

# СТРАНИЦЫ НАЦИОНАЛЬНОГО ОБЩЕСТВА ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

## Оценка влияния приверженности лечению на выживаемость при длительном наблюдении у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, по данным регистра ПРОФИЛЬ-ИМ

Калайджян Е. П. \*, Кутишенко Н. П., Марцевич С. Ю., Драпкина О. М.

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

**Цель.** Оценить влияние приверженности лечению на долгосрочные исходы в течение десятилетнего периода у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда (ИМ), на основании данных проспективного регистра ПРОФИЛЬ-ИМ.

**Материал и методы.** В проспективный регистр ПРОФИЛЬ-ИМ включено 160 пациентов, обратившиеся за помощью к кардиологу в городскую поликлинику №9 г. Москвы или в один из двух её филиалов в период с 1 марта 2014 г. по 31 декабря 2015 г. Через 10 лет после выписки пациентов из стационара проведена оценка их жизненного статуса.

**Результаты.** Анализ данных, полученных с помощью опросника «Шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии», выявило три группы пациентов ( $n=158$ , двое пациентов отказались от заполнения анкеты): приверженные — 98 (62%), неприверженные — 16 (10%), частично приверженные — 44 (28%). Спустя 1,5 и 10 лет был проанализирован жизненный статус этих групп пациентов, с достижением 95% уровня отклика. Через 1,5 года от начала наблюдения смертельный исход зарегистрирован у 16 (10%) пациентов. По истечении 10 лет наблюдения количество умерших увеличилось до 43 (26,9%) пациентов. Больные с развившейся первичной конечной точкой (ПКТ) были значительно старше, чем пациенты без нее —  $70,3 \pm 11,1$  vs  $58,6 \pm 10,5$  лет,  $p < 0,001$ . Вероятность развития ПКТ в течение десятилетнего наблюдения по данным многофакторного анализа у неприверженных пациентов был выше в 2,7 раза, чем у приверженных и частично приверженных пациентов ( $p=0,027$ ). Данные десятилетнего мониторинга указывают на то, что вероятность наступления ПКТ увеличивается на 8,6% с каждым годом жизни пациента.

**Заключение.** Результаты проведенного исследования демонстрируют, что недостаточная приверженность лечению повышает вероятность развития неблагоприятного исхода в течение десятилетнего периода наблюдения. Длительное наблюдение за пациентами с недостаточной приверженностью лечению приобретает особое значение в рамках вторичной профилактики.

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, лекарственная терапия, первичная конечная точка, приверженность, сердечно-сосудистые заболевания, эффективность.



**Для цитирования:** Калайджян Е. П., Кутишенко Н. П., Марцевич С. Ю., Драпкина О. М. Оценка влияния приверженности лечению на выживаемость при длительном наблюдении у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, по данным регистра ПРОФИЛЬ-ИМ. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2025;21(6):571-577. DOI: 10.20996/1819-6446-2025-3254. EDN: DFJZHA

### Impact of treatment adherence on survival during long-term follow-up in patients after acute myocardial infarction: data from the PROFILE-IM registry

Kalaydzian E. P. \*, Martsevich S. Yu., Kutishenko N. P., Drapkina O. M.

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

**Aim.** To assess the impact of treatment adherence on long-term outcomes over a ten-year period in patients with acute myocardial infarction (MI) based on data from the prospective PROFILE-MI registry.

**Material and methods.** The prospective PROFILE-IM registry included 160 patients attended a cardiologist at Moscow City Polyclinic No. 9 or one of its two branches in the period from March 1, 2014 to December 31, 2015. The vital status of patients was assessed 10 years after their discharge from the hospital.

**Results.** Analysis of the results of the NODF Adherence Scale survey made it possible to identify three categories of patients ( $n=158$ , two patients refused to fill out the questionnaire): committed — 98 (62%), non-committed — 16 (10%), partially committed — 44 (28%). The life status was analyzed after 1.5 and 10 years in patients of these groups, with a 95% response rate. At 1.5 years from the start of observation, fatal outcomes were recorded in 16 (10%) patients. After ten years of follow-up, the number of deaths increased to 43 (26.9%) patients.

Patients who developed primary endpoint (PEP) were significantly older than those without it —  $70.3 \pm 11.1$  vs  $58.6 \pm 10.5$  years,  $p < 0.001$ . According to multivariate analysis, the risk PEP developing during a ten-year follow-up was 2.7 times higher in non-adherent patients compared to adherent and partially adherent patients ( $p=0.027$ ). The ten-year monitoring data indicate that the probability of PEP increases by 8.6% every year of the patient's life.

**Conclusion.** The results of the study demonstrate that insufficient treatment adherence increases the likelihood of an adverse outcome during the ten-year follow-up period. Long-term monitoring of patients with insufficient treatment adherence is of particular importance in the context of secondary prevention.

**Keywords:** myocardial infarction, drug therapy, primary endpoint, adherence, cardiovascular diseases, efficacy.

**For citation:** Kalaydzian E. P., Martsevich S. Yu., Kutishenko N. P., Drapkina O. M. Impact of treatment adherence on survival during long-term follow-up in patients after acute myocardial infarction: data from the PROFILE-IM registry. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2025;21(6):571-577. DOI: 10.20996/1819-6446-2025-3254. EDN: DFJZHA

\*Corresponding Author (Автор, ответственный за переписку): yarlenok@yandex.ru

Received/Поступила: 09.10.2025

Review received/Рецензия получена: 14.11.2025

Accepted/Принята в печать: 25.11.2025

## Введение

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, наиболее эффективным методом к улучшению результатов лечения пациентов, страдающих хроническими неинфекционными болезнями, является улучшение приверженности, что по своему потенциалу эффективности превосходит разработку инновационных подходов к лечению<sup>1</sup>.

Учитывая ключевую роль приверженности лечению для успешного исхода, система здравоохранения продвинулась в этом направлении, но еще предстоит серьезная работа для создания действенных методов по улучшению приверженности. В клинической практике из всего многообразия методов оценки приверженности лечению наиболее удобным является использование опросников [1]. Этот способ представляется оптимальным для применения в повседневной работе врача.

В современных европейских рекомендациях, посвященных ведению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) существенная роль отводится вопросам приверженности пациентов лечению. Эксперты акцентируют внимание на этой теме в рекомендациях по фибрилляции предсердий (ФП) [2] хронической сердечной недостаточности (ХСН) [3], артериальной гипертензии (АГ) [4] и стенокардии [5], что отражает значимость проблемы в контексте оказания медицинской помощи. Анализ результатов исследований, проведенных как в России, так и за рубежом, касающихся проблемы приверженности, показывает, что пациенты, пережившие острый инфаркт миокарда (ИМ), демонстрируют, к сожалению, недостаточную приверженность мерам вторичной профилактики повторных сердечно-сосудистых происшествий [6, 7].

На основании данных регистра ПРОФИЛЬ-ИМ мы можем рассмотреть влияние приверженности на отдаленные результаты в течение десяти лет.

Цель работы — оценить влияние приверженности на долгосрочные исходы в течении десятилетнего периода у пациентов, перенесших острый ИМ, на основании данных проспективного регистра ПРОФИЛЬ-ИМ.

## Материал и методы

В проспективный регистр ПРОФИЛЬ-ИМ включено 160 пациентов, обратившиеся за помощью к кардиологу в городскую поликлинику №9 г. Москвы или в один из двух её филиалов в период с 1 марта 2014 г. по 31 декабря 2015 г. Обращение происходило не позднее 6 месяцев после выписки из стационара, где пациенты проходили лечение в связи с госпитализацией по поводу ИМ. Детальное описание протокола регистра было представлено в предыдущей работе [8].

Во время планового визита кардиолог тщательно анализировал медицинскую документацию каждого пациента, включая данные амбулаторной карты и выписки из стационара. Особое внимание было отведено тщательному изучению медикаментозного анамнеза. На первом визите пациенту проведен опрос с помощью «Шкалы приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии», направленный на определение приверженности лечению. Этот опросник содержал вопросы, позволяющие идентифицировать ключевые факторы, влияющие на приверженность пациента лечению [9].

Каждые 2 месяца осуществлялся контрольный осмотр пациента. При отсутствии личного визита, для выяснения жизненного статуса проводился телефонный контакт с пациентом или его близкими. Тщательно фиксировались все клинически значимые события: смерть от любых причин, повторные сердечно-сосудистые события (острый ИМ, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)), экстренные госпитализации, обусловленные основным сердечно-сосудистым заболеванием (ССЗ), хирургические вмешательства на сердце и сосудах, а также клинически значимые нарушения ритма. Через 10 лет после выписки пациентов из стационара проводилась оценка их жизненного статуса. В ходе исследования зафиксированы все смертельные исходы от любых причин, что принято за первичную конечную точку (ПКТ). Данные собирались с использованием единой информационно-аналитической системы (ЕМИАС) или посредством телефонного опроса самого пациента либо его родственников (в случае смерти).

<sup>1</sup> World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, WHO 2003. [https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)

Проведение наблюдательного исследования и все материалы (анкеты и опросники), предлагаемые пациентам для заполнения, были одобрены независимым этическим комитетом ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России. Исследование ПРОФИЛЬ-ИМ зарегистрировано на сайте ClinicalTrials.gov NCT04063176.

#### Статистический анализ

Для обработки данных использован статистический пакет IBM SPSS Statistics 26, применялись методы описательной статистики: качественные переменные представлены в виде долей (процентов), средние данные при нормальном распределении приведены как среднее и стандартное отклонение ( $M \pm sd$ ). Оценка различий между двумя независимыми выборками для качественных признаков определялась с помощью критерия  $\chi^2$  Пирсона. Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению, для этого использовался критерий Шапиро–Уилка (при числе исследуемых  $< 50$ ) или критерий Колмогорова–Смирнова (при числе исследуемых  $> 50$ ). При сравнении средних величин в нормально распределенных совокупностях количественных данных рассчитывался  $t$ -критерий Стьюдента. Кривые выживаемости построены методом Каплана–Мейера. Для определения прогностической значимости влияния отдельных факторов на непосредственные исходы после референсного ИМ использовались однофакторный анализ, далее многофакторный регрессионный анализ пропорциональных рисков Кокса с определением HR (hazard ratio) и 95% доверительного интервала (ДИ), где в модель включены факторы с пошаговым отбором для определения только значимых предикторов, влияющих на развитие ПКТ. При

проверке всех статистических гипотез уровень значимости был принят  $< 0,05$ .

## Результаты

В исследование было включено 160 человек: 106 мужчин и 54 женщины (соответственно 66,2% и 33,8%), средний возраст составил  $70,4 \pm 10,8$  лет (от 39 до 87 лет). Чуть более половины пациентов были пенсионного возраста — 89 (55,6%), группу инвалидности имели у 50 (31,3%) пациентов, а 65 (40,6%) — продолжали работать. Высшее образование имели 57 человек (33,6%), а среднее специальное — 62 человека (38,8%), остальные — среднее или начальное образование.

Согласно полученным данным при заполнении пациентом опросника «Шкала приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии» были определены 3 группы пациентов ( $n=158$ , двое пациентов отказались от заполнения анкеты): приверженные — 98 (62%), неприверженные — 16 (10%), частично приверженные — 44 (28%). Был проанализирован жизненный статус через 1,5 года и 10 лет у пациентов данных групп (рис. 1). За указанный период времени отклик достиг 95%. Через полтора года после начала наблюдения смертельный исход был зарегистрирован у 16 (10%) пациентов. По истечении 10 лет наблюдения количество умерших увеличилось до 43 (26,9%) пациентов. Стоит отметить высокую смертность через 1,5 года наблюдения у неприверженных пациентов, что значительно сохраняется через 10 лет наблюдения (38% vs 50%,  $p=0,039$ ), смертность среди приверженных пациен-

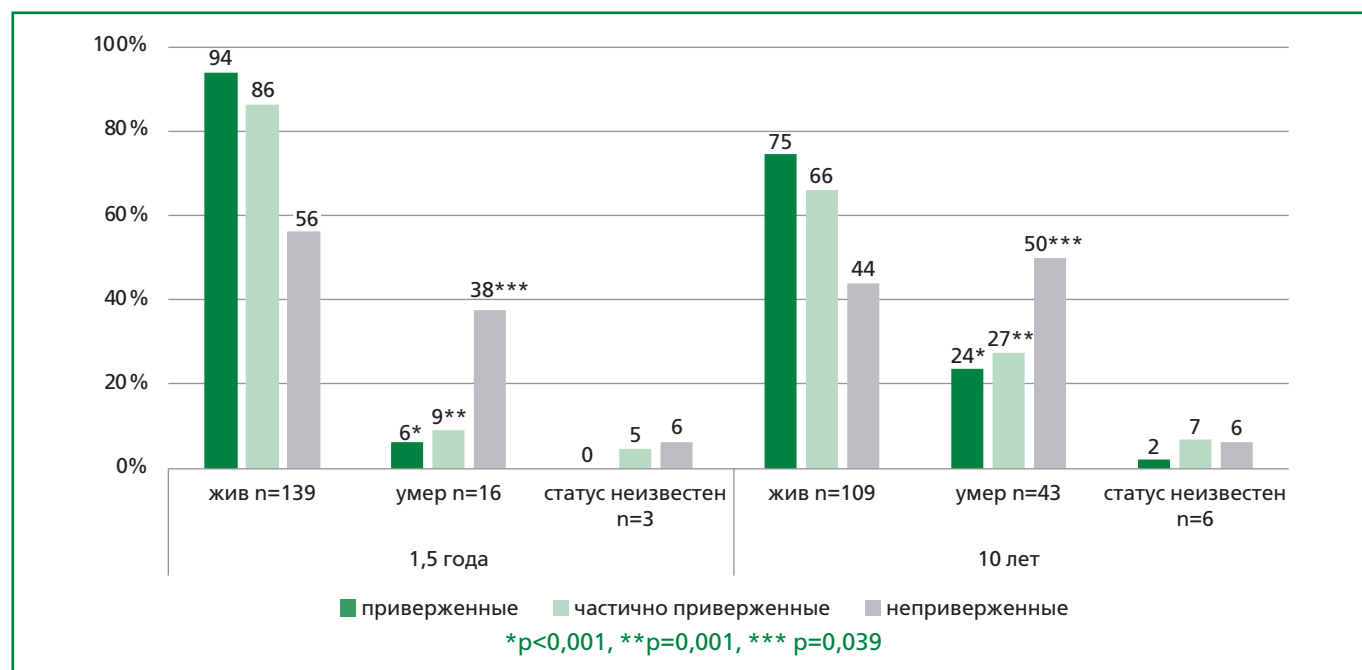


Рисунок 1. Жизненный статус пациентов в зависимости от приверженности лечению через 1,5 года и 10 лет.

Таблица 1. Причины смерти у пациентов на разных этапах наблюдения

Причина смерти	Анализ через 1,5 года (n=16)	Анализ через 10 лет (n=43)
Инфаркт миокарда, n (%)	5 (31,3)	6 (13,9)
ОНМК, n (%)	3 (18,8)	5 (11,6)
ОСН, n (%)	3 (18,8)	4 (9,3)
ТЭЛА, n (%)	1 (6,3)	2 (4,7)
Пневмония, n (%)	1 (6,3)	9 (20,9)
Онкологическое заболевание, n (%)	1 (6,3)	7 (16,3)
Ишемическая кардиомиопатия, n (%)	1 (6,3)	2 (4,6)
ЦВБ, n (%)	—	7 (16,3)
Неизвестно, n (%)	1 (6,3)	1 (2,3)

При сравнении 2 этапов наблюдений,  $p < 0,001$   
ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, ОСН — острая сердечная недостаточность, ТЭЛА — тромбоэмболия легочной артерии, ЦВБ — цереброваскулярная болезнь

тов также увеличилась в 4 раза через 10 лет наблюдения (6% vs 24%,  $p < 0,001$ ), но была существенно ниже в сравнении с неприверженными и частично приверженными пациентами на всех этапах наблюдения. За десятилетний срок наблюдения возросла

доля умерших пациентов для частично приверженных с 9% до 27%,  $p = 0,001$ .

В рамках полугодового периода наблюдения, при сравнении с десятилетним, главными причинами смерти были: острый ИМ (31,3% vs 13,6%), ОНМК (18,8% vs 11,4%), острая сердечная недостаточность (18,8% vs 9,1%). Спустя 10 лет главными причинами смерти стали онкологические заболевания (6,3% vs 15,9%), цереброваскулярная болезнь (18,2%) и пневмония (6,3% vs 20,5%), что, по всей видимости, обусловлено пандемией COVID-19 (табл. 1).

Из табл. 2 следует, что пациенты с развившейся ПКТ в течении 10 лет наблюдения были значительно старше, чем пациенты без нее —  $70,3 \pm 11,1$  vs  $58,6 \pm 10,5$  лет,  $p < 0,001$ . Среди пациентов без ПКТ доля приверженных лечению была значительно выше (65,5% vs 52,4%). В то же время, в группе с зафиксированной ПКТ преобладали неприверженные пациенты (19% vs 6,9%),  $p = 0,042$ . Пациенты с наличием ПКТ, по данным анамнеза, чаще страдали фибрилляцией предсердий (25,6% vs 11,1%,  $p = 0,043$ ), сахарным диабетом (44,2% vs 24,8%,  $p = 0,018$ ), имели перенесенный ИМ (30,2% vs 12,8%,  $p = 0,02$ ). Пациенты без ПКТ чаще имели гиперхолестеринемию в анамнезе 35% vs 18,6%,  $p = 0,046$ . Работающие пациенты преобладали среди пациентов без ПКТ (48,7% vs

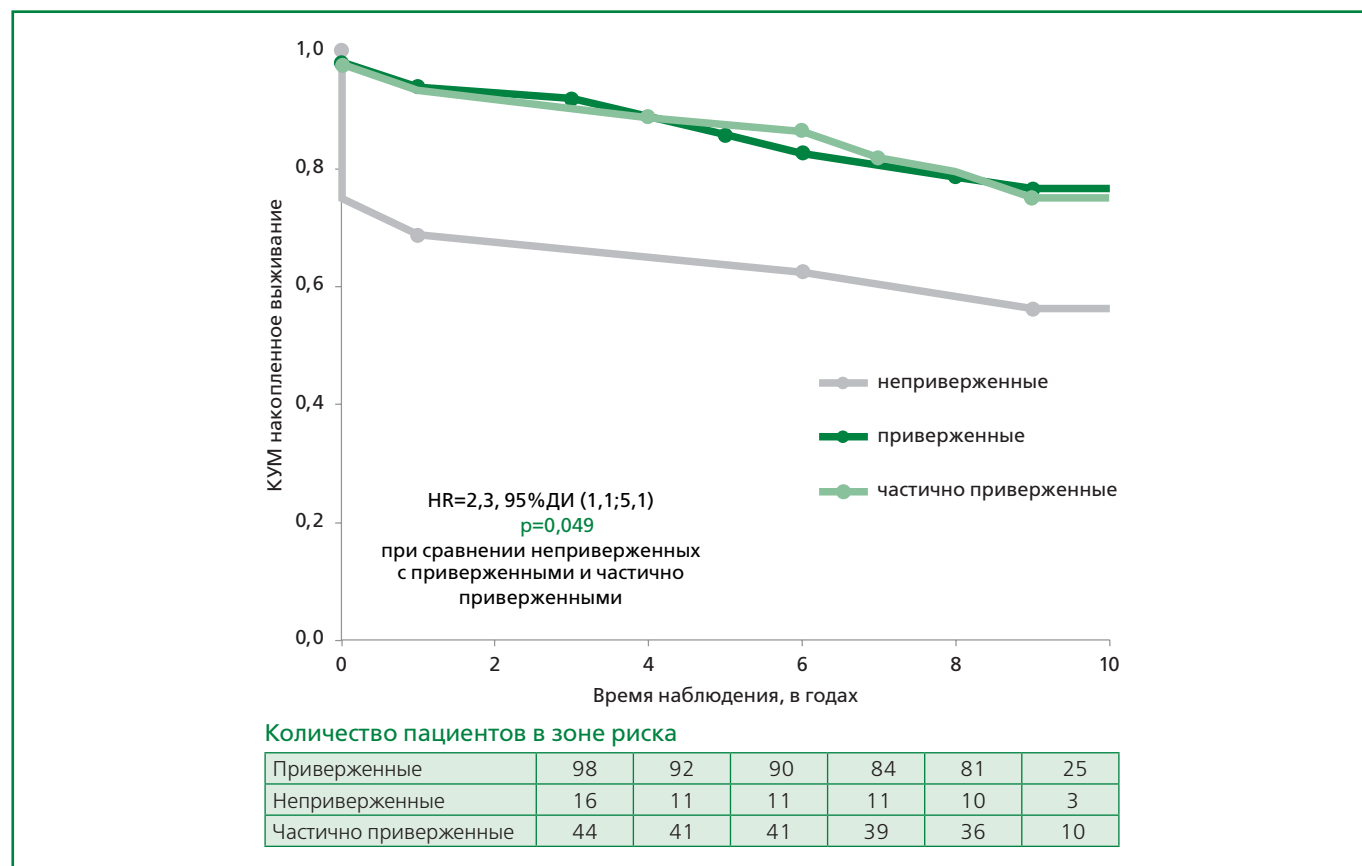


Рисунок 2. Риск возникновения ПКТ в зависимости от приверженности терапии через 10 лет наблюдения (на основании результатов опроса по «Шкале приверженности Национального общества доказательной фармакотерапии»).

Таблица 2 Сравнительная характеристика пациентов относительно первичной конечной точки на протяжении десятилетнего периода наблюдения

Показатель	Без ПКТ (n=117)	Наличие ПКТ (n=43)	p
Возраст, лет, М±SD	58,6±10,5	70,3±11,1	<0,001 <sup>4</sup>
Мужской пол, n (%)	82 (70,1)	24 (55,8)	0,091 <sup>1</sup>
Приверженные пациенты, n (%)	76 (65,5)	22 (52,4)	<b>0,042<sup>1</sup></b>
Неприверженные пациенты, n (%)	8 (6,9)	8 (19)	
Частично приверженные, n (%)	32 (27,6)	12 (28,6)	
Фибрилляция предсердий в анамнезе, n (%)	13 (11,1)	11 (25,6)	<b>0,043<sup>2</sup></b>
Артериальная гипертония в анамнезе, n (%)	84 (71,8)	34 (79,1)	0,354 <sup>1</sup>
Сахарный диабет в анамнезе, n (%)	29 (24,8)	19 (44,2)	<b>0,018<sup>1</sup></b>
ИБС в анамнезе, n (%)	31 (26,5)	16 (37,2)	0,187 <sup>1</sup>
Инфаркт миокарда в анамнезе, n (%)	15 (12,8)	13 (30,2)	<b>0,02<sup>2</sup></b>
ОНМК в анамнезе, n (%)	9 (7,7)	3 (7)	0,879 <sup>3</sup>
Отягощенная наследственность, n (%)	68 (58,1)	18 (41,9)	0,067 <sup>1</sup>
Гиперхолестеринемия в анамнезе, n (%)	41 (35)	8 (18,6)	<b>0,046<sup>1</sup></b>
«Д» учет до референсного ИМ, n (%)	12 (10,3)	6 (14)	0,574 <sup>3</sup>
Высшее образование, n (%)	40 (34,2)	17 (39,5)	0,531 <sup>1</sup>
Работающий, n (%)	57 (48,7)	8 (18,6)	<b>0,001<sup>1</sup></b>
Мужчины >60 лет и женщины >55 лет, n (%)	58 (49,6)	35 (81,4)	<0,001 <sup>1</sup>
Наличие инвалидности, n (%)	27 (23,1)	22 (51,2)	<b>0,001<sup>1</sup></b>
Курение, n (%)	29 (24,8)	9 (20,9)	0,611 <sup>1</sup>
Малоподвижный образ жизни, n (%)	31 (26,5)	24 (55,8)	<b>0,001<sup>1</sup></b>
Злоупотребление алкоголем, n (%)	48 (41)	10 (23,3)	<b>0,038<sup>1</sup></b>
Ожирение, n (%)	46 (39,3)	14 (32,6)	0,434 <sup>1</sup>
Одышка, n (%)	44 (37,6)	28 (65,1)	<b>0,002<sup>1</sup></b>
Периферические отеки, n (%)	5 (4,3)	7 (16,3)	<b>0,017<sup>3</sup></b>
ФВ <40%, n (%)	13 (11,4)	10 (23,3)	0,077 <sup>2</sup>
АД 120/80-139/89 мм рт.ст., n (%)	61 (52,1)	14 (32,6)	<b>0,028<sup>1</sup></b>
АД >140/90 мм рт.ст., n (%)	26 (22,2)	17 (39,5)	<b>0,029<sup>1</sup></b>
ЧСС <60 уд./мин, n (%)	11 (9,4)	0	<b>0,037<sup>3</sup></b>
ЧСС >70 уд./мин, n (%)	69 (59)	29 (67,4)	0,33 <sup>1</sup>
ОХ ≥4,5 ммоль/л, n (%)	<b>n=111</b>	<b>n=42</b>	0,579 <sup>3</sup>
	99 (89,2)	36 (85,7)	
ЛНП >1,8 ммоль/л, n (%)	<b>n=34</b>	<b>n=14</b>	1,0 <sup>3</sup>
	31 (91,2)	13 (92,9)	
Анемия (гемоглобин <120 г/л), n (%)	8 (6,9)	11 (26,2)	<b>0,003<sup>2</sup></b>
Тромболизис, n (%)	8 (6,8)	4 (9,3)	0,735 <sup>3</sup>
ЧКВ в стационаре, n (%)	77 (65,8)	24 (55,8)	0,245 <sup>1</sup>
АКШ в стационаре, n (%)	1 (0,9)	1 (2,3)	0,467 <sup>3</sup>

<sup>1</sup> —  $\chi^2$  Пирсона, <sup>2</sup> —  $\chi^2$  Пирсона с поправкой Йейтса, <sup>3</sup> — точный критерий Фишера, <sup>4</sup> — t-критерий Стьюдента  
АД — артериальное давление, АКШ — аортокоронарное шунтирование, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ЛНП — липопротеин низкой плотности, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ФВ — фракция выброса левого желудочка, ОХ — общий холестерин, СКФ — скорость клубочковой фильтрации, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство, ЧСС — частота сердечных сокращений

18,6%,  $p=0,001$ ). Мужчин старше 60 лет и женщин старше 55 лет (81,4% vs 49,6%,  $p<0,001$ ) и пациентов с инвалидностью (51,2% vs 23,1%,  $p=0,001$ ) значительно больше в группе с ПКТ. Малоподвижный образ жизни (55,8% vs 26,5%,  $p=0,001$ ), наличие одышки (65,1% vs 37,6%,  $p=0,002$ ) и отеков (16,3% vs 4,3%,  $p=0,017$ ) на момент поступления, повышенное артериальное давление (АД) — 39,5% vs 22,2%,  $p=0,029$ , а также наличие анемии (26,2% vs 6,9%,  $p=0,003$ ) по данным общего анализа крови чаще отмечались у пациентов с ПКТ. При значении ли-

попротеинов низкой плотности >1,8 ммоль обе группы не различались (91,2% vs 92,9%,  $p=1,0$ ).

Проведена оценка вероятности возникновения ПКТ у пациентов в зависимости от приверженности лечению через 10 лет наблюдения (рис. 2). В течение 10 лет наблюдения среднее время наступления ПКТ у неприверженных пациентов составило  $6,6\pm 1,1$  лет от начала наблюдения (95% ДИ: 4,4-8,8 лет), у частично приверженных —  $8,8\pm 0,4$  лет от начала наблюдения (95% ДИ: 7,9-9,6 лет), у приверженных —  $8,8\pm 0,3$  лет от начала наблюдения (95% ДИ:



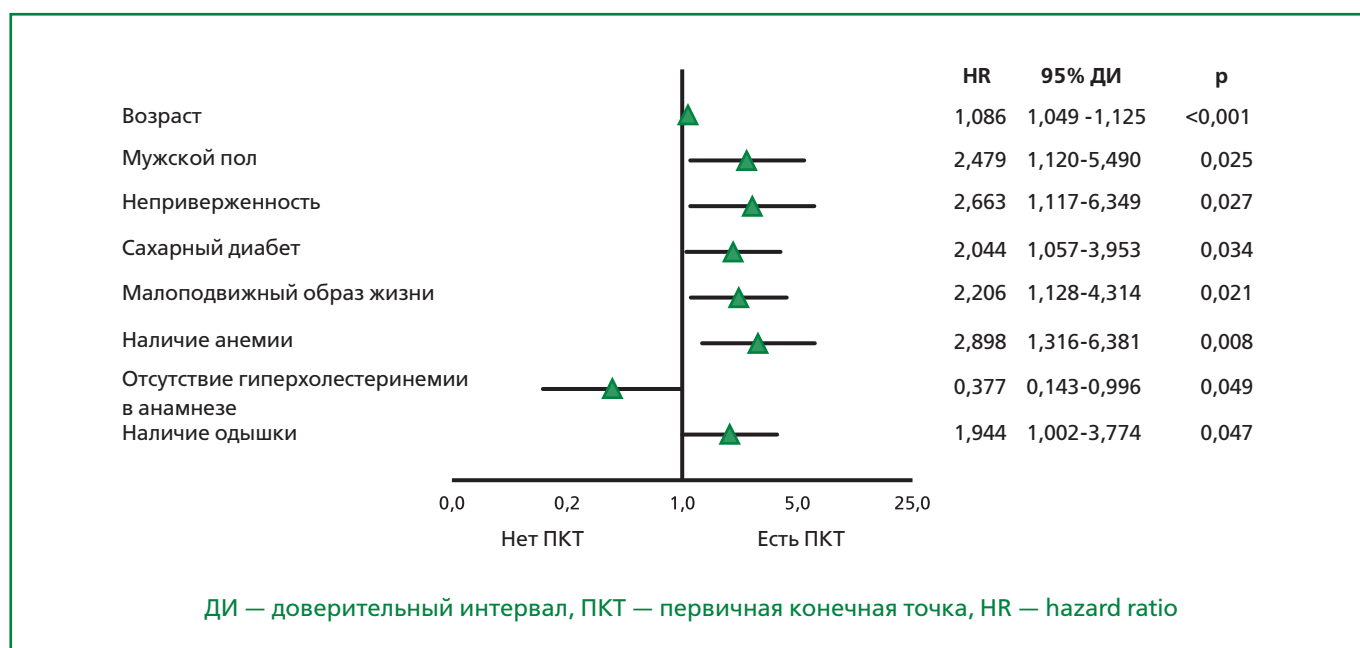


Рисунок 3. Факторы, ассоциированные с развитием первичной конечной точки за десятилетний период наблюдения.

8,2-9,3 лет). Вероятность возникновения ПКТ по данным однофакторного регрессионного анализа Кокса в течении десятилетнего наблюдения у неприверженных пациентов был выше в 2,3 раза, чем у приверженных и частично приверженных пациентов ( $p=0,049$ ).

С целью определения влияния неприверженности на развитие ПКТ и ее соотношения с другими факторами был проведен многофакторный регрессионный анализ по Коксу. Полученные данные в течении десятилетнего наблюдения свидетельствуют о том, что вероятность наступления ПКТ увеличивается на 8,6% с каждым годом жизни пациента. Анализ показал, что риск развития ПКТ в 2,5 раза выше у мужчин, чем у женщин. Недостаточная приверженность лечению увеличивает эту вероятность в 2,7 раза, а наличие сахарного диабета — в 2 раза. Отсутствие гиперхолестеринемии в анамнезе снижает вероятность развития ПКТ — в 2,6 раза, малоподвижный образ жизни — в 2,2 раза, анемия — в 2,9 раза, а одышка увеличивает в 1,9 раза (рис. 3).

## Обсуждение

Одной из ключевых причин, объясняющих недостаточную эффективность лекарственной терапии, следует всегда рассматривать низкую приверженность пациентов лечению. Эффективное лечение ишемической болезни сердца во многом определяется точным выполнением назначенной терапии [10]. Нарушение предписанного приема лекарственных препаратов после перенесенного острого инфаркта миокарда может привести к серьезным клиническим

последствиям, а именно увеличению смертности и госпитализаций [11].

Анализ полученной информации показал, что 10% пациентов были неприверженными лечению. За десятилетний период наблюдения установлено, что у пациентов, не следующих предписаниям врача, риск развития ПКТ был в 2,3 раза выше, чем у тех, кто соблюдал лечение полностью или частично. Такие факторы как возраст, мужской пол, наличие сахарного диабета, малоподвижный образ жизни, наличие анемии по данным анализа крови, гиперхолестеринемия по данным анамнеза, наличие одышки, увеличивают вероятность развития ПКТ у неприверженных пациентов в 2,7 раза.

Недостаточную приверженность лечению следует всегда рассматривать как важный фактор, определяющий отсутствие ожидаемого терапевтического эффекта. Следовательно, врачи нуждаются в доступных и достаточно легких в использовании способах, четко отражающих реальное поведение больного в отношении принимаемой терапии, а также выявляющих возможные внешние препятствия или внутренние установки, способные негативно повлиять на приверженность лечению [12]. Адаптация к болезни предполагает вовлеченность в процесс терапии и восстановление посредством соблюдения режима приёма лекарств [13]. Очевидна необходимость создания проектов, которые должны обучать, мотивировать, способствовать изменению образа жизни, а также должны быть направлены на повышение осведомленности пациентов об их заболевании и связанных с ним факторов риска.

### Ограничения исследования

Исследование ПРОФИЛЬ-ИМ проводилось с участием относительно небольшого числа пациентов, но индивидуальное общение с каждым из пациентов дало возможность улучшить достоверность данных.

### Заключение

На основании проведенного анализа установлено, что низкая приверженность в 2,7 раза увеличивает вероятность развития ПКТ через 10 лет наблюдения. Все выявленные факторы, обуславливающие недостаточную приверженность лечению, могут быть связаны как с самим пациентом, так и с организацией медицинской помощи. В связи с этим, врачам крайне важно активно выявлять пациентов с низкой приверженностью в рамках повседневной клинической практики.

Таким образом, анализ приверженности лечению имеет ключевое значение для улучшения эффектив-

ности проводимой терапии и положительного влияния на прогноз заболевания. Это актуально не только в течении первого года после перенесенного ИМ, но и при длительном наблюдении пациентов.

**Отношения и Деятельность.** Статья выполнена в рамках государственного задания «Разработка и апробация алгоритмов поддержки принятия врачебных и управленческих решений при проведении профилактического консультирования и дистанционного сопровождения пациентов с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в рамках диспансеризации и диспансерного наблюдения».

**Relationships and Activities.** State assignment "Development and testing of algorithms to support medical and managerial decision-making during preventive counseling and remote monitoring of patients with risk factors for chronic noncommunicable diseases in the framework of medical examinations and follow-up".

### References / Литература

1. Lukina YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu, Drapkina OM. Questionnaires and scores for assessing medication adherence — advantages and disadvantages of the diagnostic method in research and actual clinical practice. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2020;19(3):2562. (In Russ.) [Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Опросники и шкалы для оценки приверженности к лечению — преимущества и недостатки диагностического метода в научных исследованиях и реальной клинической практике. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020;19(3):2562]. DOI:10.15829/1728-8800-2020-2562.
2. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al.; ESC Scientific Document Group. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J*. 2016;37(38):2893–962. DOI:10.1093/eurheartj/ehw210.
3. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al.; ESC Scientific Document Group. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of. *Eur Heart J*. 2016;37(27):2129–200. DOI:10.1093/eurheartj/ehw128. Erratum in: *Eur Heart J*. 2018;39(10):860. DOI:10.1093/eurheartj/ehw383.
4. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al.; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021–104. DOI:10.1093/eurheartj/ehy339. Erratum in: *Eur Heart J*. 2019;40(5):475. DOI:10.1093/eurheartj/ehy686.
5. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al.; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2020;41(3):407–77. DOI:10.1093/eurheartj/ehz425. Erratum in: *Eur Heart J*. 2020;41(44):4242. DOI:10.1093/eurheartj/ehz825.
6. Zorina O, Fatkulina N, Saduyeva F, et al. Patient Adherence to Therapy After Myocardial Infarction: A Scoping Review. *Patient Prefer Adherence*. 2022;16:1613–22. DOI:10.2147/PPA.S356653.
7. Shchinova AM, Potekhina AV, Dolgusheva YuA, et al. Adherence to therapy after myocardial infarction and methods for its improvement. *Journal of atherosclerosis and dyslipidemias*. 2022; 3(48):5–13. (In Russ.) [Шчинова А.М., Потехина А.В., Долгушева Ю.А. и др. Приверженность терапии после перенесенного инфаркта миокарда и методы ее улучшения. *Атеросклероз и дислипидемии*. 2022; 3(48):5–13]. DOI:10.34687/2219-8202.JAD.2022.03.0001.
8. Martsevich SYu, Kutishenko NP, Sichinava DP, et al. Prospective outpatient registry of myocardial infarction patients (PROFILE-MI): study design and first results. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2018;17(1):81–6. (In Russ.) [Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Сичинава Д.П. и др. Проспективный амбулаторный регистр больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ПРОФИЛЬ-ИМ): дизайн исследования и первые результаты. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2018;17(1):81–6]. DOI:10.15829/1728-8800-2018-1-81-86.
9. Lukina YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu, Drapkina OM. The Questionnaire Survey Method in Medicine on the Example of Treatment Adherence Scales. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2021;17(4):576–83. (In Russ.) [Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Разработка и валидизация новых опросников в медицине на примере шкалы приверженности лекарственной терапии. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2021;17(4):576–83]. DOI:10.20996/1819-6446-2021-08-02.
10. Zullig LL, Ramos K, Bosworth HB. Improving medication adherence in coronary heart disease. *Curr Cardiol Rep*. 2017;19(11):113. DOI:10.1007/s11886-017-0918-y.
11. Crawshaw J, Auyeung V, Norton S, Weinman J. Identifying psychosocial predictors of medication non-adherence following acute coronary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2016;90:10–32. DOI:10.1016/j.jpsychores.2016.09.003.
12. Dragomir A, Côté R, Roy L, et al. Impact of adherence to antihypertensive agents on clinical outcomes and hospitalization costs. *Med Care*. 2010;48(5):418–25. DOI:10.1097/MLR.0b013e3181d567bd.
13. Sadeghiazar S, Mobasser K, Gholizadeh L, et al. Illness acceptance, medication adherence and the quality of life in patients with heart failure: A path analysis of a conceptual model. *Appl Nurs Res*. 2022;65:151583. DOI:10.1016/j.apnrs.2022.151583.

#### Сведения об Авторах/About the Authors

**Калайджян Елена Петровна [Elena P. Kalaydzhyan]**  
eLibrary SPIN 4512-5525, ORCID 0000-0003-1337-6499  
**Кутишенко Наталья Петровна [Natalia P. Kutishenko]**  
eLibrary SPIN 7893-9865, ORCID 0000-0001-6395-2584

**Марцевич Сергей Юрьевич [Sergey Yu. Martsevich]**  
eLibrary SPIN 7908-9554, ORCID 0000-0002-7717-4362  
**Драпкина Оксана Михайловна [Oksana M. Drapkina]**  
eLibrary SPIN 4456-1297, ORCID 0000-0002-4453-8430