

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Приверженность лечению и льготное лекарственное обеспечение пациентов с перенесенным инфарктом миокарда (по данным наблюдательного исследования)

Веретенникова А. В.^{1*}, Концевая А. В.¹, Куценко В. А.¹, Сопленкова А. Г.^{1,2}, Драпкина О. М.¹

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

²Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова, Москва, Россия

Цель. Оценить приверженность медикаментозной терапии, получение льготного лекарственного обеспечения (ЛЛО), а также выявить факторы, влияющие на приверженность пациентов лечению в течение года после инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы. Наблюдательное многоцентровое исследование включало выборку пациентов с ИМ, госпитализированных в 13 регионах Российской Федерации с июня 2015 по август 2016 гг. — 1107 пациентов с ИМ в возрасте 35-75 лет. С помощью шкалы Мориски-Грин (MMAS-4) выполнен анализ приверженности лечению 889 пациентов через 12 мес. после ИМ. Также собирались анамнестические данные, проводился опрос на предмет получения ЛЛО для выявления факторов, ассоциированных с высокой приверженностью лечению.

Результаты. Через 12 мес. после перенесенного ИМ 59,9% пациентов были полностью привержены лечению, 21,8% — недостаточно привержены и 18,3% — не привержены медикаментозной терапии. Мужчины менее привержены лечению по сравнению с женщинами ($p=0,003$), молодые пациенты менее привержены по сравнению со старшей возрастной группой ($p=0,028$). Полностью лекарственные препараты за счет ЛЛО через 6 мес. получали 10,7%, через 12 мес. — 6,5% пациентов. Статистически значимо чаще льготные препараты получали лица старшей возрастной группы ($p<0,001$) и женщины ($p=0,006$). Факторами, ассоциированными с получением ЛЛО, оказались контакты с системой здравоохранения: наблюдение терапевтом (отношение шансов (ОШ) 1,53; доверительный интервал (ДИ): 1,01-2,34; $p=0,044$), кардиологом (ОШ 1,61; ДИ: 1,04-2,51; $p=0,035$), диспансерное наблюдение (ОШ 3,56; ДИ: 2,2-6,22; $p<0,001$), повторная госпитализация (ОШ 1,57; ДИ: 1,03-2,39; $p=0,036$). Единственным фактором, статистически значимо ассоциированным со снижением вероятности получения ЛЛО, оказалось курение (ОШ 0,54; ДИ: 0,33-0,9; $p=0,018$). Фактором, статистически значимо связанным с высокой приверженностью лечению, оказался перенесенный инсульт (ОШ 5,89; ДИ: 1,75-36,76; $p=0,016$). Получение ЛЛО на протяжении года после ИМ статистически значимо не влияло на приверженность (ОШ 1,03; ДИ: 0,66-1,61; $p=0,902$).

Заключение. Выявлена недостаточная приверженность пациентов лечению в течение года после ИМ. Менее привержены лечению мужчины и молодые пациенты. Наблюдается небольшая доля полного ЛЛО (6,5%), однако на момент проведения исследования пациенты с ИМ без инвалидности и социальных льгот не попадали под программы ЛЛО. Значимо чаще ЛЛО получали пациенты, контактировавшие с системой здравоохранения: те, кто был на приеме кардиолога или терапевта, состоял на диспансерном наблюдении, был повторно госпитализирован. Единственным фактором, значимо ассоциированным со снижением вероятности получения ЛЛО, оказалось курение. Среди факторов, значимо ассоциированных с высокой приверженностью лечению, можно выделить наличие инсульта в анамнезе. Получение же ЛЛО на протяжении года после ИМ значимо не влияло на приверженность.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, диспансерное наблюдение, приверженность лечению, льготное лекарственное обеспечение, медикаментозная терапия, социальные льготы, консервативная терапия, амбулаторное лечение.



Для цитирования: Веретенникова А. В., Концевая А. В., Куценко В. А., Сопленкова А. Г., Драпкина О. М. Приверженность лечению и льготное лекарственное обеспечение пациентов с перенесенным инфарктом миокарда (по данным наблюдательного исследования). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2025;21(4):310-317. DOI: 10.20996/1819-6446-2025-3197. EDN: FUNUWL

Adherence to treatment and state-sponsored drug coverage in patients with myocardial infarction (data from an observational study)

Veretennikova A. V.^{1*}, Kontsevaya A. V.¹, Kutsenko V. A.¹, Soplenkova A. G.^{1,2}, Drapkina O. M.¹

¹National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia

²Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

Aim. To assess adherence to pharmacotherapy and access to state-sponsored drug coverage (SSDC), as well as to identify factors influencing treatment adherence within a year after myocardial infarction (MI).

Material and methods. This observational multicentre study included a sample of patients with MI hospitalized in 13 regions of the Russian Federation from June 2015 to August 2016. The study included 1107 patients with MI aged 35-75 years. Using the Morisky-Green compliance scale (MMAS-4), an analysis of treatment adherence was performed in 889 patients 12 months after MI. Anamnestic data were also collected, a survey was conducted on the receipt of SSDC to identify factors associated with high treatment adherence.

Results. At 12 months after MI, 59.9% of patients were fully adherent to treatment, 21.8% were insufficiently adherent, and 18.3% were not adherent to drug therapy. Men were less adherent to treatment than women ($p=0.003$), and younger patients were less adherent than older patients ($p=0.028$). 10.7% of patients received medications at the expense of the SSDC after 6 months, and 6.5% of patients after 12 months. Older age group individuals ($p<0.001$) and women ($p=0.006$) received subsidized medications significantly more often. The factors associated with receiving SSDC were contacts with the healthcare system: observation by a therapist (OR 1.53; CI: 1.01-2.34; $p=0.044$), cardiologist (OR 1.61; CI: 1.04-2.51; $p=0.035$), dispensary observation (OR 3.56; CI: 2.2-6.22; $p<0.001$), rehospitalization (OR 1.57; CI: 1.03-2.39; $p=0.036$). The only factor significantly associated with a reduced likelihood of receiving SSDC was smoking (OR 0.54; CI: 0.33-0.9; $p=0.018$).

Conclusion. The results of this study revealed insufficient patient treatment adherence during the year after MI. Men and young patients were less adherent to treatment. We observe a small percentage of full subsidized drug provision (6.5%), however, at the time of the study, patients with MI without disabilities and social benefits did not qualify for subsidized provision programs. Patients who had contact with the healthcare system were significantly more likely to receive preferential SSDC: those who had been to a cardiologist or therapist, were under dispensary observation, were re-hospitalized. The only factor significantly associated with a decrease in the likelihood of receiving preferential drug provision was smoking. Among the factors reliably associated with high adherence to treatment according to the results of this study, one can highlight the presence of a stroke in the anamnesis. Receipt of preferential drug provision during the year after MI did not reliably affect adherence.

Keywords: myocardial infarction, clinical follow-up, adherence to treatment, medication adherence, state-sponsored drug coverage, pharmacotherapy, social benefits, conservative treatment, outpatient treatment.

For citation: Veretennikova A. V., Kontsevaya A. V., Kutsenko V. A., Soplenkova A. G., Drapkina O. M. Adherence to treatment and state-sponsored drug coverage in patients with myocardial infarction (data from an observational study). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2025;21(4):310-317. DOI: 10.20996/1819-6446-2025-3197. EDN: FUNUWL

*Corresponding Author (Автор, ответственный за переписку): vereana22@gmail.com

Received/Поступила: 23.05.2025

Review received/Рецензия получена: 24.06.2025

Accepted/Принята в печать: 04.08.2025

Введение

Несмотря на совершенствование методов лечения пациентов с инфарктом миокарда (ИМ), включая чрескожное коронарное вмешательство, риск смерти и развития других неблагоприятных исходов в долгосрочном периоде существенно выше, чем в общей популяции. По результатам исследования С. Ю. Марцевича и соавт. за 6 лет наблюдения умерли 35 (25,2%) пациентов, перенесших первичный ИМ и 25 (64,1%) пациентов, перенесших повторный ИМ [1]. По данным исследования Д. В. Крюкова и соавт. семилетняя выживаемость при первичном ИМ составила 49,8%, при повторном — 31,5% [2]. Одной из причин высокой отсроченной летальности является недостаточная приверженность пациентов рекомендованной терапии и, как следствие, развитие сердечно-сосудистых осложнений.

Согласно многим зарубежным исследованиям, приверженность консервативному лечению у пациентов в отсроченном периоде после ИМ с течением времени снижается. Так, по данным корейского регистра из 12 815 пациентов после выписки из стационара привержены лечению были 70,2%, а через 3 года 54,6% пациентов [3]. В отечественных исследованиях также прослеживается недостаточная приверженность лечению: по данным регистра РЕКВАЗА в отдаленном периоде наблюдения (48 мес.) число больных ишемической болезнью сердца, недостаточно приверженных лечению, возрастало с 62,1 до 69,1%, а высоко приверженных лечению снижалось с 31,9 до 26,3% [4].

Несоблюдение назначенной терапии является серьезным ограничением длительного лечения больных, перенесших ИМ, что связано с медицинскими, социальными и экономическими факторами. Особое место, как фактор, влияющий на приверженность лечению, занимает доступность препаратов. По данным

российского социологического исследования из 5159 пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) 13% пациентов прекратили прием препарата ввиду отсутствия возможности покупать препараты за свои деньги, а льготные лекарственные препараты, согласно опросу, получали чуть больше трети пациентов с ССЗ — 36%. [5]

Льготное лекарственное обеспечение (ЛЛО) — важная мера государственной социальной поддержки, направленная на повышение доступности медицинской помощи и, как следствие, на повышение приверженности лечению. Всего на 2024 г. на эти цели в федеральном бюджете выделено почти 58 млрд рублей¹. Согласно Федеральному закону от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»² определены категории граждан, которые могут получать ЛЛО, а приказ Минздрава России от 9 января 2020 г. № 1н³ расширил этот список, включив пациентов, перенесших ИМ, аортокоронарное шунтирование, ангиопластику коронарных артерий со стентированием. Введение ЛЛО направлено на вторичную профилактику ССЗ путем повышения доступности медицинской помощи и приверженности лечению. Однако исследования влияния компенсации затрат на лекарственные препараты на приверженность лечению дают неоднозначные результаты. Так, в мета-анализе исследований приверженности и ЛЛО было показано, что компенсация затрат на медикаментоз-

¹ Из вступительного слова М. В. Мишустина на оперативном совещании с вице-премьерами: Правительство Российской Федерации. <http://government.ru/docs/51832/>.

² Федеральный закон «О государственной социальной помощи» от 17.07.1999 № 178-ФЗ.

³ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.01.2020 № 1н «Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения для обеспечения в течение одного года в амбулаторных условиях лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний».

ные препараты в целом повышает приверженность, но при этом максимальная приверженность наблюдается у пациентов, которым компенсируется часть затрат, а при полном возмещении затрат на лекарственные препараты приверженность снижается [6].

Цель настоящего исследования — оценить приверженность медикаментозной терапии, получение ЛЛО, а также выявить факторы, влияющие на приверженность пациентов лечению в течение года после ИМ.

Материал и методы

Проведено наблюдательное исследование. Включение пациентов с ИМ, госпитализированных в 16 клиник в 13 регионах Российской Федерации, проводили в период с июня 2015 по август 2016 гг. В исследование изначально включены 1107 пациентов в возрасте от 37 до 75 лет с ИМ, которые были живы на следующий день после госпитализации. Для формирования репрезентативной выборки использовалась специальная схема включения в исследование. В течение периода включения центральная координационная группа составляла список случайных дат, составленный таким образом, чтобы даты для разных учреждений не повторялись. Ежедневно в каждой больнице составлялся список всех пациентов с подтвержденным диагнозом ИМ, поступивших в течение предыдущего дня. Пациент, которого планировалось включить в исследование, был первым в списке случайно выбранной даты. Если этого пациента не удавалось включить в исследование, то обращались к следующему в порядке поступления. Результаты анализа госпитального этапа лечения пациентов опубликованы ранее [7].

Применяли специально разработанный опросник, согласно которому определялись занятость, семейное положение, статус курения, наблюдение специалистом, диспансерное наблюдение, наличие инвалидности, перенесенных операций по реваскуляризации миокарда, получение ЛЛО. Опросник заполнялся на госпитальном этапе, через 6 и 12 мес. после ИМ. Приверженность лечению оценивалась с помощью шкалы Мориски-Грина (4-item Morisky Medication

Adherence Scale, MMAS-4) через 12 мес. после ИМ. За каждый отрицательный ответ пациенты получали один балл. Приверженными лечению считались пациенты, набравшие 4 балла, недостаточно приверженными — 3 балла, неприверженными — 0-2 балла. С учетом возраста все пациенты разделены на 4 группы: 1 группа — 35-44 лет, 2 группа — 45-54 лет, 3 группа — 55-64 лет, 4 группа — 65-74 лет.

Статистическая обработка выполнена с помощью языка статистического программирования и среды R (версия 4.2.1) с открытым исходным кодом. Качественные показатели описаны относительными частотами в процентах. Оценка различий по полу для показателей в каждой возрастной группе проводилась при помощи точного теста Фишера. Наличие тренда по возрасту для дискретных показателей проверялось при помощи логистической регрессии отдельно для мужчин и женщин, а также без разделения по полу. Проведена оценка ассоциаций при помощи логистической регрессии с поправкой на следующие ковариаты: пол, возраст и регион проживания участника. Значимость различий для всех проверяемых гипотез принята на уровне $p < 0,05$.

Результаты

Из 1107 пациентов через 12 мес. на вопросы о приверженности лечению ответили 889 человек (80,3%). 24 пациента (2,2%) умерли в течение года наблюдения, 194 человека (17,5%) не ответили на вопросы о приверженности лечению. О получении ЛЛО через 6 мес. после ИМ отклик составил 914 человек (82,6%), а через 12 мес. — 780 человек (70,4%), 303 человека (27,4%) не ответили на вопросы о ЛЛО.

Через 12 мес. после перенесенного ИМ оказалось, что 59,9% пациентов были полностью привержены лечению, 21,8% — недостаточно привержены и 18,3% — не привержены медикаментозной терапии (табл. 1). Мужчины менее привержены лечению по сравнению с женщинами (57,4% приверженных мужчин и 69,2% женщин, $p = 0,003$). Статистически значимые различия выявлены и по возрастным

Таблица 1. Приверженность пациентов лечению по шкале Мориски-Грина через 12 мес. после ИМ, распределение по полу и возрасту (%)

Возраст	Все			Мужчины			Женщины		
	0-2 балла	3 балла	4 балла	0-2 балла	3 балла	4 балла	0-2 балла	3 балла	4 балла
35-44 лет	26,0	18,0	56,0	27,7	19,1	53,2	0,0	0,0	100,0
45-54 лет	23,0	24,2	52,8	22,8	24,8	52,3	25,0	16,7	58,3
55-64 лет	15,9	22,9	61,2	17,3	23,6	59,1	10,9	20,7	68,5
65-74 лет	17,8	19,5	62,6	18,9	21,8	59,2	15,4	14,3	70,3
Все	18,3	21,8	59,9	19,6	23,1	57,4	13,6	17,2	69,2
p-значение	0,034	0,539	0,028	0,053	0,935	0,105	0,677	0,813	0,907

группам: молодые пациенты менее привержены по сравнению со старшей возрастной группой (56,0% приверженных в группе 35-44 лет и 62,6% в группе 56-74 лет, $p=0,028$).

Полностью лекарственные препараты за счет ЛЛО через 6 мес. получали 10,7%, а через 12 мес. 6,5% пациентов. Через год наблюдается перераспределение групп в пользу пула пациентов, получавших льготные препараты частично (с 23,0% через 6 мес. до 29,4% через 12 мес.), с небольшим сокращением числа пациентов, которые не получали ЛЛО (с 66,3% через 6 мес. до 63,8% через 12 мес.) и которые получали все препараты за счет ЛЛО (с 10,7% до 6,8%) (рис. 1). Статистически значимо чаще льготные препараты получали лица старшей возрастной группы (44,9% в группе 65-74 лет и 19,5% в груп-

пе 35-44 года, $p<0,001$). Кроме того, женщины чаще получают ЛЛО по сравнению с мужчинами (45,5% и 33,6%, $p=0,006$) (табл. 2).

Факторами, статистически значимо ассоциированными с получением ЛЛО на этапе 12 мес. наблюдения, оказались контакты с системой здравоохранения: наблюдение терапевтом (отношение шансов (ОШ) 1,53; доверительный интервал (ДИ): 1,01-2,34; $p=0,044$), наблюдение кардиологом (ОШ 1,61; ДИ: 1,04-2,51; $p=0,035$), диспансерное наблюдение (ОШ 3,56; ДИ: 2,2-6,22; $p<0,001$), повторная госпитализация (ОШ 1,57; ДИ: 1,03-2,39; $p=0,036$). Единственным фактором, статистически значимо ассоциированным со снижением вероятности получения ЛЛО, оказалось курение (ОШ 0,54; ДИ: 0,33-0,9; $p=0,018$) (рис. 2).

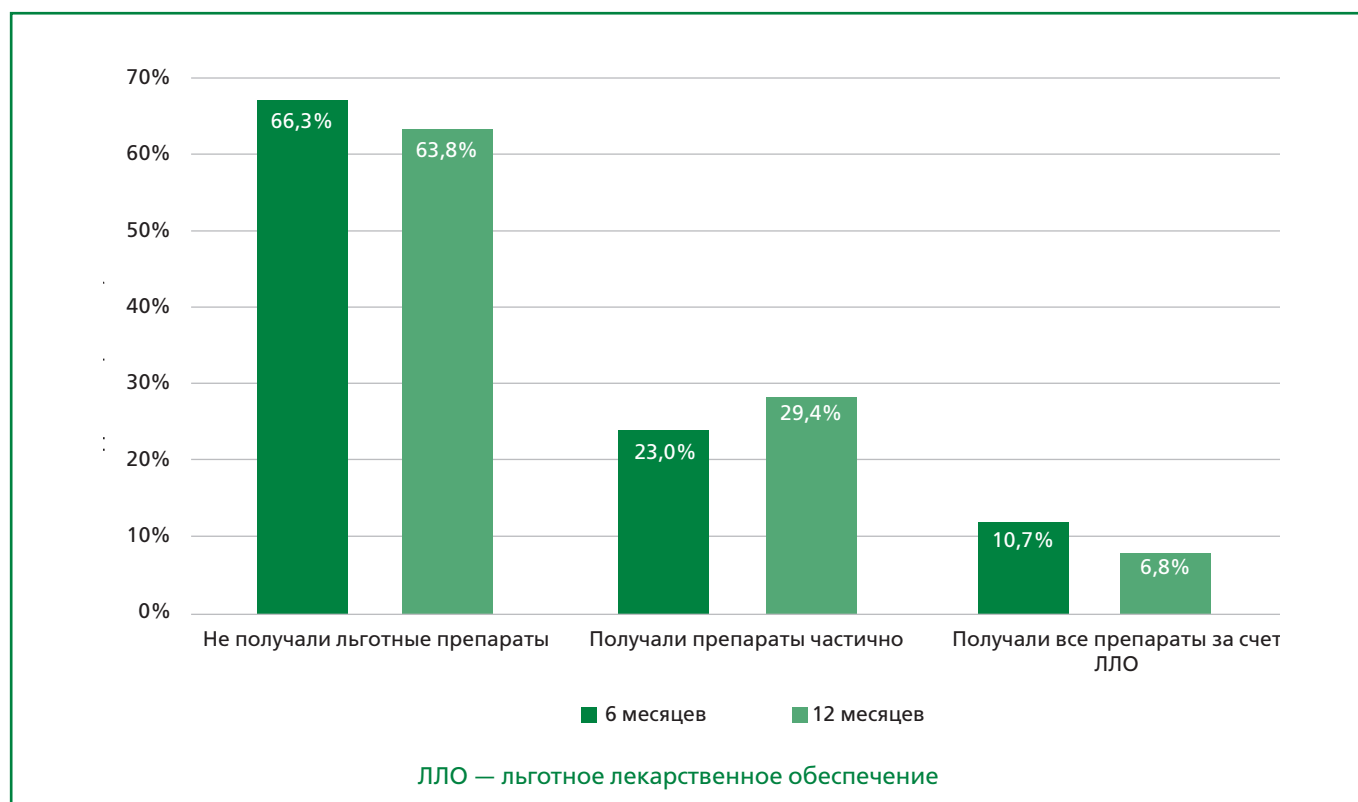


Рисунок 1. Динамика получения ЛЛО через 6 и 12 мес. после ИМ (%).

Таблица 2. Распределение пациентов, получавших и не получавших ЛЛО через 12 мес. после ИМ по полу и возрасту (%)

Возраст	Все		Мужчины		Женщины		p-значение различий по полу
	Получали	Не получали	Получали	Не получали	Получали	Не получали	
35-44 лет	19,5	80,5	18,4	81,6	33,3	66,7	0.488
45-54 лет	35,7	64,3	32,2	67,8	72,1	27,3	0.017
55-64 лет	32,0	68,0	31,8	68,2	32,9	67,1	0.888
65-74 лет	44,9	55,1	40,7	59,3	53,8	46,2	0.057
Все	36,2	63,8	33,6	66,4	45,5	54,5	0.006
P-значение различий по возрасту	<0,001		<0,001		0,896		

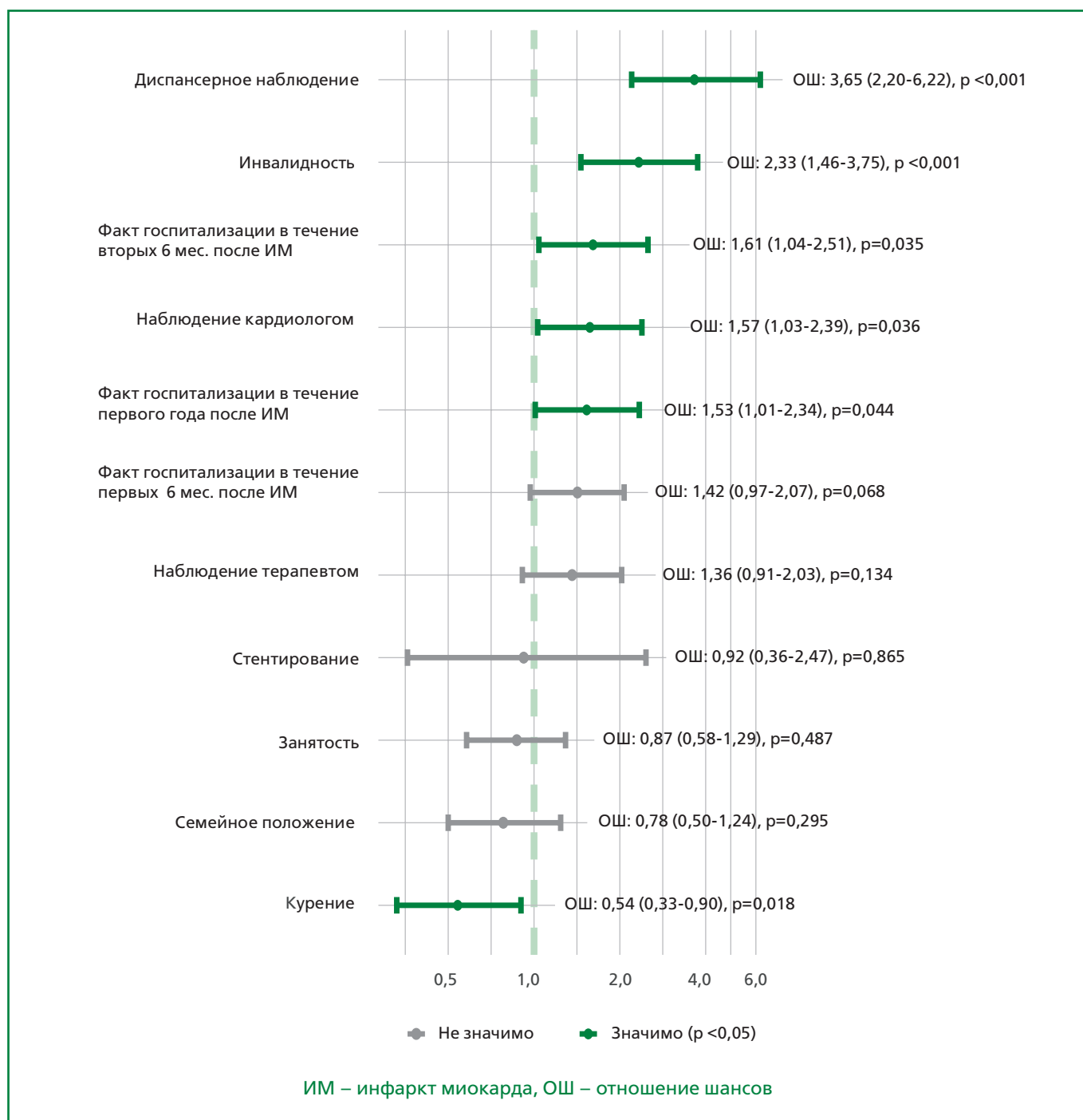


Рисунок 2. Факторы, ассоциированные с получением льготных лекарственных препаратов спустя 12 мес. после ИМ.

Среди факторов, статистически значимо ассоциированных с высокой приверженностью лечению через 12 мес. после ИМ, можно выделить наличие инсульта в анамнезе (ОШ 5,89; ДИ: 1,75-36,76; p=0,016) (рис. 3). Получение же ЛЛО в первые 6 мес. статистически значимо ассоциировалось с неприверженностью лечению (ОШ 0,67; ДИ: 0,46-0,99; p=0,043), получение ЛЛО на протяжении года после ИМ статистически значимо не влияло на приверженность (ОШ 1,03; ДИ: 0,66-1,61; p=0,902) (рис. 3).

Обсуждение

По результатам представленного исследования доля пациентов, высоко приверженных лечению, составила 59,9%, недостаточно приверженных — 21,8%, не приверженных — 18,3%. Мужчины были менее привержены лечению по сравнению с женщинами, как и молодые пациенты по сравнению со старшей возрастной группой. По результатам проведенного исследования доля пациентов, приверженных

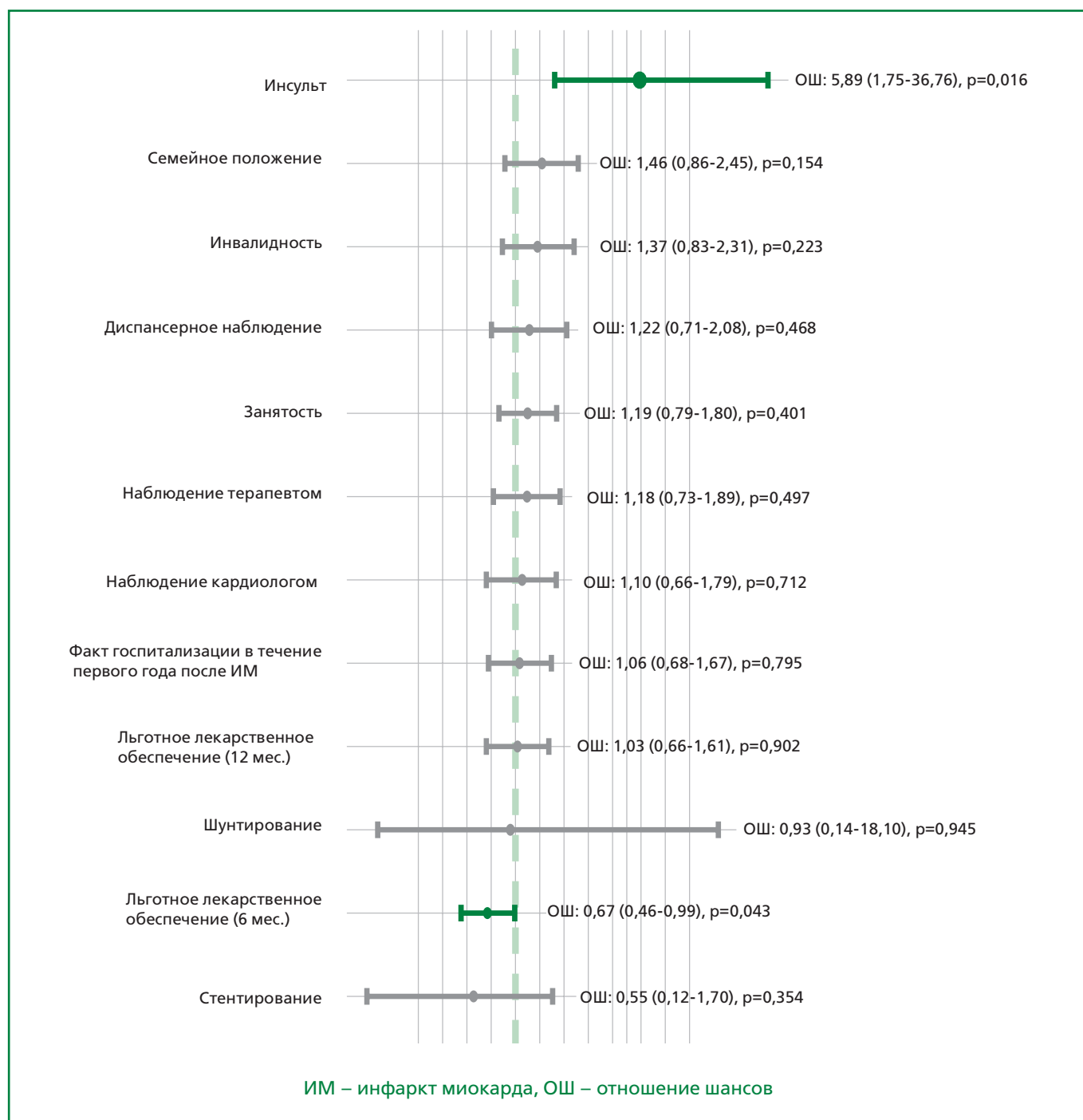


Рисунок 3. Факторы, ассоциированные с высокой приверженностью к приему препаратов.

лечению, оказалась выше, чем в других российских исследованиях, что может быть связано с меньшим периодом наблюдения. Так, по данным регистра РЕГАТА через 36 мес. от момента включения высоко приверженными лечению оставались 37,8% пациентов, а через 48 мес. — только 36,8% [8]. По данным же регистра РЕКВАЗА среди 1907 пациентов с ССЗ через 48 мес. произошло перераспределение пациентов в пользу группы недостаточно приверженных лечению. Так, доля пациентов, недостаточно привер-

женных лечению к 48 мес., возросла с 62,1 до 69,1%, а высоко приверженных лечению снижалась с 31,9 до 26,3%. Доля не приверженных лечению пациентов с любым ССЗ снижалась с 8,9 до 6,7% [4].

Среди факторов, значимо ассоциированных с высокой приверженностью лечению по результатам проведенного исследования, можно выделить наличие инсульта в анамнезе, что, вероятно, обусловлено тяжелыми инвалидизирующими последствиями заболевания. Получение ЛЛО в первые 6 мес. ассоцииро-

валось с неприверженностью лечению, получение же ЛЛО на протяжении года после ИМ значимо не влияло на приверженность.

Ряд исследований действительно показывает, что страховое покрытие увеличивает приверженность лечению по сравнению с частичным лекарственным покрытием или его отсутствием [6, 9, 10, 11]. Так, по результатам американского исследования, проведенного у 5855 пациентов, перенесших ИМ, показатели приверженности варьировали от 35,9 до 49,0% в группе обычного покрытия и были на 4-6% выше в группе полного обеспечения ($p < 0,001$ для всех сравнений). Частота общих крупных сердечно-сосудистых событий или реваскуляризации была значительно ниже в группе с полным покрытием (21,5 vs 23,3; отношение рисков 0,89; 95% ДИ от 0,90 до 0,99; $p = 0,03$), как и частота первого крупного сердечно-сосудистого события (11,0 vs 12,8; отношение рисков 0,86; 95% ДИ от 0,74 до 0,99; $p = 0,03$) [11]. Однако, по результатам нескольких исследований наибольшая приверженность наблюдается в группе пациентов, которые получали почти полное страховое покрытие с сохранением небольшой доплаты [6, 10].

В отечественных же исследованиях не выявлено значимых ассоциаций получения ЛЛО и повышения приверженности, что согласуется с результатами представленного исследования. По данным работы Т.В. Фофановой и соавт. у 5474 пациентов с артериальной гипертензией при однофакторном анализе получение препаратов по системе дополнительного лекарственного обеспечения было значимо ассоциировано с высокой приверженностью лечению, однако, при многофакторном анализе роль дополнительного лекарственного обеспечения, как самостоятельного фактора, теряет значимость [12]. По данным регистра РЕГАТА доля пациентов с высокой приверженностью лечению среди пользующихся и не пользующихся ЛЛО существенно не различалась как через 36 мес. после включения в регистр (40,4% и 37,1%), так и через 48 мес. (36,5% и 30,9%) [8].

Ограничения исследования

Ограничением исследования является отклик пациентов — 80,3%. Кроме того, на момент проведения

исследования ЛЛО получали преимущественно пациенты с установленной инвалидностью. С учетом введения приказа Минздрава России от 9 января 2020 г. № 1н, регламентирующего обеспечение льготными препаратами всех пациентов с острым ИМ, необходимо проведение исследования получения ЛЛО повторно с учетом изменившихся условий.

Заключение

По результатам проведенного исследования выявлена недостаточная приверженность лечению в течение года после ИМ, особенно среди молодых пациентов. Кроме того, наблюдается низкая обеспеченность льготными препаратами. Однако на момент проведения исследования пациенты с ИМ, без инвалидности и социальных льгот не попадали под программы социальной поддержки, что объясняет небольшую долю ЛЛО. Значимо чаще ЛЛО получали пациенты, контактировавшие с системой здравоохранения: те, кто был на приеме кардиолога или терапевта, состоял на диспансерном наблюдении, был повторно госпитализирован. Единственным фактором, снижающим вероятность получения ЛЛО, оказалось курение.

Фактором, ассоциированным с высокой приверженностью лечению, оказалось наличие инсульта в анамнезе, что, вероятно, обусловлено тяжелыми инвалидизирующими последствиями заболевания. Получение же ЛЛО в первые 6 мес. ассоциировалось с неприверженностью лечению, получение же льготы на протяжении года после ИМ значимо не влияло на приверженность, что согласуется с результатами других российских исследований.

Отношения и Деятельность: нет

Relationships and Activities: none.

Финансирование: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России

Funding: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia

References/ Литература

1. Martsevich SYu, Afonina OS, Zagrebelnyy AV, et al. Comparative assessment of long-term survival of patients after primary and recurrent myocardial infarction: a data from the RIMIS registry. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(5):4001. (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Афонина О.С., Загребельный А.В. и др. Сравнительная оценка отдаленной выживаемости пациентов, перенесших первичный и повторный инфаркт миокарда. Данные регистра РИМИС. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(5):4001]. DOI:10.15829/1728-8800-2024-4001.
2. Kryuchkov DV, Artamonova GV. Primary and recurrent myocardial infarction: differences in the long-term survival of patients. Complex Issues of Cardiovascular Diseases. 2015;(3):47-52. (In Russ.) [Крючков Д.В., Артамонова Г.В. Первичный и повторный инфаркт миокарда: различия в отдаленной выживаемости пациентов. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2015;(3):47-52]. DOI:10.17802/2306-1278-2015-3-47-52.
3. Lee SH, Hyun D, Choi J et al. Adherence to guideline-directed medical therapy and 3-year clinical outcome following acute myocardial infarction. Eur Heart J Open. 2023;3(2):oead029. DOI:10.1093/ehjopen/oead029.
4. Pereverzeva KG, Lukyanov MM, Martsevich SYu, et al. Long-term medication adherence in patients with coronary heart disease and myocardial infarction in comparison with other cardiovascular diseases. Therapy. 2019;(1):54-9. (In Russ.) [Переверзева К.Г., Лукьянов М.М., Марцевич С.Ю. и др. Долгосрочная приверженность медикаментозной терапии у больных ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда в сравнении с другими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Терапия. 2019;(1):54-9]. DOI:10.18565/therapy.2019.1.54-59.
5. Glezer MG, Polyarnaya NG, Fomina TA, et al. Quality and availability of health care for patients with cardiovascular diseases. Results of sociological research. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2023;22(4):3534. (In Russ.) [Глезер М.Г., Полярная Н.Г., Фомина Т.А. и др. Оценка качества и доступности

- медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Результаты социологического исследования. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(4):3534]. DOI:10.15829/1728-8800-2023-3534.
6. Aziz H, Hatah E, Makmor Bakry M, et al. How payment scheme affects patients' adherence to medications? A systematic review. Patient Prefer Adherence. 2016;10:837-50. DOI:10.2147/PPA.S103057.
 7. Kontsevaya AV, Bates K, Goryachkin EA, et al. Hospital Stage of Myocardial Infarction Treatment in 13 Regions of Russian Federation by Results of the International Research. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2018;14(4):474-87. (In Russ.) [Концевая А.В., Бейтс К., Горячкин Е.А. и др. Госпитальный этап лечения инфаркта миокарда в 13 регионах Российской Федерации по результатам международного исследования. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2018;14(4):474-87]. DOI:20996/1819-6446-2018-14-4-474-487.
 8. Pereverzeva KG, Yakushin SS, Loukianov MM, et al. Adherence to the treatment of patients in the long-term supervision period after myocardial infarction (according to the REGATA register). Kardiologiia. 2020;60(10):66-72. (In Russ.) [Переверзева К.Г., Якушин С.С., Лукьянов М.М. и др. Приверженность лечению пациентов в отдаленном периоде наблюдения после перенесенного инфаркта миокарда (данные регистра РЕГАТА). Кардиология. 2020;60(10):66-72]. DOI:10.18087/cardio.2020.10.n1264.
 9. Mann BS, Barnieh L, Tang K, et al. Association between drug insurance cost sharing strategies and outcomes in patients with chronic diseases: a systematic review. PLoS One. 2014;9(3):e89168. DOI:10.1371/journal.pone.0089168.
 10. Després F, Forget A, Kettani FZ, Blais L. Impact of Patient Reimbursement Timing and Patient Out-of-Pocket Expenses on Medication Adherence in Patients Covered by Private Drug Insurance Plans. J Manag Care Spec Pharm. 2016;22(5):539-47. DOI:10.18553/jmcp.2016.22.5.539.
 11. Choudhry NK, Avorn J, Glynn RJ, et al. Post-Myocardial Infarction Free Rx Event and Economic Evaluation (MI FREEE) Trial. Full coverage for preventive medications after myocardial infarction. N Engl J Med. 2011;365(22):2088-97. DOI:10.1056/NEJMsa1107913.
 12. Fofanova TV, Ageev FT, Smirnova MD, Deev AD. Adherence to Therapy in the Outpatient Setting: the Ability to Identify and Assess the Effectiveness of Therapy. Kardiologiia. 2017;57(7):35-42. (In Russ.) [Фофанова Т.В., Агеев Ф.Т., Смирнова М.Д., Деев А.Д. Приверженность к терапии в амбулаторных условиях: возможность выявления и оценка эффективности терапии. Кардиология. 2017;57(7):35-42]. DOI:10.18087/cardio.2017.7.10004.

Сведения об Авторах/About the Authors

Веретенникова Анастасия Вадимовна [Anastasiia V. Veretennikova]

eLibrary SPIN 4014-1063, ORCID 0000-0003-3658-8013

Концевая Анна Васильевна [Anna V. Kontsevaya]

eLibrary SPIN 6787-2500, ORCID 0000-0003-2062-1536

Куценко Владимир Александрович [Vladimir A. Kutsenko]

eLibrary SPIN 8567-1789, ORCID 0000-0001-9844-3122

Сопленкова Анна Глебовна [Anna G. Sopenkova]

eLibrary SPIN 9296-3588, ORCID 0000-0003-0703-146X

Оксана Михайловна Драпкина [Oksana M. Drapkina]

eLibrary SPIN 4456-1297, ORCID 0000-0002-4453-8430