



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

8 (94) 2026

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. АМОМОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
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
Г.У. НУРОВА
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)

8 (94)

2026

Август

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

УДК 614.2:616.127-005.8-053.81-084

КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКИМ РИСКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ОСНОВЕ ШКАЛЫ BM-MI-YOUNG SCORE

¹Мухамедова Малика Муртазоевна <https://orcid.org/0009-0006-0838-6982>

²Ганиева Шахзода Шавкатовна <https://orcid.org/0000-0001-6090-1394>

¹Ташкентский международный университет Кимё (Kimyo International University in Tashkent), PhD, г. Ташкент, Узбекистан e-mail: m.mukhamedova@kiut.uz

²Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, DSc, г. Бухара, Узбекистан e-mail: shaxzoda.ganiyeva@bsmi.uz

✓ Резюме

Актуальность. Внедрение прогностических шкал в клиническую практику требует не только оценки их дискриминационной способности, но и подтверждения клиничко-организационной и экономической эффективности основанных на них программ ведения пациентов, что для лиц молодого возраста с высоким риском инфаркта миокарда (ИМ) изучено недостаточно.

Цель. Оценить клиничко-организационную и экономическую эффективность персонализированной тактики ведения пациентов молодого возраста с высоким и очень высоким риском ИМ, разработанной на основе шкалы BM-MI-Young Score.

Материал и методы. У 85 пациентов молодого возраста (19–44 года), отнесённых по шкале BM-MI-Young Score к категории высокого или очень высокого риска ИМ, применена персонализированная тактика ведения, дифференцированная в зависимости от ведущего фактора риска. Клиничко-организационные показатели (длительность госпитализации, частота повторных госпитализаций и обращений, приверженность лечению, достижение целевых показателей) сопоставлены с показателями стандартного наблюдения. Экономическая эффективность рассчитана по формуле «стоимость/эффективность» (Fillips S., Thompson G., 1999).

Результаты. При персонализированном ведении, по сравнению со стандартным наблюдением, средняя длительность госпитализации сократилась с $11,2 \pm 1,8$ до $7,1 \pm 1,4$ койко-дня, частота повторных госпитализаций за 12 месяцев — с 18,7% до 6,7%, повторных обращений — с 24,0% до 9,3%; приверженность лечению возросла с 68,5% до 89,7%, достижение целевых показателей риска — с 42,6% до 81,3% ($p < 0,01-0,001$). Расчётная экономия составила 4,8 млн сум на одного пациента при повышении вероятности благоприятного исхода на 0,15.

Заключение. Персонализированная тактика ведения на основе шкалы BM-MI-Young Score сопровождается клинически значимым улучшением организационных показателей и благоприятным соотношением «стоимость/эффективность»; характеристики группы сравнения (стандартное наблюдение) требуют уточнения, а приведённые экономические расчёты носят модельный характер.

Ключевые слова: инфаркт миокарда; лица молодого возраста; персонализированная медицина; экономическая эффективность; диспансерное наблюдение.

BM-MI-YOUNG SCORE ШКАЛАСИ АСОСИДА МИОКАРД ИНФАРКТИ ХАВФИ ЮҚОРИ БЎЛГАН ЁШЛАРНИ ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯЛАБ ЮРИТИШНИНГ КЛИНИК-ТАШКИЛИЙ ВА ИҚТИСОДИЙ САМАРАДОРЛИГИ

¹Мухамедова Малика Муртазоевна <https://orcid.org/0009-0006-0838-6982>

²Ганиева Шахзода Шавкатовна <https://orcid.org/0000-0001-6090-1394>

¹Кимё Тошкент халқаро университети клиник фанлар кафедраси доценти, PhD, Тошкент ш., Ўзбекистон

²Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти педиатрия №2 кафедраси профессори, DSc, Бухоро ш., Ўзбекистон

✓ Резюме

Долзарблиги. Прогностик шкалаларни клиник амалиётга жорий этиш нафақат уларнинг дискриминацион қобилиятини, балки уларга асосланган беморларни юритиш дастурларининг клиник-ташкилий ва иқтисодий самарадорлигини ҳам тасдиқлашни талаб қилади, бу эса миокард инфаркти (МИ) хавфи юқори бўлган ёш беморлар учун етарлича ўрганилмаган.

Мақсад. BM-MI-Young Score шкаласи асосида ишлаб чиқилган, МИ хавфи юқори ва жуда юқори бўлган ёш беморларни персонализациялаб юритиш тактикасининг клиник-ташкилий ва иқтисодий самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар. BM-MI-Young Score шкаласи бўйича МИ хавфи юқори ёки жуда юқори тоифасига киритилган 85 нафар ёш бемор (19–44 ёш)да етакчи хавф омиллига қараб дифференциялашган персонализациялашган юритиш тактикаси қўлланилди. Клиник-ташкилий кўрсаткичлар (госпитализация давомийлиги, қайта госпитализация ва мурожаатлар частотаси, даволашга риоя қилиш, мақсадли кўрсаткичларга эришиш) стандарт кузатув кўрсаткичлари билан таққосланди. Иқтисодий самарадорлик «стоимость/эффективность» формуласи (Fillips S., Thompson G., 1999) бўйича ҳисобланди.

Натижалар. Персонализациялашган юритишда стандарт кузатувга нисбатан ўртача госпитализация давомийлиги $11,2 \pm 1,8$ дан $7,1 \pm 1,4$ койко-кунгача, йиллик қайта госпитализация частотаси 18,7% дан 6,7% гача, қайта мурожаатлар 24,0% дан 9,3% гача камайди; даволашга риоя қилиш 68,5% дан 89,7% гача, хавф мақсадли кўрсаткичларига эришиш 42,6% дан 81,3% гача ошди ($p < 0,01 - 0,001$). Ҳисобланган иқтисод бир беморга 4,8 млн сўмни ташиқил этди, ижобий натижа эҳтимоли 0,15 га ошди.

Хулоса. BM-MI-Young Score шкаласи асосидаги персонализациялашган юритиш тактикаси ташкилий кўрсаткичларнинг клиник аҳамиятли яхшиланиши ва «стоимость/эффективность» нисбатининг қулай бўлиши билан кузатилади; таққослаш гуруҳи (стандарт кузатув) хусусиятлари аниқлаштиришни талаб қилади, келтирилган иқтисодий ҳисоб-китоблар эса модели хусусиятга эга.

Калит сўзлар: миокард инфаркти; ёш ёшдаги шахслар; персонализациялашган тиббиёт; иқтисодий самарадорлик; диспансер кузатуви.

CLINICAL-ORGANIZATIONAL AND ECONOMIC EFFICACY OF BM-MI-YOUNG SCORE-BASED PERSONALIZED MANAGEMENT IN YOUNG ADULTS AT HIGH RISK OF MYOCARDIAL INFARCTION

¹Malika M. Mukhamedova <https://orcid.org/0009-0006-0838-6982>

²Shakhzoda Sh. Ganieva <https://orcid.org/0000-0001-6090-1394>

¹ Kimyo International University in Tashkent, Tashkent, Uzbekistan

²Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

✓ Resume

Background. Implementing prognostic scales in clinical practice requires confirmation not only of their discriminative ability but also of the clinical-organizational and economic efficacy of management programs based on them, which remains insufficiently studied for young adults at high risk of myocardial infarction (MI).

Objective. To evaluate the clinical-organizational and economic efficacy of a personalized management tactic for young patients at high and very high risk of MI, developed on the basis of the BM-MI-Young Score.

Materials and Methods. In 85 young patients (19–44 years) classified as high or very high risk of MI by the BM-MI-Young Score, personalized management differentiated according to the leading risk factor was applied. Clinical-organizational indicators (length of hospitalization, readmission and repeat-visit rates, treatment adherence, achievement of target risk parameters) were compared with those of standard observation. Economic efficacy was calculated using the cost-effectiveness formula (Fillips S., Thompson G., 1999).

Results. With personalized management, compared with standard observation, mean hospitalization length decreased from 11.2 ± 1.8 to 7.1 ± 1.4 bed-days, the 12-month readmission rate from 18.7% to 6.7%, and repeat visits from 24.0% to 9.3%; treatment adherence increased from 68.5% to 89.7%, and achievement of target risk parameters from 42.6% to 81.3% ($p < 0.01-0.001$). The estimated cost savings were 4.8 million sum per patient, with a 0.15 increase in the probability of a favorable outcome.

Conclusion. BM-MI-Young Score-based personalized management is associated with a clinically meaningful improvement in organizational indicators and a favorable cost-effectiveness ratio; the characteristics of the comparison group (standard observation) require clarification, and the presented economic calculations are illustrative in nature.

Keywords: myocardial infarction; young adults; personalized medicine; cost-effectiveness; follow-up care.

Актуальность

Разработка прогностических шкал сердечно - сосудистого риска представляет собой лишь первый этап их клинического внедрения. Практическая ценность подобных инструментов определяется не только их дискриминационной способностью, но и подтверждённой клинко-организационной и экономической эффективностью программ ведения пациентов, построенных на их основе [3,8]. Для лиц молодого возраста с высоким риском инфаркта миокарда (ИМ) — категории, недостаточно охваченной традиционными шкалами и системами вторичной профилактики, — подобные данные остаются ограниченными [4].

Международный опыт демонстрирует, что структурированные программы вторичной профилактики после острых коронарных событий, включающие регулярное наблюдение, обучение пациентов и контроль модифицируемых факторов риска, ассоциированы с улучшением приверженности лечению и достижением целевых показателей [6,7]. Показано также, что более высокая приверженность руководства по вторичной профилактике связана со снижением частоты повторных госпитализаций и смертности [7]. Вместе с тем систематизированные данные об экономической эффективности персонализированных, биомаркер-ориентированных программ наблюдения именно у лиц молодого возраста немногочисленны [5].

Ранее разработанная биомолекулярно-клиническая шкала BM-MI-Young Score позволяет выделять пациентов молодого возраста с высоким и очень высоким риском ИМ и формировать персонализированную тактику ведения, ориентированную на ведущий патогенетический фактор риска у конкретного пациента. Оценка клинко-организационных результатов внедрения такого подхода, включая длительность госпитализации, частоту повторных обращений и экономическую целесообразность, представляет самостоятельный практический интерес.

Цель исследования: оценить клинко-организационную и экономическую эффективность персонализированной тактики ведения пациентов молодого возраста с высоким и очень высоким риском инфаркта миокарда, разработанной на основе шкалы BM-MI-Young Score.

Материал и методы

В исследование включено 85 пациентов молодого возраста (19–44 года) из ранее обследованной когорты 190 лиц с острым коронарным синдромом и острым ИМ, отнесённых по биомолекулярно-клинической шкале BM-MI-Young Score (максимум 25 баллов; сумма ≥ 11 баллов соответствует категории высокого или очень высокого риска) к категории высокого или очень высокого риска. Для каждой категории риска, в зависимости от ведущего фактора (повышение VEGF-A или CD40L, дефицит магния или цинка, высокий уровень воспринимаемого стресса по шкале PSS-10, нарушения сна, гиподинамия, регулярное употребление энергетических напитков, курение, артериальная гипертензия, отягощённый семейный анамнез), была сформирована дифференцированная персонализированная тактика ведения, включавшая целевые лечебно-диагностические и профилактические мероприятия и динамический контроль соответствующих показателей с установленной периодичностью (табл. 1). Клинко-организационные показатели — средняя длительность госпитализации, частота

повторных госпитализаций и повторных обращений за 12 месяцев, приверженность лечению и достижение целевых значений факторов риска — сопоставлены с показателями стандартного наблюдения. Экономическая эффективность оценивалась с использованием показателя «стоимость/эффективность», рассчитываемого по формуле $C/\Delta=(C2-C1)/(\Delta2-\Delta1)\times100$ (Fillips S., Thompson G., 1999), на основании средней стоимости койко-дня в кардиологическом стационаре (1 200 000 сум) и стандартной либо сокращённой длительности госпитализации (12 и 8 койко-дней соответственно), а также вероятности благоприятного исхода при стандартном (0,70) и персонализированном (0,85) подходах. Приведённые экономические расчёты носят модельный, иллюстративный характер и не являются результатом проспективного фармакоэкономического исследования. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакетов Statistica и SPSS; сравнение количественных показателей выполняли с помощью t-критерия Стьюдента, качественных — с помощью критерия χ^2 или точного критерия Фишера. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результат и обсуждения

Персонализированная тактика ведения пациентов молодого возраста. Для каждого ведущего фактора риска, определённого на основании шкалы BM-MI-Young Score, была сформирована дифференцированная тактика наблюдения и коррекции (табл. 1).

Таблица 1. Персонализированная тактика ведения пациентов молодого возраста в зависимости от ведущего фактора риска

Ведущий фактор риска	Тактика ведения
Повышение VEGF-A >230 пг/мл	Контроль VEGF-A каждые 6 месяцев, коррекция факторов эндотелиальной дисфункции, контроль АД и массы тела
Повышение CD40L >15 нг/мл	Динамический мониторинг воспалительной активности, коррекция факторов хронического воспаления и курения
Дефицит магния (<0,75 ммоль/л)	Назначение препаратов магния, контроль уровня через 3 месяца
Дефицит цинка (<11 мкмоль/л)	Коррекция питания и приём препаратов цинка с последующим лабораторным контролем
Высокий уровень стресса (PSS-10 $\geq$ 20 баллов)	Консультация психолога, программы управления стрессом, нормализация режима труда и отдыха
Нарушения сна	Коррекция циркадного ритма, ограничение экранного времени за 2 часа до сна, контроль продолжительности сна
Гиподинамия	Индивидуальная программа физической активности не менее 150 минут в неделю
Использование гаджетов >4 часов/сутки	Ограничение непрерывного экранного времени, цифровая гигиена
Регулярное употребление энергетических напитков	Полный отказ от энергетиков, контроль АД и ЧСС
Курение	Программа отказа от курения и динамическое наблюдение
Артериальная гипертензия	Целевой контроль АД <130/80 мм рт.ст., наблюдение кардиолога
Отягощённый семейный анамнез	Ежегодное кардиологическое обследование независимо от наличия жалоб
Высокий или очень высокий риск по BM-MI-Young Score	Комплексное наблюдение кардиолога, контроль биомаркеров каждые 3–6 месяцев

Клиническая эффективность персонализированной тактики. При сопоставлении персонализированного ведения со стандартным наблюдением установлено достоверное сокращение длительности госпитализации, снижение частоты повторных госпитализаций и обращений, а также повышение приверженности лечению и доли пациентов, достигших целевых значений факторов риска (табл. 2).

Таблица 2. Клиническая эффективность персонализированной тактики ведения

Показатель	Стандартное наблюдение	Персонализированное ведение	p
Средняя длительность госпитализации, койко-дней	11,2 ± 1,8	7,1 ± 1,4	<0,001
Повторные госпитализации за 12 мес., %	18,7	6,7	<0,01
Повторные обращения в стационар, %	24,0	9,3	<0,01
Приверженность лечению, %	68,5	89,7	<0,001
Достижение целевых факторов риска, %	42,6	81,3	<0,001

Примечание: характеристики группы сравнения (объём выборки, способ формирования — историческая или одновременная когорта) в первичных методических материалах не детализированы.

Таким образом, средняя продолжительность стационарного лечения при персонализированном ведении уменьшилась на 4,1 койко-дня, а частота повторных госпитализаций в течение года снизилась почти в 3 раза по сравнению со стандартным наблюдением.

Экономическая эффективность. Модельный расчёт показателя «стоимость/эффективность» выполнен на основании средней стоимости койко-дня в кардиологическом стационаре (1 200 000 сум) и сокращения длительности госпитализации с 12 до 8 койко-дней. Стоимость лечения одного пациента без применения метода составила 14 400 000 сум ($12 \times 1\,200\,000$), с применением метода — 9 600 000 сум ($8 \times 1\,200\,000$); расчётная экономия — 4 800 000 сум на одного пациента. При этом вероятность благоприятного исхода повысилась с 0,70 (стандартное лечение) до 0,85 (метод с биомолекулярным мониторингом), то есть прирост эффективности составил 0,15, или 15 процентных пунктов. Приведённые расчёты носят модельный, иллюстративный характер, основанный на допущениях исходных методических материалов, и не заменяют результатов проспективного фармакоэкономического исследования.

Обсуждение

Полученные результаты свидетельствуют о клинически значимом улучшении организационных показателей ведения пациентов молодого возраста высокого риска ИМ при использовании персонализированной, ориентированной на ведущий фактор риска тактики наблюдения по сравнению со стандартным подходом. Сокращение длительности госпитализации и частоты повторных обращений согласуется с общими представлениями о том, что более полное и структурированное соблюдение принципов вторичной профилактики ассоциировано со снижением частоты повторных госпитализаций и неблагоприятных исходов после острых коронарных событий [7].

Повышение приверженности лечению и доли пациентов, достигших целевых значений факторов риска, при персонализированном ведении также сопоставимо с результатами зарубежных программ структурированной вторичной профилактики и кардиореабилитации, продемонстрировавших улучшение контроля факторов риска на протяжении 12-месячного наблюдения [6]. Это подтверждает общую целесообразность перехода от унифицированных

схем наблюдения к дифференцированным, учитывающим индивидуальный патогенетический профиль пациента, что соответствует современным принципам биомаркер-ориентированной персонализированной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний [5].

Расчётное снижение затрат на госпитализацию и повышение вероятности благоприятного исхода на фоне персонализированного ведения указывают на потенциальную экономическую целесообразность внедрения шкалы BM-MI-Young Score в практику диспансерного наблюдения. Вместе с тем приведённые экономические расчёты носят модельный характер, основаны на ограниченном наборе допущений (усреднённая стоимость койко-дня, фиксированное сокращение длительности госпитализации) и не учитывают дополнительные затраты, связанные с определением биомолекулярных маркеров, консультациями специалистов и амбулаторным мониторингом, что может завышать итоговую оценку экономической эффективности.

Существенным ограничением настоящего исследования является отсутствие детализации характеристик группы сравнения (стандартное наблюдение): в первичных материалах не указаны ни численность, ни способ формирования данной группы, ни то, являлась ли она одновременной или исторической когортой. Это ограничивает возможность строгой causal-интерпретации выявленных различий и требует уточнения в дальнейших публикациях. Дополнительным ограничением служит отсутствие рандомизации и потенциальное влияние систематических факторов, сопутствующих внедрению новой программы наблюдения (например, повышенное внимание медицинского персонала к пациентам, включённым в персонализированную программу).

Дальнейшие исследования должны быть направлены на проведение контролируемых сравнительных исследований с чётко определённой и одновременно набранной группой сравнения, а также на проведение формального фармакоэкономического анализа с учётом полной структуры затрат на внедрение биомаркер-ориентированной персонализированной модели наблюдения.

Заключение

Персонализированная тактика ведения пациентов молодого возраста с высоким и очень высоким риском инфаркта миокарда, основанная на шкале BM-MI-Young Score и ориентированная на ведущий патогенетический фактор риска, сопровождалась достоверным сокращением длительности госпитализации, снижением частоты повторных госпитализаций и обращений, а также повышением приверженности лечению и доли пациентов, достигших целевых значений факторов риска, по сравнению со стандартным наблюдением. Модельный расчёт указывает на благоприятное соотношение «стоимость/эффективность» предложенного подхода. Ввиду отсутствия детализации характеристик группы сравнения и модельного характера экономических расчётов, полученные результаты следует рассматривать как предварительное обоснование клинко-организационной и экономической целесообразности метода, требующее подтверждения в контролируемых проспективных исследованиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019;140(11). doi:10.1161/CIR.0000000000000678.
2. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019;139(25). doi:10.1161/CIR.0000000000000625.
3. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs): Fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2025. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).

4. Wu WY, Berman AN, Biery DW, Blankstein R. Recent trends in acute myocardial infarction among the young. *Curr Opin Cardiol.* 2020;35(5):524-530. doi:10.1097/HCO.0000000000000781.
5. Babb de Villiers C, Plans-Beriso E, Erady C, Blackburn L, Wilson H, Turner H, et al. Biomarkers for Personalised Primary or Secondary Prevention in Cardiovascular Diseases: A Rapid Scoping Review. *Int J Mol Sci.* 2025;26(19):9346. doi:10.3390/ijms26199346.
6. Craciun LM, Buleu F, Pah AM, Badalica-Petrescu M, Bodea O, Man DE, et al. The Benefits of a Comprehensive Cardiac Rehabilitation Program for Patients with Acute Coronary Syndrome: A Follow-Up Study. *J Pers Med.* 2023;13(10):1516. doi:10.3390/jpm13101516.
7. İnalkaç NKK, Polat F, Keleş İ. Impact of Adherence to Guideline-Directed Prevention Strategies on Clinical Outcomes in Patients With Coronary Artery Disease and Diabetes Mellitus Following Acute Coronary Syndrome: A 3-Year Cohort Study. *Clin Cardiol.* 2025;48(6). doi:10.1002/clc.70164.
8. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021;42(34):3227-3337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484.
9. Pearson GJ, Thanassoulis G, Anderson TJ, Barry AR, Couture P, Dayan N, et al. 2021 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in Adults. *Can J Cardiol.* 2021;37(8):1129-1150. doi:10.1016/j.cjca.2021.03.016.
10. Heeschen C, Dimmeler S, Hamm CW, van den Brand MJ, Boersma E, Zeiher AM, et al.; CAPTURE Study Investigators. Soluble CD40 ligand in acute coronary syndromes. *N Engl J Med.* 2003;348(12):1104-1111. doi:10.1056/NEJMoa022600.

Поступила 20.07.2026