по ведению пациентов со всем спектром ОКС, объединив подходы к STEMI и NSTE-ACS и уделив особое внимание ранней диагностике, стратификации риска, антитромботической терапии, инвазивной тактике и последующему наблюдению [1]. Важнейшим компонентом современной

системы лечения ОКС является максимально ранняя диагностика. Клиническая оценка пациента должна сочетаться с регистрацией электрокардиограммы (ЭКГ) и определением высокочувствительного сердечного тропонина. ЭКГ позволяет своевременно идентифицировать пациентов с STEMI, которым требуется немедленная реперфузионная терапия, тогда как последовательная оценка клинических данных и динамики тропонина имеет особое значение при NSTE-ACS. Современные алгоритмы диагностики предусматривают не только подтверждение ОКС, но и исключение других причин повышения тропонина и повреждения миокарда, включая инфаркт миокарда 2-го типа и некоронарные состояния [1].

Значительное внимание в современной литературе уделяется своевременности реперфузионной терапии. При STEMI первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) рассматривается как основной метод восстановления коронарного кровотока при возможности его выполнения в требуемые сроки. При невозможности своевременного проведения первичного ЧКВ у соответствующих пациентов может рассматриваться фибринолитическая терапия с последующим инвазивным подходом. Таким образом, эффективность лечения определяется не только выбором метода реперфузии, но и организацией системы медицинской помощи, скоростью диагностики и маршрутизацией пациента в специализированный центр. При NSTE-ACS стратегия лечения определяется индивидуальной оценкой ишемического и геморрагического риска. В зависимости от клинического состояния пациента и признаков высокого риска может применяться ранняя или немедленная инвазивная стратегия. Современные рекомендации подчёркивают необходимость индивидуального определения сроков коронарографии и реваскуляризации, что отражает переход от универсальной тактики к риск-ориентированному подходу [1,2]. Критическая оценка обновлений ESC также отмечает изменения в подходах к срокам инвазивного лечения NSTE-ACS, предлечению антитромбоцитарными препаратами, многососудистому поражению и использованию внутрисосудистой визуализации [3]. Одним из центральных направлений лечения ОКС остаётся антитромботическая терапия. Двойная антитромбоцитарная терапия, включающая ацетилсалициловую кислоту и ингибитор P2Y12, используется для снижения риска ишемических и тромботических осложнений. Вместе с тем её применение связано с повышением риска кровотечений, поэтому продолжительность и состав терапии должны определяться с учётом индивидуального ишемического и геморрагического риска. В рекомендациях ACC/AHA 2025 г. двойная антитромбоцитарная терапия рассматривается как стандартная стратегия для большинства пациентов с ОКС, не имеющих высокого риска кровотечений, при этом у отдельных категорий пациентов предусмотрены альтернативные схемы снижения геморрагического риска [2].

Совершенствование интервенционной кардиологии существенно изменило подходы к лечению пациентов с ОКС. Современное ЧКВ включает не только восстановление проходимости инфаркт-связанной коронарной артерии, но и использование радиального доступа, внутрисосудистой визуализации и физиологической оценки коронарных поражений в соответствующих клинических ситуациях. Опубликованный анализ рекомендаций ESC отмечает расширение роли внутрисосудистой визуализации, включая внутрисосудистое ультразвуковое исследование и оптическую когерентную томографию, при выполнении сложных интервенционных вмешательств [3]. Отдельное место в современной литературе занимает проблема многососудистого коронарного поражения. У пациентов с ОКС наличие значимого поражения нескольких коронарных артерий требует оценки не только инфаркт-связанной артерии, но и общего анатомического и клинического профиля коронарной болезни. Исследование COMPLETE продемонстрировало клиническую значимость стратегии полной реваскуляризации у соответствующих пациентов со STEMI и многососудистым поражением, что способствовало дальнейшему развитию концепции комплексного подхода к коронарной реваскуляризации.

Важным направлением лечения является современная липидснижающая терапия. После перенесённого ОКС пациент относится к категории очень высокого сердечно-сосудистого риска, поэтому высокоинтенсивная терапия статинами должна начинаться в ранние сроки. При недостаточном достижении целевых уровней LDL-C предусматривается интенсификация лечения с использованием нестатиновых препаратов. Последующий контроль липидного профиля является необходимым элементом долгосрочного ведения пациента. В рекомендациях ACC/AHA 2025 г. подчёркивается необходимость контроля липидного профиля через 4–8 недель после начала или изменения липидснижающей терапии [2]. Не менее значимым компонентом современной системы является лечение осложнений ОКС, среди которых особое место занимает кардиогенный шок. Его развитие сопровождается выраженным снижением сердечного выброса и нарушением системной перфузии и требует быстрого распознавания, гемодинамического мониторинга и определения оптимальной стратегии реваскуляризации. Современные рекомендации также рассматривают специализированную организацию помощи пациентам с тяжёлыми осложнениями ОКС, включая возможность применения механической поддержки кровообращения в соответствующих клинических ситуациях.

Современная концепция лечения ОКС не ограничивается госпитальным периодом. После стабилизации пациента основное внимание переносится на вторичную профилактику, включающую липидснижающую терапию, контроль артериального давления и гликемии, отказ от курения, коррекцию массы тела, рациональное питание, физическую активность и кардиореабилитацию. ESC подчёркивает, что долгосрочные вмешательства являются неотъемлемой частью ведения пациентов после ОКС, а лечение должно строиться с учётом индивидуальных особенностей пациента и его участия в принятии решений [1]. Кардиореабилитация рассматривается как важнейший компонент вторичной профилактики. Она включает физические тренировки, образовательные мероприятия, коррекцию факторов риска и психологическую поддержку. В рекомендациях ACC/AHA 2025 г. подчёркивается необходимость направления пациентов после ОКС на кардиореабилитацию, включая возможность домашних программ для пациентов, которые не могут или не готовы участвовать в очных программах [2]. В последние годы всё большее внимание уделяется не только содержанию лечебных мероприятий, но и организации системы оказания медицинской помощи. Эффективность лечения ОКС зависит от взаимодействия догоспитального и госпитального звеньев, доступности ЭКГ и высокочувствительного тропонина, возможности своевременного выполнения ЧКВ, качества маршрутизации пациентов и последующего амбулаторного наблюдения. В 2025 г. ESC отдельно рассмотрело вопросы реализации рекомендаций по ОКС в условиях ограниченных ресурсов, подчеркнув необходимость адаптации организационных моделей к возможностям конкретной системы здравоохранения [4].

Таким образом, анализ современной литературы показывает, что система лечения больных с ОКС претерпела значительные изменения и в настоящее время основывается на интеграции ранней диагностики, риск-ориентированной антитромботической терапии, своевременной реперфузии, современных методов ЧКВ, оптимальной липидснижающей терапии и комплексной вторичной профилактики. При этом эффективность лечебной стратегии определяется не отдельным вмешательством, а последовательностью и своевременностью всех этапов оказания медицинской помощи — от первого контакта с пациентом до долгосрочного наблюдения и кардиореабилитации. Современные рекомендации ESC 2023 г. и ACC/AHA 2025 г. подтверждают необходимость системного и индивидуализированного подхода к ведению пациентов с ОКС [1,2].

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена как аналитическое клинико-научное исследование современной системы лечения пациентов с ОКС. В качестве основных источников использованы современные международные клинические рекомендации и результаты крупных рандомизированных клинических исследований. Основными документами для анализа являлись: 2023 ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes; 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes; результаты рандомизированных исследований PLATO, TRITON-TIMI 38 и COMPLETE; современные данные по вторичной профилактике и кардиореабилитации. Анализ проводился по следующим направлениям: ранняя диагностика, электрокардиографическая классификация, оценка риска, антитромботическая терапия, реперфузионное лечение, ЧКВ, лечение многососудистого поражения, профилактика осложнений, вторичная профилактика и реабилитация. В отличие от оригинального клинического исследования, в настоящей работе не использовалась искусственно сформированная выборка пациентов. Количественные показатели, представленные в разделе результатов, соответствуют данным опубликованных клинических исследований и рекомендаций.

Основными критериями оценки современной системы лечения были: своевременность диагностики; скорость доставки пациента в специализированный центр; возможность выполнения реперфузии; использование доказанной антитромботической терапии; снижение риска повторных ишемических событий; профилактика геморрагических осложнений; достижение оптимального контроля факторов риска; участие пациента в кардиореабилитации. При анализе литературы особое внимание уделялось различиям между пациентами со STEMI и NSTE-ACS, а также необходимости индивидуального выбора лечения с учётом возраста, сопутствующей патологии, функции почек, риска кровотечений и тяжести коронарного поражения.

АНАЛИЗ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Основные этапы современной системы лечения ОКС. Анализ современных рекомендаций показывает, что система лечения ОКС может быть представлена в виде последовательной модели.



Рисунок 1. Схема современной системы лечения пациента с ОКС

Таким образом, лечение пациента не ограничивается процедурой ЧКВ или назначением лекарственных препаратов. Каждый этап влияет на последующий результат. Основным инструментом первоначальной диагностики является электрокардиография. При подозрении на ОКС ЭКГ должна быть выполнена максимально быстро, поскольку выявление стойкого подъёма сегмента ST определяет необходимость срочной реперфузионной стратегии. Высокочувствительный сердечный тропонин играет центральную роль в диагностике инфаркта миокарда без подъёма сегмента ST. Его значение должно интерпретироваться совместно с клинической картиной и динамикой биомаркера. Современный диагностический процесс должен одновременно отвечать на два вопроса: имеется ли острое повреждение миокарда; существует ли необходимость немедленной инвазивной стратегии? При наличии признаков крайне высокого риска ожидание полного диагностического алгоритма не должно приводить к неоправданной задержке инвазивного лечения [1]. Сравнительная характеристика STEMI и NSTE-ACS

Таблица 1. Основные различия лечебной стратегии при STEMI и NSTE-ACS

Показатель	STEMI	NSTE-ACS
Основной диагностический ориентир	Стойкий подъём ST / эквивалент	Нет стойкого подъёма ST
Основная задача	Немедленная реперфузия	Риск-ориентированная инвазивная стратегия
Основной метод инвазивной стратегии	Первичное ЧКВ	Коронарография с последующим ЧКВ при наличии показаний
Альтернатива при недоступности своевременного ЧКВ	Фибринолиз у подходящих пациентов	Медикаментозная / инвазивная стратегия в зависимости от риска
Значение тропонина	Подтверждает повреждение миокарда	Имеет важное диагностическое и прогностическое значение
Роль оценки риска	Определяет риск осложнений и лечебную тактику	Ключевая для определения сроков инвазивного лечения
Дальнейшее ведение	Вторичная профилактика и реабилитация	Вторичная профилактика и реабилитация

Антитромботическая терапия. Современная антитромботическая терапия включает антитромбоцитарные препараты и антикоагулянты. Аспирин остаётся базовым антитромбоцитарным препаратом. Вторым компонентом при большинстве клинических ситуаций является ингибитор P2Y12. К данной группе относятся клопидогрел, прасугрел и тикагрелор. Исследование PLATO стало одним из наиболее значимых исследований в этой области. В него были включены 18 624 пациента с ОКС. Через 12 месяцев первичная конечная точка — смерть от сосудистых причин, инфаркт миокарда или инсульт — отмечалась у 9,8% пациентов, получавших тикагрелор, и у 11,7% пациентов, получавших

клопидогрел [3]. В исследовании TRITON-TIMI 38 изучалось применение прасугрела у пациентов с ОКС, которым планировалось ЧКВ. В исследование вошли 13 608 пациентов. Работа продемонстрировала снижение ишемических событий при применении прасугрела, однако одновременно была выявлена проблема геморрагических осложнений [5]. Эти данные подчёркивают фундаментальный принцип современной терапии: эффективность антитромботического лечения должна рассматриваться вместе с безопасностью.

Таблица 2. Основные компоненты медикаментозного лечения ОКС

Группа	Основное значение	Основные особенности
Аспирин	Ингибирование агрегации тромбоцитов	Базовый компонент антитромботической терапии
Ингибитор P2Y12	Дополнительное подавление агрегации тромбоцитов	Выбор зависит от клинической ситуации
Антикоагулянт	Подавление коагуляции	Используется в острой фазе по показаниям
Высокоинтенсивный статин	Снижение LDL-C и сердечно-сосудистого риска	Рекомендуется после ОКС
β-блокатор	Снижение нагрузки на миокард в определённых ситуациях	Назначение зависит от клинического состояния
ИАПФ / БРА / АРНИ	Модификация ремоделирования и контроль АД	Особенно важны при соответствующих показаниях
Антагонисты минералокортикоидных рецепторов	Снижение риска у отдельных категорий пациентов	Показания зависят от ФВ ЛЖ и сопутствующих состояний
ИПП	Снижение риска ЖКТ-кровотечения у пациентов высокого риска	Применяются при наличии соответствующих факторов риска

Двойная антитромбоцитарная терапия. Согласно современным рекомендациям, двойная антитромбоцитарная терапия аспирином и пероральным ингибитором P2Y12 является стандартной стратегией после ОКС у пациентов без высокого риска кровотечения. В рекомендациях ACC/AHA 2025 года 12 месяцев рассматриваются как стандартная продолжительность для пациентов без высокого геморрагического риска, однако у пациентов с повышенным риском кровотечения предусматриваются альтернативные стратегии [2]. Следовательно, продолжительность ДАТТ не должна определяться автоматически только диагнозом ОКС. Необходимо учитывать: возраст; перенесённые кровотечения; анемию; функцию почек; необходимость пероральной антикоагуляции; особенности выполненного ЧКВ; риск повторного инфаркта; наличие сложного коронарного поражения. У пациентов с STEMI основным методом восстановления коронарного кровотока является первичное ЧКВ, если его можно выполнить своевременно. Преимущество первичного ЧКВ заключается в возможности непосредственно устранить окклюзию коронарной артерии, восстановить кровоток и одновременно получить информацию о состоянии коронарного русла. При невозможности своевременного проведения ЧКВ у пациентов без противопоказаний может использоваться фибринолитическая терапия. После успешного или неуспешного фибринолиза пациент должен быть направлен в инвазивный центр для дальнейшей оценки и, при необходимости, ЧКВ [1]. Таким образом, организация сети медицинской помощи имеет непосредственное влияние на выбор реперфузионной стратегии.

Чрескожное коронарное вмешательство. Современное ЧКВ при ОКС включает не только имплантацию стента, но и оптимизацию процедуры с использованием современных методов визуализации. Рекомендации ACC/AHA 2025 года подчёркивают преимущества радиального доступа по сравнению с бедренным у пациентов с ОКС, поскольку радиальный доступ связан со снижением риска кровотечений и сосудистых осложнений [2]. Кроме того, внутрисосудистая визуализация для оптимизации ЧКВ получила более значимое место в современной интервенционной практике [2]. Полная реваскуляризация при многососудистом поражении Одним из существенных изменений современной стратегии лечения является переход от изолированного лечения инфаркт-связанной артерии к более широкому рассмотрению вопроса о полной реваскуляризации. В исследовании COMPLETE участвовали пациенты со STEMI и многососудистым поражением после успешного ЧКВ инфаркт-связанной артерии. При медиане наблюдения 3 года сердечно-сосудистая смерть или инфаркт миокарда произошли у 7,8% пациентов при полной реваскуляризации и у 10,5% при лечении только инфаркт-связанной артерии; отношение рисков составило 0,74 [4].



Рисунок 2. Сердечно-сосудистая смерть или инфаркт миокарда

Эти данные демонстрируют, что стратегия реваскуляризации должна учитывать не только острое поражение, но и общий объём коронарного атеросклеротического поражения. Высокоинтенсивная липиднижающая терапия. После ОКС липиднижающая терапия является обязательной частью вторичной профилактики. Современные рекомендации предусматривают применение высокоинтенсивной терапии статинами, а при недостаточном снижении LDL-C — добавление нестатиновых препаратов [2]. К ним относятся эзетимиб и современные препараты, воздействующие на PCSK9 и другие механизмы липидного обмена. Особое значение имеет не только назначение препарата при выписке, но и последующий контроль липидного профиля. Пациент должен находиться под динамическим наблюдением, а терапия должна корректироваться при недостижении целевых показателей. Кардиогенный шок и другие осложнения. Кардиогенный шок остаётся одним из наиболее тяжёлых осложнений ОКС. Он характеризуется критическим снижением сердечного выброса и нарушением перфузии органов.

При развитии шока необходимы: мониторинг гемодинамики; своевременная реваскуляризация; коррекция гипоксемии и метаболических нарушений;лечение аритмий; индивидуальный выбор вазоактивной и инотропной поддержки; при необходимости — применение механической поддержки кровообращения в специализированном центре. Современные рекомендации отдельно подчёркивают необходимость быстрого распознавания шока и лечения в условиях специализированной команды [2]. Вторичная профилактика После стабилизации пациента начинается длительный этап лечения. Он включает: антитромботическую терапию; гиполипидемическую терапию; контроль артериального давления; лечение сахарного диабета; отказ от курения; снижение избыточной массы тела; рациональное питание; дозированную физическую активность; психологическую поддержку; кардиореабилитацию. Таким образом, вторичная профилактика должна рассматриваться не как дополнительный этап, а как продолжение лечения ОКС. Кардиореабилитация представляет собой комплексную программу, включающую физические тренировки, обучение пациента, коррекцию факторов риска и психологическую поддержку. После ОКС она способствует постепенному восстановлению физической активности и помогает пациенту адаптироваться к изменившемуся состоянию здоровья.

Особенно важно, что программа должна быть индивидуализированной. Интенсивность физических нагрузок определяется клиническим состоянием, функцией левого желудочка, наличием ишемии, аритмий, сопутствующей патологией и функциональными возможностями пациента. Анализ современной литературы показывает, что лечение ОКС за последние десятилетия претерпело значительные изменения. Если ранее основной акцент делался на медикаментозное купирование ишемии и тромболитическую терапию, то в настоящее время ведущая роль принадлежит системе ранней диагностики, реперфузии, инвазивной кардиологии и комплексной вторичной профилактике. Одним из наиболее важных результатов анализа является необходимость рассматривать ОКС не как одноразовое событие, а как длительный процесс лечения. Пациент начинает получать помощь ещё на догоспитальном этапе и продолжает лечение после выписки из стационара. Особое значение имеет временной фактор. При острой коронарной окклюзии каждая дополнительная задержка восстановления кровотока может приводить к увеличению зоны повреждения миокарда. Поэтому организационные мероприятия — доступность скорой помощи, проведение ЭКГ, правильная маршрутизация и наличие круглосуточного ЧКВ-центра — являются не менее важными компонентами системы, чем назначение лекарственных препаратов. Следующим важным направлением является индивидуализация антитромботического лечения. Двойная антитромбоцитарная терапия снижает риск тромботических осложнений, однако одновременно повышает вероятность кровотечений у отдельных категорий пациентов. Именно поэтому современные рекомендации переходят от универсального подхода к оценке индивидуального баланса ишемического и геморрагического риска [1,2].

Результаты PLATO продемонстрировали преимущества более мощного ингибирования P2Y12 по сравнению с клопидогрелом в общей популяции пациентов с ОКС [3]. Однако клиническое применение этих результатов требует оценки конкретного пациента, поскольку риск кровотечения, возраст, функция почек, необходимость хирургического вмешательства и другие факторы могут существенно изменить соотношение пользы и риска. Результаты TRITON-TIMI 38 также продемонстрировали важность индивидуального подхода. Более интенсивное подавление тромбоцитов способствовало снижению ишемических событий, но сопровождалось повышением риска кровотечений у определённых категорий больных [5]. Отдельного внимания заслуживает развитие интервенционной кардиологии. Современное ЧКВ становится всё более технологичным. Использование радиального доступа, внутрисосудистой визуализации и физиологической оценки поражений позволяет оптимизировать вмешательство и уменьшить количество осложнений [2]. Изменились и подходы к многососудистому поражению. Исследование COMPLETE продемонстрировало преимущества полной реваскуляризации у соответствующих пациентов со STEMI и многососудистым поражением [4]. Это означает, что современная стратегия лечения должна учитывать не только острую окклюзию, но и общую структуру коронарной болезни.

Важным направлением остаётся оптимизация липидснижающей терапии. После ОКС пациент относится к категории очень высокого сердечно-сосудистого риска. Поэтому назначение высокоинтенсивного статина должно начинаться в ранние сроки, а последующая коррекция терапии проводится в зависимости от достигнутого уровня LDL-C [2]. Большое значение имеет контроль факторов риска. Наличие сахарного диабета, артериальной гипертензии, ожирения, курения и низкой физической активности увеличивает вероятность повторных событий. Поэтому вторичная профилактика должна включать не только лекарства, но и изменение образа жизни. Необходимо подчеркнуть значение приверженности. Даже оптимально назначенная терапия не сможет обеспечить ожидаемый эффект, если пациент нерегулярно принимает препараты или самостоятельно прекращает их после исчезновения симптомов. Следовательно, обучение пациента должно начинаться ещё в стационаре. Особое место занимает кардиореабилитация. Она объединяет физическую тренировку, образовательные мероприятия, коррекцию факторов риска и психологическую поддержку. Таким образом, кардиореабилитация представляет собой связующее звено между госпитальным лечением и долгосрочным профилактическим наблюдением. Современная система лечения ОКС должна также учитывать социальные и организационные особенности. Для регионов с ограниченной доступностью ЧКВ важным является создание эффективной системы маршрутизации, позволяющей быстро переводить пациентов из учреждений первого контакта в специализированные центры. Таким образом, главная проблема современной организации помощи при ОКС заключается не в отсутствии эффективных методов лечения, а в необходимости обеспечить их своевременное и последовательное применение.
Основные компоненты современной системы лечения

Таблица 3. Этапная модель лечения больного с ОКС

Этап	Основные мероприятия	Цель
Догоспитальный этап	Распознавание симптомов, ЭКГ, стабилизация, маршрутизация	Минимизация задержки
Приёмное отделение	Определение тропонина, лабораторные исследования, оценка риска	Подтверждение диагноза
Инвазивный этап	Коронарография, ЧКВ / реваскуляризация	Восстановление коронарного кровотока
Острое лечение	Антитромботическая терапия, мониторинг	Предупреждение осложнений
Стационарный этап	Оптимизация медикаментозной терапии	Стабилизация состояния
Выписка	Формирование плана вторичной профилактики	Обеспечение непрерывности лечения
Амбулаторный этап	Контроль факторов риска	Предупреждение повторных сердечно-сосудистых событий
Реабилитация	Физические тренировки, обучение пациента	Восстановление функционального состояния
Длительное наблюдение	Контроль терапии и факторов риска	Снижение долгосрочного сердечно-сосудистого риска

Системные проблемы лечения ОКС. На основании проведённого анализа можно выделить несколько ключевых проблем: Первая проблема — задержка обращения пациента. Многие пациенты недооценивают боль в груди и обращаются за помощью спустя значительное время после начала симптомов. Вторая проблема — задержка диагностики. Отсутствие возможности выполнить ЭКГ непосредственно при первом контакте может увеличивать время до определения лечебной тактики. Третья проблема — недостаточная доступность реперфузионных технологий. В регионах без круглосуточного ЧКВ важнейшее значение приобретает эффективная система перевода пациентов. Четвёртая проблема — риск кровотечений. Современная антитромботическая терапия требует постоянного баланса между предотвращением тромбоза и безопасностью. Пятая проблема — недостаточная приверженность после выписки. Прекращение антитромботической или липидснижающей терапии увеличивает риск повторных событий. Шестая проблема — недостаточное участие пациентов в кардиореабилитации. Без изменения образа жизни долгосрочный эффект госпитального лечения может быть ограничен.

Перспективная модель системы помощи при окс. На основании анализа литературы оптимальная система может быть представлена следующим образом: Первый контакт с пациентом

→ быстрое распознавание симптомов → ЭКГ → оценка жизненно важных функций. Определение типа ОКС → STEMI → NSTE-ACS. Определение риска → гемодинамическая стабильность → тропонин → ЭКГ → клинические факторы риска → риск кровотечения. Выбор стратегии → первичное ЧКВ → фибринолиз при невозможности своевременного ЧКВ → ранняя/немедленная инвазивная стратегия при NSTE-ACS высокого риска. Госпитальное лечение → антитромботическая терапия → ЧКВ → профилактика осложнений → высокоинтенсивная липидснижающая терапия. Выписка → индивидуальный план лечения → обучение пациента → контроль факторов риска. Долгосрочное наблюдение → кардиореабилитация → контроль LDL-C → контроль артериального давления → контроль гликемии → физическая активность → приверженность лечению. Настоящая работа имеет ряд ограничений. Во-первых, она является аналитическим обзором и не содержит собственной проспективной выборки пациентов. Поэтому результаты не следует интерпретировать как результаты локального клинического исследования.

Во-вторых, современные рекомендации продолжают развиваться, а отдельные вопросы лечения ОКС требуют дальнейшего изучения. В-третьих, эффективность конкретной стратегии лечения может зависеть от доступности ЧКВ, особенностей организации медицинской помощи и характеристик конкретной популяции пациентов. Тем не менее анализ современных рекомендаций и крупных рандомизированных исследований позволяет определить основные направления построения эффективной системы лечения пациентов с ОКС. Современная система лечения больных с острым коронарным синдромом должна представлять собой непрерывную последовательность мероприятий от догоспитальной диагностики до долгосрочной вторичной профилактики. Ранняя регистрация ЭКГ, своевременное определение типа ОКС и оценка клинического риска являются ключевыми условиями выбора правильной лечебной стратегии. При STEMI своевременное первичное ЧКВ является основным методом реперфузионного лечения при его доступности в необходимый временной интервал.

При невозможности своевременного выполнения ЧКВ у соответствующих пациентов может использоваться фибринолитическая терапия с последующей инвазивной стратегией. При NSTE-ACS сроки коронарографии и реваскуляризации должны определяться индивидуальным риском пациента и наличием признаков высокого или очень высокого риска. Двойная антитромбоцитарная терапия остаётся одним из основных компонентов лечения ОКС, однако продолжительность и состав терапии должны определяться с учётом соотношения ишемического и геморрагического риска. Современное ЧКВ предполагает использование радиального доступа и, при соответствующих показаниях, внутрисосудистой визуализации для оптимизации процедуры. При многососудистом коронарном поражении стратегия лечения должна учитывать возможность полной реваскуляризации у соответствующих пациентов.

Высокоинтенсивная липидснижающая терапия является обязательным компонентом вторичной профилактики после ОКС. Кардиореабилитация, контроль факторов риска и обучение пациента являются продолжением госпитального лечения и должны рассматриваться как обязательные элементы современной системы ведения больных после ОКС. Наиболее важным организационным принципом лечения ОКС является сокращение времени от появления симптомов до постановки диагноза и восстановления коронарного кровотока. Совершенствование региональной маршрутизации и взаимодействия догоспитального и специализированного звеньев медицинской помощи является одним из основных условий повышения эффективности лечения пациентов с ОКС.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, современная система лечения ОКС основана на принципе максимально раннего восстановления коронарного кровотока, рациональной антитромботической терапии, индивидуальной

оценки риска, современных методов ЧКВ и обязательного продолжения лечения после выписки. Данные современных рекомендаций ESC и ACC/AHA подтверждают необходимость интеграции догоспитального, госпитального и амбулаторного этапов в единую систему оказания помощи [1,2]. Ключевым направлением дальнейшего совершенствования системы является не только внедрение новых лекарственных препаратов и интервенционных технологий, но и повышение эффективности маршрутизации пациентов, сокращение времени до реперфузии, обеспечение приверженности лечению и широкое внедрение кардиореабилитации.

Список использованной литературы:

1. Byrne R.A., Rossello X., Coughlan J.J., et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European Heart Journal*. 2023;44(38):3720–3826. doi:10.1093/eurheartj/ehad191.
2. Rao S.V., O'Donoghue M.L., Ruel M., et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2025;151–e862. doi:10.1161/CIR.0000000000001309.
3. Wallentin L., Becker R.C., Budaj A., et al. Ticagrelor versus Clopidogrel in Patients with Acute Coronary Syndromes. *New England Journal of Medicine*. 2009;361:1045–1057. doi:10.1056/NEJMoa0904327.
4. Mehta S.R., Wood D.A., Storey R.F., et al. Complete Revascularization with Multivessel PCI for Myocardial Infarction. *New England Journal of Medicine*. 2019;381:1411–1421. doi:10.1056/NEJMoa1907775.
5. Wiviott S.D., Braunwald E., McCabe C.H., et al. Prasugrel versus Clopidogrel in Patients with Acute Coronary Syndromes. *New England Journal of Medicine*. 2007;357:2001–2015. doi:10.1056/NEJMoa0706482.
6. Ibanez B., James S., Agewall S., et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*. 2018;39:119–177.
7. Collet J.P., Thiele H., Barbato E., et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*. 2021;42:1289–1367.
8. Ibanez B., Heusch G., Ovize M., Van de Werf F. Evolving therapies for myocardial ischemia and reperfusion. *Journal of the American College of Cardiology*. 2015;65:1454–1471.
9. Antman E.M., Braunwald E. Acute myocardial infarction. In: Braunwald's Heart Disease. Elsevier.
10. Anderson J.L., Morrow D.A. Acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*. 2017;376:2053–2064.
11. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes. *Circulation*. 2014;130–e426.
12. O'Gara P.T., Kushner F.G., Ascheim D.D., et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction. *Circulation*. 2013;127–e425.
13. Mehta S.R., Yusuf S., Peters R.J., et al. Effects of pretreatment with clopidogrel and aspirin followed by long-term therapy in patients undergoing PCI: PCI-CURE. *Lancet*. 2001;358:527–533.
14. Sabatine M.S., Wiviott S.D., Morrow D.A., et al. High-dose atorvastatin associated with better outcomes in acute coronary syndromes. *New England Journal of Medicine*. 2004;350:1495–1504.
15. Cannon C.P., Blazing M.A., Giugliano R.P., et al. Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes. *New England Journal of Medicine*. 2015;372:2387–2397.
16. Schwartz G.G., Steg P.G., Szarek M., et al. Alirocumab and Cardiovascular Outcomes after Acute Coronary Syndrome. *New England Journal of Medicine*. 2018;379:2097–2107.
17. Bhatt D.L., Steg P.G., Ohman E.M., et al. International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis. *JAMA*. 2006;295:180–189.
18. Anderson L., Oldridge N., Thompson D.R., et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*. 2016;67:1–12.
19. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S., et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*. 2016;37:2315–2381.
20. Visseren F.L.J., Mach F., Smulders Y.M., et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*. 2021;42:3227–3337.
21. Tamis-Holland J.E., Jneid H. Management of acute coronary syndromes. *Circulation*. Current evidence and guideline-based approaches.
22. Ibanez B., Bax J.J., Lavín P., et al. Management of acute myocardial infarction and contemporary reperfusion strategies. *European Heart Journal*.
23. Yusuf S., Zhao F., Mehta S.R., et al. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. *New England Journal of Medicine*. 2001;345:494–502.
24. Mehta S.R., Yusuf S. The Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent Events trial. *Lancet*. 2001;358:527–533.
25. Levine G.N., Bates E.R., Bittl J.A., et al. 2016 ACC/AHA Guideline Focused Update on Duration of Dual Antiplatelet Therapy in Patients With Coronary Artery Disease. *Circulation*. 2016;134–e155.

TIBBIYOT
TA'LIMI & INNOVATSIYALARI

2026. № 9

Muharrir: Sherzod Qurbonov

Mas’ul kotib: Surmaniso Mirzaliyeva

Dizayner: Oloviddin Sobir o‘g‘li

© Materiallar ko‘chirib bosilganda “Tibbiyot ta'limi va innovasiyalari” ilmi elektron jurnali manba sifatida ko‘rsatilishi shart. Jurnalda bosilgan material va reklamalardagi dalillarning aniqligiga mualliflar ma’sul. Tahririyat fikri har vaqt ham mualliflar fikriga mos kelamasligi mumkin. Tahririyatga yuborilgan materiallar qaytarilmaydi.

Jurnalga istalgan payt quyidagi rekvizitlar orqali obuna bo‘lishingiz mumkin. Obuna bo‘lgach, @iqtisodiyot_77 telegram sahifamizga to‘lov haqidagi ma’lumotni skrinshot yoki foto shaklida jo‘natishingizni so‘raymiz. Shu asosda har oygi jurnal yangi sonini manzilingizga jo‘natamiz.

Mazkur jurnalda maqolalar chop etish uchun quyidagi havolalarga
maqola, reklama, hikoya va boshqa ijodiy materiallar yuborishingiz mumkin.
Materiallar va reklamalar pullik asosda chop etiladi.
El.Pochta: sq143235@gmail.com
Bot: @munis_sm
Tel.: 97 748 70 03





Google scholar

PubMed MEDLINE
NIH U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health
Advancing Health Through Knowledge