

DOI: 10.54538/2707-5265-2026-7-1-60-68

Приверженность пациентов к медикаментозной терапии и клинических исходов после повторного инфаркта миокарда

Г.С. Касирова

ГУ "Республиканский клинический центр кардиологии";

ГУ "Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины";

Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить приверженность пациентов к медикаментозной терапии после повторного инфаркта миокарда и оценить её влияние на частоту сердечно-сосудистых событий.

Материалы и методы. В проспективное исследование включили 53 пациента, выписанных после повторного инфаркта миокарда (ПИМ). Наблюдение проводили в течение 12 месяцев, оценивая приверженность через 1, 3, 6 и 12 месяцев по пяти классам препаратов: ацетилсалициловая кислота, ингибиторы P2Y12, статины, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента/блокаторы рецепторов ангиотензина (иАПФ/БРА), β -адреноблокаторы.

Результаты. При выписке все пациенты получали ацетилсалициловую кислоту, ингибиторы P2Y12 и статины. 92,5% принимали иАПФ/БРА, 94,3% - β -адреноблокаторы. Через 12 месяцев доля пациентов, принимавших 4–5 классов препаратов, снизилась с 81,1% до 35,8% ($p < 0,001$). Наиболее выраженное снижение отмечено для ингибиторов P2Y12 (с 100% до 34,0%), β -адреноблокаторов (с 94,3% до 47,2%) и иАПФ/БРА (с 92,5% до 50,9%). Частота МАСЕ в группе низкой/частичной приверженности (0–3 класса на 6-м месяце) была в 3,3 раза выше, чем в группе высокой приверженности (40,0% vs 12,1%; $p = 0,018$; OR=3,30; 95% ДИ 1,14–9,58). Факторами, снижающими приверженность, стали возраст 70 лет и старше ($p = 0,022$), проживание в сельской местности ($p = 0,022$), финансовые трудности ($p < 0,001$) и отсутствие поддержки родственников ($p = 0,008$).

Заключение. У пациентов после повторного инфаркта миокарда приверженность к медикаментозной терапии снижается в течение первого года. Особенно это заметно в отношении второго антиагреганта и нейрогормональных модуляторов. Низкая приверженность увеличивает риск неблагоприятных исходов в три раза. Выявленные социально-демографические факторы указывают на необходимость разработки целевых программ поддержки для повышения эффективности вторичной профилактики.

Ключевые слова:

повторный инфаркт миокарда, приверженность лечению, ацетилсалициловая кислота, ингибиторы P2Y12, статины, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента/блокаторы рецепторов ангиотензина, β -адреноблокаторы, двойная антитромбоцитарная терапия

Для цитирования:

Касирова Г.С. Приверженность пациентов к медикаментозной терапии и клинических исходов после повторного инфаркта миокарда. Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». 2026; 7(1): 60-68. <https://doi.org/10.54538/2707-5265-2026-7-1-60-68>

DOI: 10.54538/2707-5265-2026-7-1-60-68

Patient adherence to drug therapy and clinical outcomes after recurrent myocardial infarction

G.S. Kasirova*State Institution "Republican Clinical Cardiology Center";**State Institution "Tajik Research Institute of Preventive Medicine",**Dushanbe, Tajikistan*

Objective: To study patients' adherence to drug therapy after recurrent myocardial infarction and evaluate its impact on the incidence of cardiovascular events.

Materials and Methods: A prospective study included 53 patients discharged after recurrent myocardial infarction (RMI). Follow-up was conducted for 12 months, assessing adherence at 1, 3, 6, and 12 months across five classes of medications: acetylsalicylic acid, P2Y₁₂ inhibitors, statins, angiotensin-converting enzyme inhibitors/angiotensin receptor blockers (ACE inhibitors/ARBs), and beta-blockers.

Results: At discharge, all patients received acetylsalicylic acid, P2Y₁₂ inhibitors, and statins. 92.5% took ACE inhibitors/ARBs, 94.3% - β -blockers. After 12 months, the proportion of patients taking 4-5 classes of drugs decreased from 81.1% to 35.8% ($p < 0.001$). The most pronounced decrease was noted for P2Y₁₂ inhibitors (from 100% to 34.0%), β -blockers (from 94.3% to 47.2%), and ACE inhibitors/ARBs (from 92.5% to 50.9%). The MACE rate in the low/partial adherence group (grades 0–3 at month 6) was 3.3 times higher than in the high adherence group (40.0% vs. 12.1%; $p=0.018$; OR=3.30; 95% CI 1.14–9.58). Factors that reduced adherence included age 70 years and older ($p=0.022$), rural residence ($p=0.022$), financial difficulties ($p<0.001$), and lack of relatives' support ($p=0.008$).

Conclusion: In patients following a recurrent myocardial infarction, adherence to drug therapy declines during the first year. This is particularly noticeable with regard to the second antiplatelet agent and neurohormonal modulators. Poor adherence increases the risk of adverse outcomes threefold. The identified sociodemographic factors indicate the need to develop targeted support programs to improve the effectiveness of secondary prevention.

Key words:

recurrent myocardial infarction, treatment adherence, acetylsalicylic acid, P2Y₁₂ inhibitors, statins, angiotensin-converting enzyme inhibitors/angiotensin receptor blockers, β -blockers, dual antiplatelet therapy

For citation:

Kasirova G.S. Patient adherence to drug therapy and clinical outcomes after recurrent myocardial infarction. Eurasian Scientific and Medical Journal "Sino". 2026; 7(1): 60-68. <https://doi.org/10.54538/2707-5265-2026-7-1-60-68>

ВВЕДЕНИЕ

Повторный инфаркт миокарда (ПИМ) остаётся одной из ведущих причин смерти и стойкой утраты трудоспособности в структуре сердечно-сосудистой патологии. Несмотря на значительные достижения в лечении острого периода и многочисленные исследования, подтверждающие эффективность стратегий вторичной профилактики, риск повторных коронарных событий у пациентов с ПИМ остаётся высоким [1, 2].

По данным современных исследований, длительная комбинированная терапия, включающая двойную антиагрегантную терапию, высокие дозы статинов, β -адреноблокаторы и ингибиторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), эффективно снижает вероятность повторных событий на 20–50% в зависимости от компонентов и длительности наблюдения [3, 4].

В реальной клинической практике эффективность этой стратегии часто ограничивается низкой приверженностью пациентов лечению. Через 6–12 месяцев после выписки до 30–40% больных прекращают принимать один или несколько жизненно важных препаратов. Приверженность к двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТТ) составляет 83,7%, к статинам - 81,8%, к β -блокаторам - 71,9%, к ингибиторам РААС - 67,6%. Низкая приверженность считается независимым фактором риска неблагоприятных исходов, сопоставимым по значимости с традиционными факторами (OR 1,40 для MACE) [5, 6].

Особую актуальность проблема приверженности к лечению приобретает у пациентов, уже перенёвших ПИМ, поскольку они представляют собой группу крайне высокого риска. Изучение динамики приверженности и её связи с исходами в этой когорте позволяет выявить ключевые барьеры и разработать таргетированные вмешательства.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить приверженность пациентов к медикаментозной терапии после повторного инфаркта миокарда и оценить её влияние на частоту сердечно-сосудистых событий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное исследование включены 53 пациента после повторного инфаркта миокарда, выписанных из кардиологических отделений ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗ и СЗН РТ, с такими критериями включения: подтверждённый диагноз повторного инфаркта миокарда, возраст ≥ 18 лет, информированное согласие, и такими критериями исключения: госпитальная летальность, тяжёлые когнитивные нарушения, отказ от участия или потеря контакта в период наблюдения.

Наблюдение проводилось в течение 12 месяцев после выписки. Данные собирали через стандартизированные телефонные интервью в первый, третий, шестой и двенадцатый месяцы. Оценивали, как пациенты принимают лекарства для вторичной профилактики: ацетилсалициловую кислоту (АСК), ингибиторы P2Y₁₂ (клопидогрел или тикагрелор), статины, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина (иАПФ/БРА) и β -адреноблокаторы.

В зависимости от количества регулярно принимаемых препаратов выделяли три уровня приверженности: высокий (4–5 классов), частичный (2–3 класса) и низкий (0–1 класс).

Регистрировали неблагоприятные сердечно-сосудистые события (MACE), включая смерть от сердечно-сосудистых причин, нефатальный инфаркт миокарда, госпитализации из-за нестабильной стенокардии и декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН). Также анализировали причины прекращения приема препаратов и социально-демографические факторы, которые могли повлиять на приверженность пациентов к лечению.

Статистический анализ данных проводился с помощью IBM SPSS Statistics 26.0. Количественные показатели с ненормальным распределением представлены в виде медианы и межквартильного размаха (Me [Q1; Q3]). Категориальные переменные выражены в виде частот и процентов (n (%)). Для сравнения групп использовались критерий χ^2 Пирсона и точный критерий Фишера (при ожидаемых частотах < 5), а также U-критерий Манна-Уитни. Относительный риск (ОР) рассчитывался с 95% доверительными интервалами. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Таблица 1. Демографическая и клиническая характеристика пациентов с повторным инфарктом миокарда

Table 1. Demographic and clinical characteristics of patients with recurrent myocardial infarction

Параметры	Количество больных (n=53)
Возраст, лет (Me [Q1; Q3])	66,0 [59,0; 73,0]
Мужской пол, n (%)	33 (62,3%)
Артериальная гипертензия, n (%)	46 (86,8%)
Сахарный диабет 2 типа, n (%)	19 (35,8%)
Дислипидемия в анамнезе, n (%)	38 (71,7%)
ХБП (СКФ <60 мл/мин/1,73м ²), n (%)	18 (34,0%)
ФВ ЛЖ после первого ИМ, % (Me [Q1; Q3])	45,0 [38,0; 52,0]
Время между первым и повторным инфарктом миокарда (месяцы): Me [Q1; Q3])	18,0 [8,0; 36,0]

Примечание: ХБП – хроническая болезнь почек; ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка; ИМ – инфаркт миокарда

Note: CKD – chronic kidney disease; LVEF – left ventricular ejection fraction; MI – myocardial infarction

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Демографическая и клиническая характеристика 53 пациентов, включённых в проспективное исследование, представлена в таблице 1.

Анализ данных показывает, что типичный пациент с ПИМ – это пожилой мужчина (медиана 66,0 лет) с отягощённым кардиометаболическим анамнезом. Почти у всех пациентов были выявлены факторы риска и сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия (87,5%), дислипидемия (72,5%), сахарный диабет (35,8%). У каждого третьего пациента (33,8%) наблюдалась почечная дисфункция (хроническая болезнь почек). Медиана времени до развития рецидива составил 1,5 года, при этом у 25% пациентов повторный инфаркт миокарда произошёл менее чем через 8 месяцев после первого, что подчёркивает особую уязвимость этого периода.

Результаты наблюдения обнаружили негативную динамику в соблюдении режима лечения, что отражено на рисунке 1.

Данные на рисунке показывают, что через три месяца после выписки 81,1% пациентов получали полную терапию (4–5 классов препаратов). К концу года этот показатель снизился до 35,8%. В то же время доля пациентов, получавших субоптимальную терапию (2–3 препарата), увеличилась более чем в три раза.

Проспективный мониторинг позволил выя-

вить детальную динамику приверженности пациентов к каждому из пяти классов препаратов вторичной профилактики в течение года после выписки.

Результаты, представленные на рисунке 2, показывают неоднородную, но повсеместно негативную динамику по всем терапевтическим направлениям.

К концу года наблюдения приверженность к приёму второго антиагреганта (клопидогрела или тикагрелора) значительно снизилась – со 100% до 34%. Это означает, что две трети пациентов либо по своей инициативе, либо по совету врача прекратили приём двойной антитромбоцитарной терапии в течение первого года после повторного инфаркта миокарда. Подобное поведение не соответствует рекомендациям по продолжению ДАТТ для пациентов с высоким риском. Это может повысить вероятность тромботических осложнений. Значительное снижение выявлено для β-адреноблокаторов (до 47,2%) и иАПФ/БРА (до 50,9%). Это может свидетельствовать о недостаточной переносимости или недооценке важности нейрогормональной блокады. Даже такие «базовые» препараты, как АСК и статины, к 12-му месяцу принимались реже на 25–40%. Важно отметить, что у четырёх пациентов при выписке были противопоказания к назначению иАПФ/БРА, а у трёх – к β-адреноблокаторам.

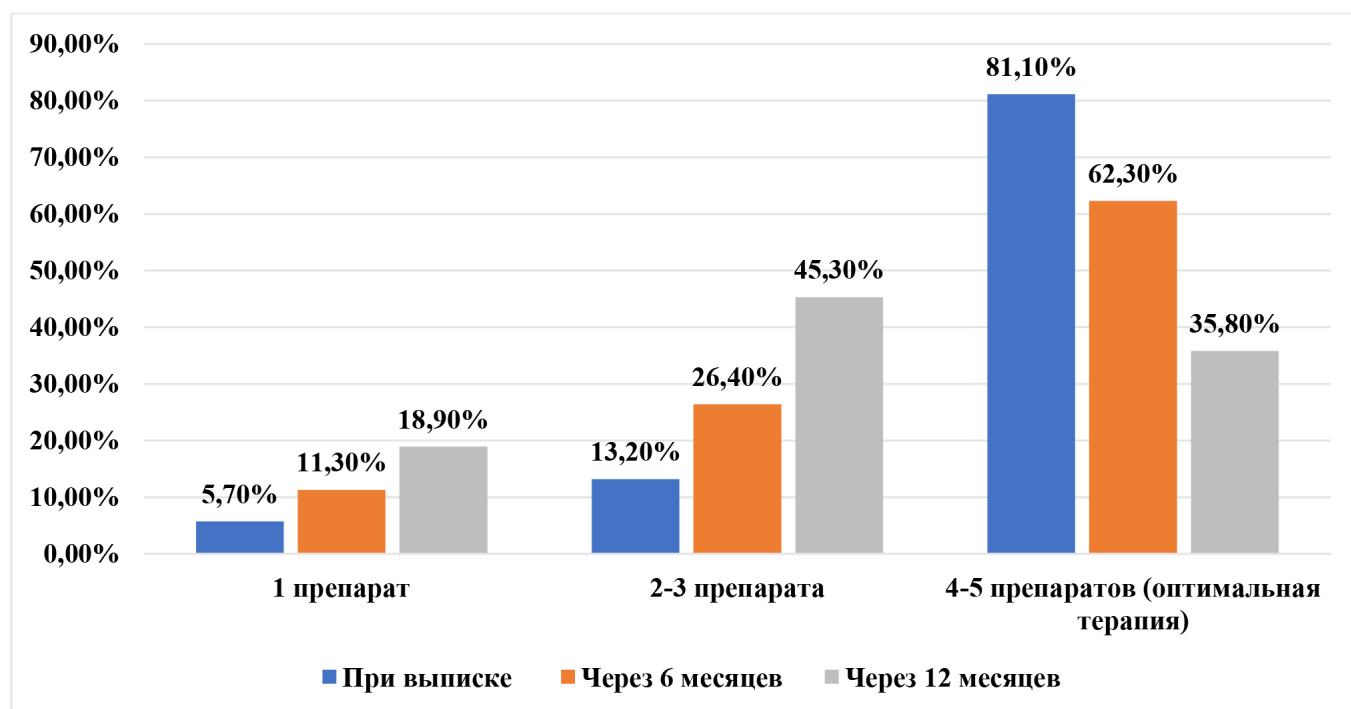


Рис. 1. Динамика количества принимаемых классов препаратов в течение 12 месяцев после выписки (n=53)

Fig. 1. Dynamics of the number of classes of drugs taken during 12 months after discharge (n=53)

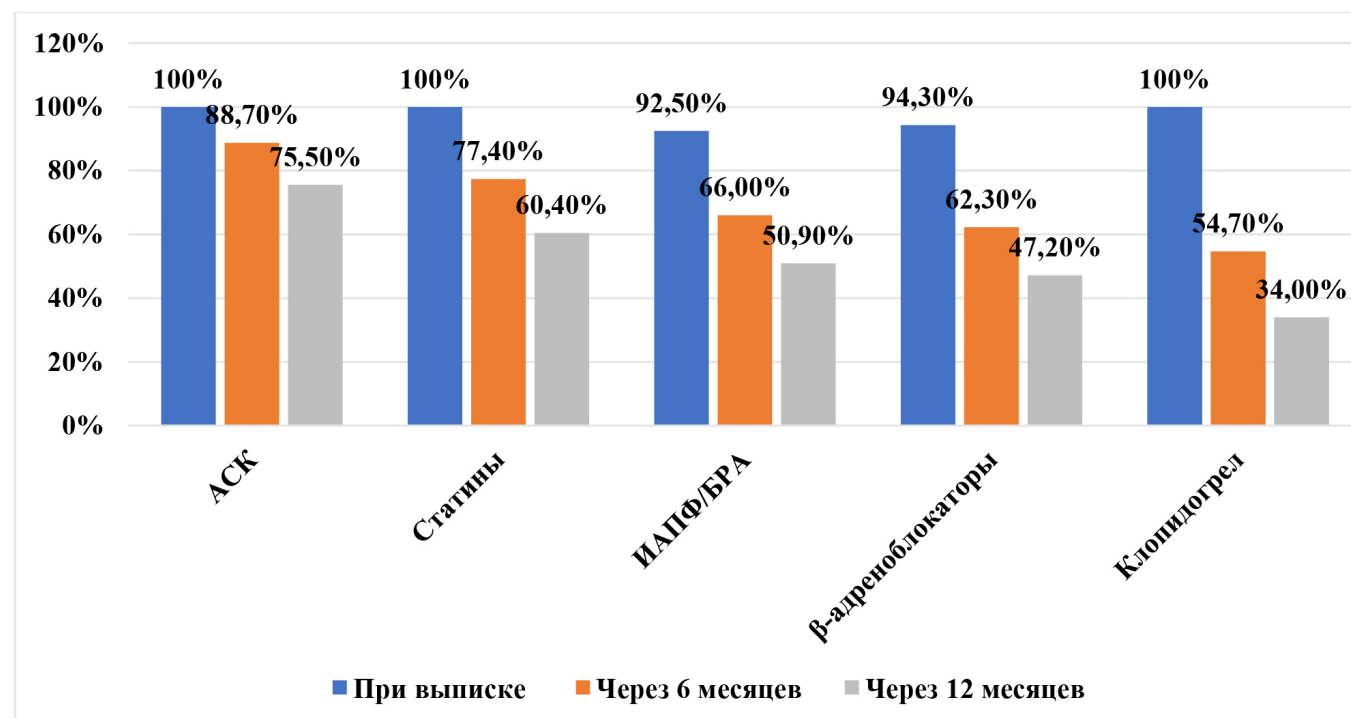


Рис. 2. Динамика приверженности к различным классам препаратов в течение 12 месяцев после выписки

Fig. 2. Dynamics of adherence to different classes of drugs within 12 months after discharge

Таблица 2. Частота неблагоприятных исходов в зависимости от уровня приверженности на 6-м месяце наблюдения

Table 2. Frequency of adverse outcomes depending on the level of adherence at the 6th month of observation

Исход	Низкая/частичная приверженность (n=20)	Высокая приверженность (n=33)	Значение p
Все события MACE, n (%)	8 (40,0%)	4 (12,1%)	0,018
Смерть от сердечно-сосудистых заболеваний	1 (5,0%)	0	0,182
Госпитализация с нестабильной стенокардией	3 (15,0%)	1 (3,0%)	0,112
Госпитализация при декомпенсации ХСН	4 (20,0%)	2 (6,1%)	0,127
Нефатальный повторный ИМ	0	1 (3,0%)	0,449
Относительный риск (ОР)	3,30	1,00	0,028
95% доверительный интервал (ДИ) для (ОР)	1,14 – 9,58		

Примечание: значение p было вычислено с помощью точного критерия Фишера. Относительный риск (ОР) для любых сердечно-сосудистых событий (MACE) составил 3,30 (95% доверительный интервал 1,14–9,58; p=0,028).

Note: The p value was calculated using the Fisher's exact test. The relative risk (RR) for any cardiovascular event (MACE) was 3.30 (95% confidence interval 1.14-9.58; p=0.028).

Для оценки прогностической роли приверженности пациенты были разделены на две группы по количеству принимаемых препаратов на шестом месяце, который считается промежуточным и репрезентативным сроком:

Первая группа - с низкой или частичной приверженностью. В неё вошли пациенты, принимавшие от 0 до 3 классов препаратов (n=20).

Вторая группа - с высокой приверженностью. В неё вошли пациенты, принимавшие 4-5 классов препаратов (n=33).

Частота неблагоприятных исходов за 12 месяцев наблюдения представлена в таблице 2.

Полученные данные свидетельствуют о статистически значимом и клинически важном влиянии уровня приверженности на прогноз. Совокупная частота MACE в группе с низкой/частичной приверженностью оказалась в 3,3 раза выше, чем в группе с высокой приверженностью (40,0 % против 12,1 %, p=0,018). Относительный риск развития любого неблагоприятного исхода у пациентов с субоптимальным соблюдением режима терапии увеличился в 3,3 раза (ОР 3,30; 95 % ДИ 1,14–9,58). В группе пациентов с низкой приверженностью к лечению чаще всего про-

исходили госпитализации из-за декомпенсации сердечной недостаточности (20%) и нестабильной стенокардии (15%). Это связано с недостаточным приёмом нейрогормональных модуляторов и антиагрегантов.

Для выявления факторов, влияющих на отказ от терапии, был проведён сравнительный анализ пациентов «со стабильно высокой приверженностью» (поддерживавших приём 4–5 препаратов как на 6-м, так и на 12-м месяцах, n=19) и «со снижением приверженности» (перешедших к приёму 0–3 препаратов к 12-му месяцу, n=34). Результаты представлены в таблице 3.

Согласно полученным данным, основным препятствием к продолжению терапии для 70,6% пациентов из группы снижения приверженности стали финансовые трудности. Дополнительными значимыми факторами оказались возраст ≥ 70 лет, проживание в сельской местности и отсутствие поддержки со стороны родственников.

Проведённое исследование показало крайне неблагоприятную динамику приверженности медикаментозной терапии у пациентов после повторного инфаркта миокарда. Если при выписке практически все пациенты получали оптималь-

Таблица 3. Факторы, ассоциированные со снижением приверженности в течение 12-месячного наблюдения

Table 3. Factors associated with decreased adherence during 12-month follow-up

Параметры	Стабильно высокая приверженность	Снижение приверженности (n=34)	Значение p
Возраст ≥ 70 лет, n (%)	4 (21,1%)	18 (52,9%)	0,022
Проживание в сельской местности, n (%)	5 (26,3%)	20 (58,8%)	0,022
Основная причина - финансовые трудности, n (%)	2 (10,5%)	24 (70,6%)	<0,001
Отсутствие регулярной поддержки со стороны родственников, n (%)	2 (10,5%)	16 (47,1%)	0,008
Наличие сахарного диабета 2 типа, n (%)	5 (26,3%)	14 (41,2%)	0,280

Примечание: значение p было вычислено с помощью критерия χ^2 или точного критерия Фишера

Note: The p value was calculated using the χ^2 test or the Fisher exact test

ную комбинацию препаратов в соответствии с рекомендациями, то к концу первого года только каждый третий продолжал принимать полный комплекс необходимых лекарств. Эти данные согласуются с результатами крупных международных регистров, которые показывают снижение приверженности до 40–60% в течение года после инфаркта миокарда. Также это подтверждается более поздними исследованиями последних лет [7, 8].

Наиболее тревожным оказалось снижение приверженности к двойной антитромбоцитарной терапии. Через год после повторного инфаркта лишь 34% пациентов продолжали принимать ингибитор P2Y₁₂. Это вызывает серьезную озабоченность, так как преждевременное прекращение ДАТТ резко увеличивает риск тромбоза стента и повторных коронарных событий [9, 10]. Также вызывает тревогу значительное снижение приёма β -адреноблокаторов и иАПФ/БРА. Эти препараты доказали свою эффективность в предотвращении ремоделирования миокарда и прогрессирования сердечной недостаточности [11, 12].

Выявлена впечатляющая связь между низкой приверженностью и ухудшением клинических исходов: риск МАСЕ в группе с субоптимальной терапией был в 3,3 раза выше. Это подтверждает

то, что несоблюдение режима лечения является значимым независимым фактором неблагоприятного прогноза, сопоставимым по значимости с такими классическими факторами, как сахарный диабет или сниженная фракция выброса [5, 12].

Анализ факторов, влияющих на снижение приверженности лечению, выявил портрет уязвимого пациента: пожилой возраст, проживание в сельской местности, финансовые трудности и отсутствие социальной поддержки. Доминирование финансового барьера (70,6% в группе снижения) отражает реалии системы здравоохранения, где высокая стоимость современных препаратов делает их недоступными для значительной части населения [7, 13, 14]. Проживание в сельской местности и пожилой возраст могут осложнять ситуацию из-за ограниченного доступа к медицинской помощи, проблем с транспортом и недостаточной медицинской грамотности. Отсутствие поддержки со стороны родственников подчеркивает необходимость вовлечения семьи в процесс лечения.

Исследование имеет несколько ограничений: небольшой объём выборки, одноцентровый дизайн и использование телефонных интервью для оценки приверженности. Это может привести к субъективным искажениям. Тем не менее, результаты убедительно показывают масштаб

проблемы и её значительное влияние на клинические исходы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов, перенёсших повторный инфаркт миокарда, в течение первого года после выписки наблюдается прогрессивное снижение приверженности медикаментозной терапии. Наиболее заметно это снижение в отношении второго антиагреганта и нейрогормональных модуляторов. К 12-му месяцу только треть больных продолжает принимать полный комплекс рекомендованных препаратов. Низкая приверженность связана с трёхкратным увеличением риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Ключевые факторы, способствующие отказу от лечения: финансовые трудности, пожилой возраст, проживание в сельской местности и недостаток социальной поддержки. Эти данные указывают на необходимость разработки целевых программ, направленных на повышение приверженности лечению. Программы должны включать образовательные, социальные и организационные меры.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Марцевич С.Ю. Повторный инфаркт миокарда — нерешённая проблема доказательной медицины. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(6):4019. Martsevich S.Y. Recurrent myocardial infarction — an unresolved problem of evidence-based medicine. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(6):4019. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2024-4019>
2. Швец Д.А., Поветкин С.В. Выбор признаков для моделирования риска летальных исходов больных после перенесённого инфаркта миокарда или нестабильной стенокардии. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2025;24(3):4102. Shvets D.A., Povetkin S.V. Selection of features for modeling the risk of fatal outcomes in patients after myocardial infarction or unstable angina. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2025;24(3):4102. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2025-4102>
3. Кучеренко С.С., Алексеева Т.М. Современные стратегии антитромботической терапии при мультифокальном атеросклерозе. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022;122(2):49–55. Kucherenko S.S., Alekseeva T.M. Modern strategies of antithrombotic therapy in multifocal atherosclerosis. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2022;122(2):49–55. <https://doi.org/10.17116/jnevro202212202149>
4. Zhu L., Cui Q., Liu Y. et al. Effects of a secondary prevention combination therapy with beta-blocker and statin on major adverse cardiovascular events in acute coronary syndrome patients. Med Sci Monit. 2020;26:e925114. <https://doi.org/10.12659/MSM.925114>
5. Hou Y., Yue Y., Zhao M., Jiang S. Prevalence and association of medication nonadherence with major adverse cardiovascular events in patients with myocardial infarction. Medicine (Baltimore). 2019;98(44):e17826. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017826>
6. Yari A., Lim C.E., Hagström E. et al. Utilization and discontinuation of secondary prevention pharmacotherapy after myocardial infarction: a nationwide cohort study. Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother. 2026;12(1):15–24. <https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvaf079>
7. Веретенникова А.В., Концевая А.В., Куценко В.А. et al. Приверженность лечению и льготное лекарственное обеспечение пациентов с перенесённым инфарктом миокарда (по данным наблюдательного исследования). Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2025;21(4):310–317. Veretennikova A.V., Kontsevaya A.V., Kutsenko V.A. et al. Treatment adherence and preferential drug provision in patients after myocardial infarction (observational study data). Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2025;21(4):310–317. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2025-3197>
8. Pietrzykowski Ł., Michalski P., Kosobucka A. et al. Medication adherence and its determinants in patients after myocardial infarction. Sci Rep. 2020;10(1):12028. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-68915-1>
9. Фитилев С.Б., Шкрёбнева И.И., Ключев Д.А. et al. Безопасность двойной антитромботической терапии после острого инфаркта миокарда и приверженность пациентов лечению: анализ данных ЕМИАС. Безопасность и риск фармакотерапии. 2025;13(3):300–312.

- Fitilev S.B., Shkrebneva I.I., Klyuev D.A. et al. Safety of dual antiplatelet therapy after acute myocardial infarction and patient adherence: analysis of EMIAS data. *Safety and Risk of Pharmacotherapy*. 2025;13(3):300–312. <https://doi.org/10.30895/2312-7821-2025-13-3-300-312>
10. Nordenskjöld A.M., Qvarnström M., Wettermark B., Lindahl B. Adherence to secondary preventive treatment following myocardial infarction with and without obstructive coronary artery disease. *PLoS One*. 2025;20(5):e0324072. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0324072>
11. Chiu M.H., Dong Y., Fine N. et al. Continuation vs withdrawal of beta-blockers and outcomes after myocardial infarction with preserved left ventricular function. *JACC Adv*. 2025;4(6 Pt 1):101814. <https://doi.org/10.1016/j.jaccadv.2025.101814>
12. Сохибов Д.Д., Тригулова Р.Х., Мирахмедова Н.С. Приверженность медикаментозной терапии у пациентов после острого инфаркта миокарда: систематический обзор литературы. *Кардиология Узбекистана*. 2025;2(4):399–406. Sokhibov D.D., Trigulova R.Kh., Mirakhmedova N.S. Medication adherence in patients after acute myocardial infarction: systematic literature review. *Cardiology of Uzbekistan*. 2025;2(4):399–406. <https://doi.org/10.70626/cardiouz-2025-2-00071>
13. Навджуанов И.М., Одинаев Ш.Ф., Раджабзода М.Э., Навджуанов Н.М., Турсунзода Р.А. Современные аспекты кардиального синдрома Х. Евразийский научно-медицинский журнал «Сино». 2025; 6(1): 12-26. Navjuanov I.M., Odinaev Sh.F., Rajabzoda M.E. et al. Modern aspects of cardiac syndrome X. *Eurasian Scientific and Medical Journal "Sino"*. 2025; 6(1): 12-26. <https://doi.org/10.54538/2707-5265-2025-6-1-12-26>
14. Холкина А.А., Исаков В.А., Тимофеев Е.В. Приверженность лечению кардиологических больных: подходы к оценке, пути повышения и прогностическое значение. *Juvenis scientia*. 2023;9(4):18–34. Kholkina A.A., Isakov V.A., Timofeev E.V. Adherence to treatment in cardiology patients: assessment approaches, ways to improve, and prognostic significance. *Juvenis scientia*. 2023;9(4):18–34. <https://doi.org/10.32415/jscientia-2023-9-4-18-34>

ФИНАНСИРОВАНИЕ

Финансовой поддержки не было.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:

***Касирова Гуландом Саиджоновна** – заведующая отделением хронической ишемической болезни сердца ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии», соискатель ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины», Душанбе, Таджикистан.

E-mail: kasirova89@inbox.ru

<https://orcid.org/0009-0009-3815-9758>

***Автор для корреспонденции**

FINANCING

There was no financial support.

CONFLICT OF INTEREST

The author declare no conflict of interest.

INFORMATION ABOUT AUTHOR:

***Kasirova Gulandom Saidzhonovna** – Head of the Department of Chronic Ischemic Heart Disease, Republican Clinical Center of Cardiology, Applicant, State Institution "Tajik Research Institute of Preventive Medicine", Dushanbe, Tajikistan.

E-mail: kasirova89@inbox.ru

<https://orcid.org/0009-0009-3815-9758>

***Author for correspondence**