



**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

**12 (86) 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  
У.О. АБИДОВ  
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  
Б.Б. ХАСАНОВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
Б.З. ХАМДАМОВ  
Э.Б. ХАККУЛОВ  
Г.С. ХОДЖИЕВА  
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)

# **12 (86)**

www.bsmi.uz  
https://newdaymedicine.com E:  
ndmuz@mail.ru  
Тел: +99890 8061882

# **2025 декабрь**

УДК 616.

**ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИДА НОСТАБИЛ СТЕНОКАРДИЯ: ЗАМОНАВИЙ  
ЁНДАШУВЛАР ВА ТАҲЛИЛЛАР** (Адабиётлар шарҳи)

Рахматова Дилбар Бахриддиновна <https://orcid.org/0000-0002-7321-3248>

e-mail: [dilbar\\_raxmatova09@bsmi.uz](mailto:dilbar_raxmatova09@bsmi.uz)

Камолов Жахонгир Рустамович <https://orcid.org/0009-0007-7018-2515>

e-mail: [jaxongir3072@gmail.com](mailto:jaxongir3072@gmail.com)

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий  
кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

✓ **Резюме**

*Ностабил стенокардияда юзага келувчи клиник хавфлар, миокард инфарктига ўтиш эҳтимоли ва долзарб даволаш ёндашувлари ҳақида батафсил маълумотлар, кардиология амалиётида ушбу ҳолатнинг эрта аниқланиши, хавфни баҳолаш ва тезкор даволаш алгоритмларининг аҳамияти алоҳида таъкидланади.*

*Калит сўзлар: ностабил стенокардия, қандли диабет, хавф омиллари, юрак қон- томир хавфи, дислипидемия, миокард инфаркти, тропонин.*

**НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА:  
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И АНАЛИЗ**

(Обзор литературы)

Рахматова Дилбар Бахриддиновна <https://orcid.org/0000-0002-7321-3248>

e-mail: [dilbar\\_raxmatova09@bsmi.uz](mailto:dilbar_raxmatova09@bsmi.uz)

Камолов Джахонгир Рустамович <https://orcid.org/0009-0007-7018-2515>

e-mail: [jaxongir3072@gmail.com](mailto:jaxongir3072@gmail.com)

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул.  
А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

✓ **Резюме**

*Подробно рассматриваются клинические риски, возникающие при нестабильной стенокардии, вероятность её перехода в инфаркт миокарда и актуальные подходы к лечению. Отдельно подчёркивается значение раннего выявления данного состояния, оценки риска и применения быстрых лечебных алгоритмов в кардиологической практике.*

*Ключевые слова: нестабильная стенокардия, сахарный диабет, факторы риска, сердечно-сосудистый риск, дислипидемия, инфаркт миокарда, тропонин.*

**UNSTABLE ANGINA IN CORONARY ARTERY DISEASE: MODERN APPROACHES AND  
ANALYSIS** (literature review)

Rakhmatova Dilbar Bakhriddinovna <https://orcid.org/0000-0002-7321-3248>

e-mail: [dilbar\\_raxmatova09@bsmi.uz](mailto:dilbar_raxmatova09@bsmi.uz)

Kamolov Jakhongir Rustamovich <https://orcid.org/0009-0007-7018-2515>

e-mail: [jaxongir3072@gmail.com](mailto:jaxongir3072@gmail.com)

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1  
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

✓ **Resume**

*Detailed information on the clinical risks of unstable angina, the possibility of progression to myocardial infarction, and current treatment approaches are provided, with a special emphasis on the importance of early detection, risk assessment, and rapid treatment algorithms in cardiology practice.*

*Key words: unstable angina, diabetes, risk factors, cardiovascular risk, dyslipidemia, myocardial infarction, troponin.*

### Долзарблиги

Ностабил стенокардия (НС) юрак ишемик касаллигининг (ЙИК) энг кенг тарқалган, аммо олдиндан айтиб бўлмайдиган клиник кўринишларидан бири сифатида 50 йилдан ортиқ вақт давомида ўрганилганига қарамай, стенокардиянинг ушбу шакли ҳали ҳам бугунги кунда кардиологиянинг долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Замонавий тушунчаларга кўра, НС тишсиз миокард инфаркти (кичик ўчоқли инфаркт) ва катта ўчоқли инфаркт билан бир қаторда “ўткир коронар синдром” (ЎКС) нинг ягона тушунчасига киритилган. Бу соғлиқ ва беморнинг ҳаёти учун хавфли эканлигини кўрсатади, шу билан бирга юрак ишемик касаллигининг ЎКС тузилишидаги бу шакли, уни дарҳол ва узоқ муддатли салбий оқибатларининг олдини олиш эҳтимолини оширади.

Хорижий ва маҳаллий тиббий адабиётларда НС нинг турли жиҳатлари бўйича кўплаб тадқиқотлар тақдим этилган. Уларнинг аксарияти шифохона шароитида ушбу патологияни ташхислаш ва даволашга бағишланган. Бироқ, НС билан боғлиқ бошқа муҳим масалалар ҳам мавжуд бўлиб, улар етарли даражада ёки умуман ўрганилмаган. НС билан оғриган беморларни узоқ муддатли истиқболли кузатиш бўйича жуда кам тадқиқотлар мавжуд. Шубҳасиз, ўткир миокард инфаркти (ЎМИ) ривожланиши, НС клиник шакллари, шунингдек, юрак ишемик касаллигининг клиник кечиши ва прогнозига таъсир этувчи омилларни аниқлаш нуктаи назаридан энг хавф остида бўлганларни аниқлаш бўйича етарли эмас.

**Тадқиқот мақсади:** ностабил стенокардиянинг замонавий ҳолати: касалликнинг ўзига хос кечиш хусусиятлари, стенокардияли беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш ва ўрганиш.

Юрак ишемик касаллиги замонавий ҳамжамиятнинг, хусусан тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб ҳисобланади. Ногиронлик ва ўлим кўрсаткичлари жиҳатидан юрак ишемик касаллиги дунёда етакчилик қилади ва барча ўлим ҳолатларининг барча сабаблари олинганда уларнинг 1/3 қисми юрак ишемик касаллигига тўғри келади. Ушбу тоифа касалликлар 35 ёшдан юқори бўлган аҳоли орасида ўлимнинг асосий сабабчилари қаторида етакчилик қилади [19, 30, 2, 41, 33].

Юрак ишемик касаллигининг эрта (premature) юзага келиши деб, касаллик эркакларда 55 ёшгача ва аёлларда 65 ёшгача юзага келган ҳолатлари инобатга олинади [21,3].

Стабил кечаётган юрак ишемик касаллигининг, миокард инфаркти шаклланиши, ностабил стенокардия ривожланиши ёки тўсатдан коронар ўлим билан намоён бўлиши кўринишида тўсатдан кучайиши муаммоси жаҳон тиббиёт ҳамжамиятида энг долзарб бўлиб, кўплаб тадқиқотчилар муҳокамаларининг сабаблари орасида асосийларидан бўлган ҳолда, уни “ўткир коронар синдром” атамасига бирлаштиради [7].

Замонавий тиббиётда ностабил стенокардиянинг куйидаги клиник шакллари таснифланган:

- прогрессияланувчи, ўсиб боровчи зўриқиш стенокардияси (crescendo stenocardia), стенокардияга характерли бўлган асосан тўш ортида юзага келувчи ёки бошқа турдаги эквивалент оғриқлар частотасининг, интенсивлигининг ва давомийлигининг ошиши кузатилади. Шунингдек ушбу тоифадаги стенокардия учун одатдаги жисмоний ва эмоционал зўриқишларга нисбатан толерантликнинг пасайиши, оғриқни қолдириш учун истеъмол қилинадиган дори воситаларининг миқдорининг ошиши хос бўлиб ҳисобланади.

- биринчи марта пайдо бўлган зўриқиш стенокардияси ёки тинч ҳолатдаги стенокардия (stenocardia de novo) касаллик анамнези 1 ойдан ошмаган, прогрессияланиш тенденцияси мавжуд бўлиб аломатлар кучайиб боради;

- эрта инфарктдан кейинги стенокардия, миокард инфарктдан кейин 24 соатдан 1 ойгача бўлган муддатда аниқланади; баъзи кардиологлар эрта инфарктдан кейинги стенокардияга, ўтказилган инфарктдан кейин 10-14 кун муддат ичида юзага келадиган стенокардияни, айниқса тинч ҳолатдаги стенокардияни киритишади;

- ангиопластикадан кейинги стенокардия, аралашувдан 2 ҳафтадан 6 ойгача бўлган муддатларда ривожланадиган стенокардиялар ушбу тоифага киритилади;

- аортокоронар шунтлашдан кейинги кечки муддатларда юзага келувчи стенокардия, (кўпинча шунтнинг ўзининг зарарланиши билан боғлиқ);

- Принцметал стенокардияси (вариант стенокардияси), юрак соҳасида юзага келувчи спонтан оғриқларнинг оғир хуружлари билан тавсифланади, улар цикликиги, даврийлиги (сутканинг муайян даврида 2 тадан 6 тагача оғриқ хуружлари, улар орасидаги давр 3 дан 10 дақ. гача) ва ЭКГ



да и ST сегментнинг яққол ифодаланган элевацияси билан, шунингдек (кўпинча) юрак ритмининг бузилишлари билан намоён бўлади. Ностабил стенокардиянинг таснифи, хуружлар юзага келишининг ўткирлигига (I, II, III) ва шароитларига кўра (A,B,C синфлар) бугунги кунда ҳам ўз аҳамиятини сақлаб қолган. Муаллифлар томонидан ўтказилган тадқиқотларда юқори тромботик фаолликка эга бўлган беморларда кўшилиб келган клиник ҳолатлар ва касалликлар кўп бўлганлиги аниқланган. Ушбу гуруҳ беморларида бош мия қон айланишининг ўткир бузилишлари, қандли диабет мултифокал атеросклероз каби касалликлар ҳам кўп учраганлиги ўрнатилган. Беморларнинг ушбу тоифасида, яъни ушбу омиллар мавжуд беморларда касалликнинг номақбул ҳамда асоратли кечиши кузатилган. Шу билан бир вақтда тромбоцитларнинг ҳаддан ташқари фаоллиги асоратларнинг юзага келишида патогенетик механизмларнинг бири сифатида қаралиши мумкинлиги кўрсатилган [39].

Европа ва Американинг етакчи кардиологик илмий мактаблари “ўткир коронар синдром” (ЎКС) атамасига қуйидагича таъриф беришади: ЎКС - ST сегментнинг кўтарилмаслиги ёки кўтарилиши билан кечувчи ностабил стенокардия ёки ўткир миокард инфарктини кўрсатувчи турли кўринишдаги клиник белгилар ёки аломатлар гуруҳи [16, 4].

Таъкидлаш жоизки, “ўткир коронар синдром” атамаси дастлабки ташхисни шакллантиришда фойдаланилади, бунда беморнинг врачга мурожаат қилган дастлабки учрашувида миокард ишемияси ҳолати кузатилганлиги қайд қилинади [32, 5, 38].

Етакчи хорижий олимларнинг замонавий тавсияларга кўра электрокардиографик (ЭКГ) текширувларининг маълумотларига асосланган ҳолда, миокарднинг ўткир ишемияси уч гуруҳга бўлинади, қайсики улар қуйидагича тавсифланади: ностабил стенокардия (НС), ST сегмент элевацияси бўлмаган ЎКС (STэбЎКС) ҳамда ST элевацияси билан ЎКС (STэЎКС)

Ностабил стенокардия тушунчасининг ўзига алоҳида таъриф берилганда ушбу клиник ҳолат миокарднинг ўткир ишемияси бўлиб, бунда ишемиянинг давомийлиги ва оғирлик даражаси некроз шаклланиши учун етарли бўлмаслиги тушунилади. Ностабил стенокардия кечаётган беморларнинг ЭКГ текширувида ST сегмент элевацияси қайд этилмайди. Беморларда юрак мушагининг некрози ҳақида маълумот берувчи биомаркёрлар аниқланмайди ёки уларнинг миқдори миокард инфаркти (МИ) ташхисланиши учун етарли даражада бўлиши кузатилмайди.

Европа кардиологлар жамияти (ЕКЖ) 2015 йилда году ностабил стенокардия (НС)ни кардиомиоцитлар некрозининг лаборатор белгиларисиз миокард ишемияси сифатида тавсифлаган ҳолда уни қуйидагича тақдим этди:

- тинч ҳолатда тўш ортида давомли интенсив оғрик (20 дақ.);
- Канада юрак-қон томир жамияти (CCS) томонидан II- ёки III-синф билан таснифланган биринчи марта пайдо бўлган стенокардия (de novo);
- тез-тез, оғир ва давомли хуружларда ўзини намоён қила бошлаган илгари ўрнатилган СтСнинг бекарорлиги, CCS таснифи бўйича стенокардиянинг  $\geq 1$  синфга кўтарилиши (crescendo angina);
- постинфаркт стенокардия [25].

Ҳозирги вақтда мавжуд сўнгги маълумотларга кўра юрак-қон томир касалликлари бутун Европа бўйлаб (Ўзбекистон республикаси ҳам ЖССТнинг Европа бюроси таркибига киради ва мос равишда ушбу маълумотлар республикамиздаги кўрсаткичларни акс эттиради) ҳар йили ўлим ҳолатларининг 4 миллионига сабаб бўлмоқда. Агар барча сабаблар туфайли юзаа келадиган ўлим ҳолатларини инобатга олинса бу кўрсаткичлар 45% ни ташкил қилиб, улар орасида ЮИК юрак-қон томир касалликлари (ЮҚТК) ҳисобига юзага келадиган ўлимларнинг 1,8 миллионига сабаб бўлади. ЮҚТКдан юзага келадиган ўлимлар аёллар (2,2 миллион) орасида эркаларга (1,8 миллион) нисбатан кўпчилиқни ташкил қилади. Шунингдек таъкидлаш жоизки, ЖССТ Европа бюросининг маълумотларига кўра ЮҚТК аёллар орасида барча ўлим ҳолатларининг 49%и ва эркалар орасида 40%и тўғри келади [17].

Юрак ишемик касаллиги анъанавий тарзда ўрта ёшли эркаларнинг касаллиги сифатида эътироф этилади. Статистик маълумотларга кўра, ЮИК аёлларда худди шу ёшдаги эркаларга қараганда сезиларли даражада кам учрайди. Олиб борилаётган тадқиқотларда оланган натижаларга асосан сўнгги йилларда ёшларда ЮИК ривожланиш частотаси ортиб бормоқда, бу эса ўз навбатида меҳнат қobiliятини эрта йўқотиш ва эрта ўлим ҳисобига муҳим ижтимоий-иқтисодий муаммога айланиб бораётганлигини таъкидлайди [40].

ЮИК орасида ностабил стенокардия “ўткир коронар синдром” умумий атамаси таркибига киритилган. Соғлиқни-сақлаш тизимининг ушбу муаммоси аҳолининг катта қисмини қамраб олади дунё бўйича ўлимнинг асосий сабаби бўлиб қолмоқда. Ушбу ҳолатни ва кўкракда оғриқнинг бошқа сабабларини, жумладан стабил стенокардияни фарқлаш, беморни даволаш ва ҳолатини аниқлаш учун муҳим. Клиницистлар ўткир коронар синдромнинг белгиларини ва симптомларини билишлари зарур, чунки пациентлар оғриқни юрак соҳасидаги бошқа турдаги кўкрак оғриқларидан фарқлашда тиббиёт ходимларига таянишади. Касалликни ўрганиш бошланганидан буён уни даволашнинг мутаносиб ва самаралироқ усуллари, ҳамда ностабил стенокардияни ва ўткир коронар синдромнинг бошқа вариантларини муваффақиятли даволаш учун зарур бўлган ташхисот инструментларини аниқлаш бўйича сезиларли миқдорда кўп тадқиқотлар олб борилган [29, 26].

Европа кардиологлар жамиятининг тавсияларига кўра (ESC Guidelines, 2013) ЮИК билан касалланган беморларни даволаш ҳамда реабилитацияси жараёнларини такомиллаштириш мақсадида асосан 2 та асосий вазифаларни ҳал қилиш зарур:

- касаллик башоратини яхшилаш, шунингдек миокард инфаркти (МИ) ва тўсатдан ўлимнинг келиб чиқишини олдини олиш, ушбу тоифадаги беморларни ҳаёт давомийлигини узайтириш;
- стенокардия хуружларининг юзага келиш частоталарини ва уларнинг интенсивлигини пасайтириш ҳисобига беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш [37, 15].

Ностабил стенокардия билан бемор касалхонага келган вақти уни биринчи навбатда электрокардиография (ЭКГ) усули ёрдамида текшириш зарур. Ушбу текширув ёрдамида беморларда ишемик белгилар ёки STэМИ белгиларини тез аниқлаш кўзланади. Ностабил стенокардия кузатилган ҳолатларда ўткир учли Т тишча, ушбу тишчанинг инверсияси ва ST депрессияси аниқланиши мумкин. ST сегмент элевацияси STэМИ га ишора қилади, бу эса ушбу тоифа беморларни тери орқали аралашувлар ёки тромболитиклар ёрдамида даволашни кўзда тутлади. ЎКС билан беморларда турли кўринишдаги ёки исталган аритмиялар кузатилиши мумкин, булар тугунли ритмлар, синусли тахикардия, қоринча тахикардияси, қоринчалар фибрилляцияси ҳамда Гисс тутами чап оёқчаси блокадасини ўз ичига олади, шу билан бирга, эътиборли жиҳати инфаркт билан таққослаганда ностабил стенокардияда кўпинча синусли ритм мавжуд бўлади.

Беморларни лаборатор текширувида умумий қон таҳлилида анемия ва тромбоцитлар миқдори баҳоланади, шунингдек беморларда кузатилиши мумкин бўлган электролит бузилишларини аниқлаш мақсадида базавий метаболик профилни ўрганилади. Беморларда тропонинларни аниқлаш эса миокард инфарктини аниқлаш учун ишлатилади, мия натрийуретик пептидини аниқлаш зарурати ҳам мавжуд, чунки унинг юқори миқдорлари тадқиқотларда аниқланишича юқори ўлим кўрсаткичлари билан боғлиқ бўлган. Замонавий тиббиёт амалиётида антикоагулянт даво асосий компонентлардан бири сифатида қаралаётганлиги сабабли коагуляцияни текшириш талаб қилинади.

Беморларни анамнезига эътибор қаратилганда бошқа шошилиш ҳолатларга, хусусан аорта қаватланиши, қизилўнгач ёрилиши, пневмоторакс, ўпка артерияси тромбозмиёлияси каби ҳолатларга текшириш зарурати мавжуд. Беморларни келган вақтидан бошлаб ритм бузилишларини аниқлаш мақсадида кардиомониторга уланиши керак. Беморларни кузатиш давомида кейинчалик, юрак стресс-тестларини ўз ичига олади (югуриш йўлакчаси, стресс эхокардиография, миокард перфузиясининг визуализацияси, юрак компютер томографияси/магнит-резонанс томография ёки олтин стандарт бўлган юрак катетеризацияси). Бугунги кунда ушбу тестларни стационар врачлари ва шошилиш тиббиёт шифокорлари томонидан амалга оширади [13, 12].

Новосибирскда ўтказилган тадқиқотларда шунга ўхшаш натижалар олинган. Тадқиқотга 151 нафар эркаклар жалб қилинган бўлиб, унда беморлар асоратланмаган стабил стенокардия, 1-2 йил олдин тери орқали коронар аралашувлар ўтказилган беморлар ва 1-2 йил олдин ўтказилган коронар ҳодисалар билан беморлар киритилган. Nt-proBNP – даражаси МИ ўтказган беморларда ишонарли юқори бўлган. Шунингдек учинчи гуруҳ вакилларида Nt-proBNP даражаси беморларнинг ёши билан ҳамда чап бўлмача (ЧБ) ва чап қоринча (ЧК) ўлчамлари билан тўғри корреляцияга эга. 1- ва 3-гуруҳ вакилларида чап қоринча миокарди массаси индекси даражаси билан ҳам ишонарли корреляцияга эга бўлган [43].

GLORIA-AF глобал кўп марказли проспектив регистри бўйича ўтказилган тадқиқотларнинг маълумотлари ўрганилганда, ушб тадқиқот давомида пациентлар уч гуруҳга бўлинган: биринчи гуруҳда илгари ўтказилган миокард инфаркти анамнези (МИ)/ностабил стенокардия; иккинчи гуруҳда стабил стенокардияли беморлар; учинчи гуруҳ вакиллари стабил стенокардиясиз ёки анамнезида МИ/ностабил стенокардия бўлмаган гуруҳ вакилларида иборат бўлган. Ушбу тадқиқотда бирламчи якуний нукта сифатида барча сабаблар оқибатида ҳамда инсулт натижасида юзага келган олинган, шу билан бирга хавсфликнинг якуний нуктаси эса йирик қон кетишлар бўлган. Таҳлилга жами 24 827 ЮИК билан пациентлар киритилган бўлиб ёш медианаси 71 ёшни (квартиллара қамров, 64-78) ташкил этган. Тадқиқот давомида икки йиллик кузатувда бирламчи якуний нукталар частотаси биринчи гуруҳда 100 нафар беморга 5,99 (ИИ 95%, 5,33, 6,71) ни, иккинчи гуруҳда 4,04 (ИИ 95%, 3,55, 4,70) ни ва учинчи гуруҳ вакилларида 2,79 (ИИ 95%, 2,62, 2,96) ни ташкил этган. Бўлмачалар фибрилляцияси ва ЮИК билан беморлар орасида, замонавий антикоагулянтларни қабул қилганлар орасида витамин К антагонистлари қабул қилганларга нисбатан бирламчи якуний нукталар ва йирик қон кетишлар хавфи сезиларли даражада паст бўлган. Анамнезида МИ/ностабил стенокардия бўлган беморларда стабил стенокардия билан таққосланганда юрак – қон томир ҳодислари хавфи юқори бўлиб, замонавий антикоагулянтлар самарадорлик ва хавфсизлик нуктаи назаридан витамин К антагонистларидан устунлик қилган [8].

Хорижий ва маҳаллий тадқиқотлар натижаларининг таҳлилида ЮИК ва стенокардия билан пациентларнинг ҳаёт сифатининг кўрсаткичлари ҳам ўрганилган. Натижаларнинг кўрсатишича стенокардияда аксарият ҳолларда ҳаёт сифатининг ёмонлашиши кузатилган ҳамда касаллик ноқулай башоратга эга бўлган [28].

Ностабил стенокардияли беморларда ҳаёт сифатининг (ХС) ўзгариши ва башоратли омиллар ҳам клиник, ҳам соғлиқни сақлаш амалиёти учун маълумотли бўлиб ҳисобланади. Бироқ, бу жиҳат бўйича, айниқса, чекланган ресурсларга эга бўлган соғлиқни сақлаш муассасаларида мавжуд тадқиқотлар камчиликни ташкил қилади. Тадқиқотда тери орқали коронар аралашувлардан сўнг (ТКА) сўнг НС билан беморларда ХС ва унга боғлиқ омиллардаги ўзгаришлар аниқланган. Тадқиқотда олинган натижаларга кўра, НС билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифати аралашувдан 1 ойдан кейин сезиларли ўзгармаган бўлиб, аралашувдан 3 ой ўтгач сезиларли даражада яхшилланган. Кекса, нафақага чиққан, қишлоқ жойларида яшовчи ва тропонин даражаси анормал бўлган беморларга кўпроқ эътибор бериш керак [31].

Kaambwa, Gesesew, ва Horsfall (2020) шунингдек, тери орқал коронар аралашувлар бажарилган беморларда АКШ амалиётига нисбатан ҳаёт сифатининг тезроқ яхшиланишини аниқлади [10].

Тадқиқотда ўткир коронар синдромдан сўнг беморларда аҳволининг оғирлиги ҳамда ҳаёт даражаси ва сифати ўртасидаги боғлиқлик аниқланган. Маълумотлар шуни кўрсатдики, беморларнинг аксариятида стенозсиз стенокардия (36%) ва 1 та коронар артерия стенози (29%) мавжуд бўлган. Ҳаёт сифатининг натижаларини ўрганиш шуни кўрсатадики, бивариацион таҳлилда (CI 95%) касалликнинг оғирлик даражаси ва ҳаёт сифати ўртасида сезиларли боғлиқлик мавжуд бўлган (p-қиймати 0,033) [18].

Ўткир коронар синдром беморнинг ҳаёт сифатига таъсир қилиши мумкин. Тери орқали коронар аралашувлар бажарилган беморларда, аралашув психологик чидамлилиги ва ўзини ўзи бошқариш билан боғлиқ ҳаёт сифатининг пасайишига олиб келади. Ўткир коронар синдромли қандли диабет, гипертония каби касалликларга чалинган беморларда, буйрак муаммолари, стресс, жисмоний машқлар етишмовчилиги ҳаёт сифатининг пастлиги билан тавсифланади [1]. Ўткир коронар синдром хуружидан тузалган беморларда, соғлом аҳоли билан таққосланганда умумий саломатликнинг бир нечта компонентларида умумий популяция билан таққосланганда пасайиш мавжуд, булар жисмоний, ақлий, кундалик фаолиятда акс этади [15].

Тадқиқот доирасида ҳаёт сифатининг турли томонларини аниқлаш учун универсал SF-36 сўровномаси ёрдамида тадқиқот ўтказилган. Анкета 36 та саволни ўз ичига олади, улар 8 та бўлимга гуруҳланган. Ўрганилган барча жиҳатлар бўйича ЮИК ностабил стенокардияли беморларда ўртача балл назорат гуруҳи вакилларига қараганда анча паст эканлиги аниқланган [36].

Tin VT, Tat Bang H, et al. (2023) тадқиқотларида келтирилишича, ностабил стенокардия (НС) беморларнинг ҳаёт сифатига салбий таъсир кўрсатади. Ушбу тоифадаги беморларни даволашда, тери орқали коронар аралашув (ТКА) ижобий терапевтик самарага эга бўлган ва ҳаёт сифатини яхшилайдиган кенг тарқалган тавсия этилган даволаш усулларида бири бўлиб ҳисобланади. Ушбу тадқиқотда НС ли беморларда ТКАдан олдин ва кейин ҳаёт сифатидаги ўзгаришларни ва тегишли омилларни солиштиришга қаратилган бўлган. Тадқиқотда, аралашувдан олдинги босқичга нисбатан тери орқали коронар аралашувидан бир ой ўтгандан сўнг ҳаёт сифатининг сезиларли яхшиланишини аниқланган: аралашувдан олдинги ҳаёт сифати кўрсаткичи  $0,73 \pm 0,32$  ни ташкил этган бўлса, бир ойдан кейин у  $0,89 \pm 0,20$  га кўтарилган ( $p < 0,001$ ). Пациентнинг жинси, касби ва тропонин (t) коронар артерия аралашувларидан бир ой ўтгач, ҳаёт сифатининг ўзгариши билан боғлиқ бўлган [29; 24].

Юрак – қон томир касалликларига бағишланган клиник синовларда якуний нуқтанинг бирламчи таркибий компоненти сифатида НС дан фойдаланиш билан боғлиқ қийинчиликлар ва имкониятлар таҳлилида, НС дан фойдаланиш фойдасига аргументлар унинг МИ билан патофизиологик ўхшашлиги, статистик кучни ошириш қобилияти, ҳаёт сифатига таъсири ва соғлиқни сақлашга юқламасига асосланган [11].

Ўзбекистонда ўтказилган тадқиқотда изланувчилар томонидан прогрессияланувчи стенокардия билан беморларда жисмоний қобилияти ва ҳаёт сифати баҳоланган. Тадқиқотда ЎзР РШТЎИМ га ҚД2 фонида ЮИК ностабил стенокардия кузатилган 179 нафар бемор иштирок этган. Шу билан бирга назорат гуруҳи вакиллари сифатида 150 нафар углевод алмашинувининг фон бузилишлари бўлмаган ЮИК ностабил стенокардияли пациентлар ўрганилган. Тадқиқотда ҚД2 типи шаклидаги фон касаллиги бўлган ЮИК ностабил стенокардияли беморлар жисмоний фаолликнинг ва ҳаёт сифатининг пасайиши билан боғлиқ бўлган. Тадқиқотда шунингдек хирургик реваскуляризация талаб қилинган беморларда эндоваскуляр реваскуляризация зарурати бўлган беморлар билан таққосланганда ҳаёт сифати паст бўлган [35].

Россия Федерациясида ўтказилган тадқиқотда беморларни касалхонага ётқизилганидан кейин 6 ой ичида ST сегменти элевациясиз ЎКС қайд этилган ўрта ёшли беморларнинг психоэмоционал ҳолатининг хусусиятлари ўрганилган. Тадқиқотга 101 нафар бемор жалб қилинган бўлиб, уларда коронар қон оқимининг обструкциясиз зарарланиши билан ST элевацияси бўлмаган ЎКС кузатилган. Беморлар касалхонага ётқизиلىб даволангандан сўнг 6 ойдан сўнг текширилиб унда саломатликнинг асосий кўрсаткичлари, руҳий мувозанат ҳолатлари, жисмоний фаоллик ва ҳаёт сифати кўрсаткичлари ўрганилган. Қайд этилишича ностабил стенокардияли беморлар гуруҳларида 5% аёллар ва 3% эркеклар ўзини ёмон ҳис қилган, мос равишда 30% ва 39% пациентлар ўзининг ҳолатидан қониқишган яъни ҳолатини қониқарли деб баҳолаган, 41% ва 39% беморлар ўзини яхши ҳис қилган ва 24% аёллар ҳамда 19% эркеклар ўзини аъло ҳис қилган. Шу билан бирга таъкидлаш жоизки, ҳар иккала жинс вакиллари орасида гуруҳ беморларнинг деярли ярмида асосий қисмида паст жисмоний фаоллик ўрин олган. Яна бир эътиборли жиҳати тадқиқотда иштирок этган аёллар эркекларга нисбатан хавф омиллари билан курашиш учун ўзининг одатий ҳаёт тарзини ўзгартиришга тайёр бўлганлиги қайд этилган [34].

Ушбу шартларни баҳолаш учун махсус асбоблар талаб қилинади. Беморларнинг шароитлари ва ўлчанадиган жиҳатларига кўра ҳаёт сифатини баҳолаш учун баъзи воситалар мавжуд. Кардиология ва юрак касалликлари учун Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг ҳаёт сифатини баҳолаш асбоби (ХС-ЖССТ), тиббий натижаларни ўрганиш 6-даражали қисқа шаклдаги саломатлик сўрови (SF-36), MacNew юрак касаллиги саломатлиги билан боғлиқ ҳаёт сифати сўровномаси (MacNew) ва бошқалар ишлатилади [6].

Республикамызда олиб борилган тадқиқотда ностабил стенокардия билан қўшилиб келган сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) нинг сақланган отилиш фракцияси (ОФ) I–II А босқичлари, I–III ФС билан беморлар ўрганилган бўлиб, уларнинг ўртача ёши  $58,0 \pm 7,8$  ёшни ташкил этган. Пациентларда ОФс-СЮЕ етишмовчилиги ривожланишига 50% ҳолатда прогрессияланувчи стенокардия ва қолган 50%ида – АГ нинг ЮИК билан қўшилиб келиши бўлган. Тадқиқотда олинган натижаларнинг кўрсатишича аёлларда ОФс-СЮЕ ностабил стенокардия фонида (73% ҳолатда), эркекларда эса АГ ва ЮИК коморбидлигида (73,3% ҳолат) ривожланган. Таъкидлаш жоизки абдоминал семизлик (аёлларда  $BA \geq 80$  см ва эркекларда  $\geq 94$  см) ўрганилган беморларнинг 79,3%ида кузатилган. Олинган натижалардан хулоса қилиш мумкинки,



СЮЕ клиник белгиларининг ифодалангалиги чап қоринча (ЧҚ) гипертрофияси даражаси билан корреляцияланади. АГ ва ЮИК қўшилиб келиши кузатилган пациентларда СЮЕ белгилари яққолроқ ифодаланади [42, 44].

ЮИК касалликлари шакллариининг замонавий ҳолати, уларнинг тарқалиши, ташхисланиши ва юзага келадиган қон-томир ҳодисаларини ўрганиш бизнинг қарашимизда долзарб бўлиб ҳисобланади.

Ҳиндистонда ўтказилган катта регистрнинг маълумотлари Керала штатининг 125 та касалхонасига ётқизилган 25 748 нафар беморнинг госпитализацияси давомида олинган маълумотлардан иборат. Тадқиқот давомида касалхона ичи ўлими ҳақида тушунчалар, уларни олиб бориш ва касалхона ичи ўлими ва асосий салбий юрак-қон томир ҳодисалари ҳақидаги маълумотлар(МАСЕ) баҳоланган. Натижаларга таъсир қилувчи омилларни ҳисобга олган ҳолда, натижаларнинг башоратчиларини баҳолаш учун кўп даражали тасодифий самаралар регрессион моделлари яратилган бўлиб, беморларни қабул қилишда ўртача (SD) ёши 60 (12) ёшни ташкил этган ва ЎКС турлари орасида фарқ қилмаган (ST-сегмент элевацияси билан миокард инфаркти (STэМИ)=37%; STэбМИ=31%; ностабил стенокардия=32%). Касалхонадан чиқариш кўрсаткичлари ўзгарувчан бўлган ва умуман олганда оптимал бўлмаган (<80%). Касалхона ичи ўлими ва МАСЕ кўрсаткичлари STэМИ бўйича энг юқори бўлди (мос равишда 8,2 ва 10,3%). Коррекциялашдан сўнг, STэМИ ташхисоти (ностабил стенокардия билан таққослаганда) [имкониятлар нисбати (ИН) (95% ИИ=4,06 (2,36, 7,00)], белгилар бошланганидан касалхонага ётқизишгача бўлган вақт >6 соат [ИН=2,29 (1,73, 3,02)] ва тромбозисни нотўғри қўллаш [ИН=1,33 (0,92, 1,91)] касалхона ичи ўлимнинг юқори хавфи билан боғлиқ бўлган ва касалхонага келганидан игнагача бўлган муддат <30 минутгача бўлганда [ИН=0,44 (0,27, 0,72)] паст ўлим кўрсаткичлари билан боғлиқ бўлган. МАСЕ хавфи бўйича ҳам шунга ўхшаш тенденциялар кузатилган [20].

ACCESS гуруҳи тадқиқотчиларининг маълумотларига кўра, ривожланаётган мамлакатларда ЎКС нинг 46%и STэМИ га ва 54%и STэбМИ/НС га тўғри келишини таъкидлаган [9]. Rajapakse et al. тадқиқоти натижаларида эса, ЎКС нинг 33,6%и STэМИ шаклида кечиши аниқланган [22; p. 421–7.], Medagama et al. илмий изланишлари натижаларига кўра, ЎКСнинг 32,8%и STэМИ билан тавсифланган [14], Ralapanawa, U. et al. (2019) томонидан олиб борилган тадқиқотда, 25,7% ҳолатлар STэМИ га ва 36,7%и STэбМИ ҳамда 37,7% НС шаклида учраши кўрсатилган [23, 20].

### Хулоса

Юрак-қон томир касалликлари, хусусан юрак ишемик касаллиги ҳозирги кунда дунё ва Европа микёсида ўлимнинг асосий сабаби бўлиб қолмоқда. ЖССТнинг маълумотларига кўра, ҳар йили ушбу касалликлардан катта қисми аёллар орасида кузатилади, бу эса эпидемиологик ва гендер хусусиятларини чуқур таҳлил қилиш зарурлигини кўрсатади. Сўнгги йилларда ишемик касалликнинг ёшлар орасида ўсиш тенденцияси ва эрта меҳнат қобилятини йўқотишга олиб келиши унинг ижтимоий-иқтисодий аҳамиятини янада оширмоқда. Ностабил стенокардия ўткир коронар синдромнинг таркибий қисми сифатида ўз вақтида ва тўғри ташхислашни талаб қиладиган, юқори хавфли ҳолат сифатида эътироф этилади. Ушбу патологияда ЭКГнинг тезкор ўтказилиши, ишемик ўзгаришларни эрта аниқлаш ва ST сегменти ўзгаришлари асосида клиник қарор қабул қилиш муваффақиятли даволашнинг асосий бўғинидир. Даволаш ва реабилитация стратегиялари Европа кардиологлар жамияти тавсияларига асосланиб, касалликнинг прогнозини яхшилаш, миокард инфаркти ва тўсатдан ўлимнинг олдини олишга қаратилган. Умуман олганда, ностабил стенокардиянинг учраш частотасининг ўсиши, унинг дифференциал ташхиси ва самарали терапия усуллариини танлаш бугунги кун клиник кардиологиясининг долзарб ва муҳим йўналиши ҳисобланади.

### АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Bahall M., Khan K. (2018). Quality of life of patients with first-time AMI: a descriptive study. Health and quality of life outcomes, 16(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0860-8>.
2. Boitsov SA, Shalnova SA, Deev AD. Cardiovascular mortality in the Russian Federation and possible mechanisms for its change. Journal of Neurology and Psychiatry. C. C. Korsakov. 2018;118 (8):98-103. (In Russ.)

3. Developed by the committee of experts of the Russian Society of Cardiology (RSC), Russian Society of Preventive Cardiology (RSPC) RS of N-CD. Cardiovascular prevention 2017. Russ J Cardiol 2017;23 (6):7–122. DOI: [dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2018-6-7-122](https://doi.org/10.15829/1560-4071-2018-6-7-122). Russian
4. Fagel ND, van Nooijen FC, Maarse M, Slagboom T, Herrman JP, van der Schaaf RJ, Amoroso G, Patterson MS, Laarman GJ, Suttorp MJ, Vink MA. Five-year results of the complete versus culprit vessel percutaneous coronary intervention in multivessel disease using drug-eluting stents II (CORRECT II) study: a prospective, randomised controlled trial. Neth Heart J. 2019 Jun;27(6):310-320. doi: 10.1007/s12471-019-1252-3. PMID: 30868547; PMCID: PMC6533316.
5. Gender differences in coronary angiography, subsequent interventions, and outcomes among patients with acute coronary syndromes / G. S. Gudnadottir, K. Andersen, I. S. Thrafnadóttir [et al.] // American heart journal. – 2017. – Vol. 191. – P. 65–74.
6. Gierlaszyńska, K., Pudło, R., Jaworska, I., Byrczek-Godula, K., & Gaśior, M. (2016). Tools for assessing quality of life in cardiology and cardiac surgery. *Kardiochirurgia i torakochirurgia polska: Polish journal of cardio-thoracic surgery*, 13(1), 78–82. <https://doi.org/10.5114/kitp.2016.58974>.
7. Heli Koukkunen, Aki S. Havulinna, Seppo Lehto, Matti Ketonen, Juha Mustonen, Juhani K. Airaksinen, Olavi Ukkola, Y. Antero Kesäniemi & Veikko Salomaathe FINAMI Study Group (2018) Case fatality of acute coronary events is improving even among elderly patients; the FINAMI study 1995–2012, *Annals of Medicine*, 50:1, 35-45, DOI: 10.1080/07853890.2017.1382713
8. Huang B, Liu Y, Lam HM, Ishiguchi H, Chao TF, Huisman MV, Lip GYH; GLORIA-AF Investigators. The impact of clinical phenotypes of coronary artery disease on outcomes in patients with atrial fibrillation: A post-hoc analysis of GLORIA-AF registry. *Eur J Clin Invest*. 2025 Jan 13:e14378. doi: 10.1111/eci.14378. Epub ahead of print. PMID: 39805630.
9. Investigators A. Management of acute coronary syndromes in developing countries: acute coronary events-a multinational survey of current management strategies. *Am Heart J*. 2011;162(5):852–9. e22.
10. Kaambwa, B., Gesesew, H. A., Horsfall, M. (2020). Quality of life changes in acute coronary syndromes patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph17186889>
11. Kristensen AMD, Pareek M, Kragholm KH, Sehested TSG, Olsen MH, Prescott EB. Unstable Angina as a Component of Primary Composite Endpoints in Clinical Cardiovascular Trials: Pros and Cons. *Cardiology*. 2022;147(3):235-247. doi: 10.1159/000524948. Epub 2022 May 10. PMID: 35537418; PMCID: PMC9393841
12. Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, Deanfield J, Emerson SS, Esbjerg S, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. *N Engl J Med* 2023;389:2221–32. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2307563>
13. Lippi G, Favaloro EJ. Myocardial Infarction, Unstable Angina, and White Thrombi: Time to Move Forward? *Semin Thromb Hemost*. 2019 Feb;45(1):115-116.
14. Medagama A, Bandara R, De Silva C, Galgomuwa MP. Management of acute coronary syndromes in a developing country; time for a paradigm shift?an observational study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2015;15:133. <https://doi.org/10.1186/s12872-015-0125-y>.
15. Mollon L., Bhattacharjee S. (2017). Health related quality of life among myocardial infarction survivors in the United States: a propensity score matched analysis. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 235. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0809-3>
16. Montalescot G, Sechtem U, et al. ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2013 Oct;34(38):2949-3003.
17. Neumann FJ, Sousa-Uva M, Ahlsson A, Alfonso F, Banning AP, Benedetto U, Byrne RA, Collet JP, Falk V, Head SJ, Jüni P, Kastrati A, Koller A, Kristensen SD, Niebauer J, Richter DJ, Seferović PM, Sibbing D, Stefanini GG, Windecker S, Yadav R, Zembala MO. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *EuroIntervention*. 2019 Feb 20;14(14):1435-1534. doi: 10.4244/EIJY19M01\_01. PMID: 30667361.

18. Nurhamsyah, D., Trisyani, Y., Nuraeni, A., Maziyya, N. (2021). Severity Level and Quality of Life of Post-Acute Coronary Syndrome Patients. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 9(2), 118-123. <https://doi.org/10.24198/jkp.v9i2.1661>
19. O'Donovan G, Lee IM, Hamer M, Stamatakis E. Association of “weekend warrior” and other leisure time physical activity patterns with risks for all-cause, cardiovascular disease, and cancer mortality. *JAMA Intern Med* 2017;177:335–42. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.8014>.
20. Padinhare P.M., Rony M., Sadasivan H., Mangalath N.K., Geevar Z., Jhony J., Koshy E., Mathew A., Jaideep M., Manoj T., Sonny J., Mark D.H., Dorairaj P., on behalf of the Kerala ACS Registry Investigators, Presentation, management, and outcomes of 25 748 acute coronary syndrome admissions in Kerala, India: results from the Kerala ACS Registry, *European Heart Journal*, Volume 34, Issue 2, 7 January 2013, Pages 121–129, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs219>
21. Patel R, Barnard S, Thompson K, et al. Evaluation of the uptake and delivery of the NHS Health Check programme in England, using primary care data from 9.5 million people: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020;10(11):e042963. Published 2020 Nov 5. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042963>
22. Rajapakse S, Rodrigo PC, Selvachandran J. Management of acute coronary syndrome in a tertiary care general medical unit in Sri Lanka: how closely do we follow the guidelines? *J Clin Pharm Ther*. 2010;35(4):421–7.
23. Ralapanawa, U., Kumarasiri, P.V.R., Jayawickreme, K.P. et al. Epidemiology and risk factors of patients with types of acute coronary syndrome presenting to a tertiary care hospital in Sri Lanka. *BMC Cardiovasc Disord* 19, 229 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12872-019-1217-x>
24. Rieckmann, N., Neumann, K., Feger, S. et al. Health-related quality of life, angina type and coronary artery disease in patients with stable chest pain. *Health Qual Life Outcomes* 18, 140 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01312-4>
25. Rodbard HW, Visco VE, Andersen H, Hiort LC, Shu DH. Treatment intensification with stepwise addition of prandial insulin aspart boluses compared with full 267 basal-bolus therapy (FullSTEP Study): a randomised, treat-to-target clinical trial [published correction appears in *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2014 Jan;2(1):e3]. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2014;2(1):30-37. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70090-1](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70090-1)
26. Schwartz BG, Rezkalla S, Kloner RA. Cardiovascular effects of cocaine. *Circulation* 2010;122:2558–69. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.110.940569>
27. Sharma R, Bhairappa PSR, Manjunath CN. Clinical characteristics, angiographic profile and in hospital mortality in acute coronary syndrome patients in south indian population. *Heart India*. 2014;2(3):65–9.
28. T.J Ford, E Yui, A Morrow, N Sidik, R Good, J.P Rocchiccioli, M McEntegart, S Watkins, H Eteiba, A Shaukat, M.M Lindsay, K Robertson, S Hood, K.G Oldroyd, C Berry, Angina, quality of life and prognosis: prospective comparison of patients undergoing invasive management, *European Heart Journal*, Volume 41, Issue Supplement\_2, November 2020, ehaa946.1361, <https://doi.org/10.1093/ehjci/ehaa946.1361>
29. Tin BT, Tat Bang H, Thu TTA, Anh NTM, Vu VH, Tap NV. Quality of Life in Patients With Unstable Angina Before and After Percutaneous Coronary Intervention: A Single-Center Pilot Study Using the European Quality of Life 5-Dimension 5-Level (EQ-5D-5L) Questionnaire. *Cureus*. 2023 Sep 25;15(9):e45886. doi: 10.7759/cureus.45886. PMID: 37885559; PMCID: PMC10599217.
30. Tocci G, Figliuzzi I, Presta V, Miceli F, Citoni B, Coluccia R, Musumeci MB, Ferrucci A, Volpe M. Therapeutic Approach to Hypertension Urgencies and Emergencies During Acute Coronary Syndrome. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2018 Sep;25(3):253-259. [PubMed]
31. Van Nguyen H, Khuong LQ, Nguyen AT, Nguyen ALT, Nguyen CT, Nguyen HTT, Tran TTH, Dao ATM, Gilmour S, Van Hoang M. Changes in, and predictors of, quality of life among patients with unstable angina after percutaneous coronary intervention. *J Eval Clin Pract*. 2021 Apr;27(2):325-332. doi: 10.1111/jep.13416. Epub 2020 Jun 16. PMID: 32542918.
32. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Willeit P, Warnakula S, Bolton T, et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current

- drinkers in 83 prospective studies. Lancet 2018;391:1513–23. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30134-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30134-X).
33. Zeymer, U. Immediate multivessel PCI in patients with ACS : is less more? / U. Zeymer, R. Zahn // Herz. 2016;41(7):566-571.
34. Айрапетян М.А., Лучинкина Е.Е., Гордеев И.Г., Таратухин Е.О. Качество жизни пациентов в зависимости от пола и формы острого коронарного синдрома без подъёма сегмента ST. Российский кардиологический журнал. 2017;(8):31-35. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2017-8-31-35>
35. Б.Ф. Мухамедова, Д.А. Алимов, Р.К. Джамалдинова, Х.М. Турсунов, Н.Х. Орипова Физическая работоспособность и качество жизни у больных с прогрессирующей стенокардией // Вестник экстренной медицины. 2018. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fizicheskaya-rabotosposobnost-i-kachestvo-zhizni-u-bolnyh-s-progressiruyushey-stenokardiey> (дата обращения: 08.04.2025).
36. Баланова Ю.А., Шальнова С.А., Куценко В.А., и соавт. Вклад артериальной гипертензии и других факторов риска в выживаемость и смертность в российской популяции. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021;20(5):3003. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2021-3003>
37. Бойцов С.А., Погосова Н.В., Аншелес А.А., Бадтиева В.А., Балахонова Т.В., Барбараш О. Л., Васюк Ю.А., Гамбарян М. Г., Гендлин Г.Е., Голицын С. П., Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Ежов М. В., Ершова А. И., Жиров И. В., Карпов Ю. А., Кобалава Ж. Д., Концевая А. В., Литвин А. Ю., Лукьянов М. М., Марцевич С. Ю., Мацкеплишвили С. Т., Метельская В. А., Мешков А. Н., Мишина И. Е., Панченко Е. П., Попова А.Б., Сергиенко И.В., Смирнова М. Д., Смирнова М. И., Соколова О.Ю., Стародубова А.В., Сухарева О. Ю., Терновой С. К., Ткачева О. Н., Шальнова С. А., Шестакова М.В. Кардиоваскулярная профилактика 2022. Российские национальные рекомендации. Российский кардиологический журнал. 2023;28(5):5452. doi:10.15829/1560-4071-2023-5452.
38. Драпкина О.В. Качество жизни у больных ИБС. // Трудный пациент. 2014;7:12-16.
39. Князева Т.А., Бадтиева В.А., Никифорова Т.И. Комплексирование физических тренировок с физиотерапевтическими методами восстановления метаболизма миокарда в реабилитации пациентов, перенесших острый коронарный синдром и кардиохирургическую реваскуляризацию миокарда. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2020;97(5):5–12.
40. Приказ МЗ РФ от 27 апреля 2021 года N 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения (с изменениями на 1 февраля 2022 года)"
41. Рагино Ю.И., Кузьминых Н.А., Щербакова Л.В., Денисова Д.В., Шрамко В.С., Воевода М.И. Распространенность ишемической болезни сердца (по эпидемиологическим критериям) и ее ассоциации с липидными и нелипидными факторами риска в популяции 25-45 лет Новосибирска. Российский кардиологический журнал. 2019;(6):78-84. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2019-6-78-84>
42. Ташкенбаева Э.Н., Хасанжанова Ф.О., Кадырова Ф.Ш., Мирзаев Р.З., Мухиддинов А.И., Касымова Б.С., Мардонов У.А. Особенности клинического течения нестабильной стенокардии с хронической сердечной недостаточностью у больных с сохранной фракцией выброса. Евразийский Кардиологический Журнал. 2019;(2S):279.
43. Хасанжанова Ф., Ташкенбаева Э. (2023). Роль факторов риска при развитие нестабильных вариантах стенокардии у мужчин в молодом и пожилом возрасте с дислипидемией. Журнал биомедицины и практики, 1(4), 107–113. <https://doi.org/10.26739/2181-9300-2021-4-16>
44. Яхонтов Д.А., Коростелева Е.В. Особенности течения и приверженность лечению при различных вариантах стабильной стенокардии в сочетании с артериальной гипертензией у жителей г. Новосибирска. // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2014;(4):13-18. <https://doi.org/10.17802/2306-1278-2014-4-13-18>

Поступила 20.11.2025