



\*Акатова Е.В., Макарова И.А., Шикина М.А.

## ПРОБЛЕМА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ФГБОУ ВО «РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МЕДИЦИНЫ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,  
ул. Долгоруковская, дом 4, г. Москва 127006, Российская Федерация

### Сведения об авторах:

\*Автор, ответственный за переписку: Акатова Евгения Владимировна, д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии №1, ФГБОУ ВО «РУМ» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Долгоруковская, дом 4, г. Москва 127006, Российская Федерация, e-mail: akev@list.ru, ORCID 0009-0006-1219-1272

Макарова Ирина Анатольевна, д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии №1, ФГБОУ ВО «РУМ» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Российская Федерация, ORCID 0009-0007-2704-0853

Шикина Мария Александровна, ординатор кафедры госпитальной терапии №1, ФГБОУ ВО «РУМ» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Российская Федерация, ORCID 0009-0004-9212-6598

### РЕЗЮМЕ

Сердечно-сосудистые (СС) заболевания занимают первое место в структуре заболеваемости, смертности и инвалидизации населения, поэтому проблема эффективного лечения СС заболеваний продолжает оставаться одной из важных в современной кардиологии.

СС заболевания требуют пожизненного лечения, поэтому преодоление неудовлетворительной приверженности является актуальным в лечении пациентов. Неоптимальная приверженность относится к доказанным факторам риска снижения эффективности лечения, увеличения риска развития СС осложнений, а также ухудшения прогноза заболевания и качества жизни. Кроме того, существует большое количество факторов, влияющих на приверженность к лечению, что значимо усложняет решение этой проблемы.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС), учитывая высокую распространенность во всем мире, является плохо управляемым фактором СС риска и смерти. Несмотря на широкий спектр доступных лекарственных препаратов, приверженность к терапии больных ИБС отличается крайне низким уровнем, что ассоциировано с неблагоприятным СС прогнозом. Назначение адекватного медикаментозного лечения приводит к улучшению клинического состояния пациентов с ИБС, снижению уровня СС осложнений и смерти.

В настоящее время не существует единой стратегии для улучшения приверженности к лечению.

Существует обратная зависимость между уровнем приверженности к терапии и количеством назначенных лекарственных препаратов. Согласно современным рекомендациям, одним из наиболее обоснованных путей решения проблемы недостаточной приверженности к фармакотерапии является назначение фиксированных комбинаций лекарственных препаратов.

Концепция применения фиксированных комбинаций подразумевает объединение нескольких лекарственных препаратов в одной таблетке. Применение этой стратегии способствует улучшению контроля нескольких факторов риска одновременно и снижению риска развития СС событий. Результаты многих исследований подтверждают эффективность внедрения фиксированных комбинаций в реальную клиническую практику, поскольку это упрощает схему лечения, приводит к улучшению СС прогноза у пациентов за счет снижения риска развития СС осложнений.

Данный обзор литературы представляет современный взгляд на проблему приверженности к лечению пациентов с ИБС.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, приверженность, сердечно-сосудистые осложнения, фиксированные комбинации, полипилл

**Конфликт интересов и финансирование статьи.** Публикация подготовлена при информационной и финансовой поддержке фармацевтической компании Сервье, что не повлияло на мнение автора.

**Вклад авторов.** Все авторы соответствуют критериям авторства ICMJE, принимали участие в подготовке статьи, наборе материала и его обработке. Авторский вклад (по системе Credit): Акатова Е.В. – концепция статьи, поиск источ-

ников, создание рукописи и её редактирование, утверждение окончательного варианта статьи; Макарова И.А. – концепция статьи, поиск источников, создание рукописи и её редактирование, утверждение окончательного варианта статьи; Шикина М.А. – концепция статьи, поиск источников, создание рукописи и её редактирование, утверждение окончательного варианта статьи.

✉ AKEV@LIST.RU

**Для цитирования:** Акатова Е.В., Макарова И.А., Шикина М.А. Проблема приверженности терапии у пациентов с ишемической болезнью сердца. Евразийский кардиологический журнал. 2025;(3):86-92. <https://doi.org/10.38109/2225-1685-2025-3-86-92>

Рукопись получена: 15.06.2025 | Рецензия получена: 05.09.2025 | Принята к публикации: 08.09.2025

© Группа авторов, 2025

Данная статья распространяется на условиях «открытого доступа», в соответствии с лицензией CC BY-NC-SA 4.0 («Attribution-NonCommercial-ShareAlike» / «Атрибуция-Некоммерчески-Сохранение Условий» 4.0), которая разрешает неограниченное некоммерческое использование, распространение и воспроизведение на любом носителе при условии указания автора и источника. Чтобы ознакомиться с полными условиями данной лицензии на русском языке, посетите сайт: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.ru>

**\*Evgeniia V. Akatova, Irina A. Makarova, Mariia A. Shikina**

## THE PROBLEM OF ADHERENCE TO THERAPY IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

Russian University of Medicine,  
4 Dolgorukovskaya St., Moscow 127006, Russian Federation

### Information about authors:

**\*Corresponding author: Evgeniya V. Akatova**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Department of Hospital Therapy No. 1, Russian University of Medicine, st. Dolgorukovskaya, 4, Moscow 127006, Russian Federation, e-mail: [akev@list.ru](mailto:akev@list.ru), ORCID 0009-0006-1219-1272

**Irina A. Makarova**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Department of Hospital Therapy No. 1, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation, ORCID 0009-0007-2704-0853

**Maria A. Shikina**, Resident, Department of Hospital Therapy No. 1, Russian University of Medicine, Moscow, Russian Federation, ORCID 0009-0004-9212-6598

### SUMMARY

Cardiovascular diseases (CVD) occupy the first place in the structure of morbidity, mortality and disability of the population, therefore, the problem of effective treatment of CVD is still one of the most important in modern cardiology.

CV diseases require lifelong therapy, so overcoming poor adherence is relevant in the treatment of patients. Suboptimal adherence is a proven risk factor that decreases the effectiveness of treatment, increases the risk of developing CV complications, as well as worsens the disease outcomes and quality of life. In addition, there is a large number of factors affecting adherence to treatment, which significantly complicates the solution of this problem.

Coronary heart disease (CHD) due to high prevalence worldwide is a poorly managed risk factor for CV risk and death. Despite the wide range of available medications, adherence to therapy in CHD patients is extremely low and it is associated with an unfavorable CV prognosis. Prescription of adequate drug treatment improves the clinical condition of CHD patients and decreases the level of CV complications and death.

Currently, there is no single strategy for improving adherence to treatment.

There is a negative correlation between the level of adherence to therapy and the number of prescribed medications. According to current recommendations, one of the most reasonable ways to solve the problem of poor adherence to pharmacotherapy is prescribing single-pill combinations.

The concept of using single-pill combinations is defined as the combination of several drugs contained in a single dosage form. This strategy helps to improve the control of several risk factors at the same time and reduce the risk of CV events. The results of many studies confirm the effectiveness of introducing single-pill combinations in the real clinical practice, since it simplifies the treatment regimen and leads to better CV prognosis by reducing the risk of developing CV complications.

This literature review presents a modern view on the problem of adherence to treatment in CHD patients.

**Keywords:** coronary heart disease, adherence, cardiovascular complications, fixed-dose combinations, polypill

**Conflict of Interest and funding for the article.** Manuscript was prepared with the Servier pharmaceutical company informational and financial support that did not impact on author's opinion.

**Authors' contributions.** All authors meet the ICMJE criteria for authorship. CRediT author statement: Evgeniia V. Akatova – concept of the article, searching for

literature sources, writing – review & editing, approval of the final version of the article; Irina A. Makarova – concept of the article, searching for literature sources, writing – review & editing, approval of the final version of the article; Mariia A. Shikina – concept of the article, searching for literature sources, writing – review & editing, approval of the final version of the article.

✉ [AKEV@LIST.RU](mailto:AKEV@LIST.RU)

**For citation:** Evgeniia V. Akatova, Irina A. Makarova, Mariia A. Shikina. The problem of adherence to therapy in patients with coronary heart disease. Eurasian heart journal. 2025;(3):86-92 (In Russ.). <https://doi.org/10.38109/2225-1685-2025-3-86-92>

**Received:** 15.06.2025 | **Revision Received:** 05.09.2025 | **Accepted:** 08.09.2025

© Collective of authors, 2025

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0) License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

## АКТУАЛЬНОСТЬ

Среди сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) одной из основных причин смерти является ишемическая болезнь сердца (ИБС), и по прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2030 году ежегодная смертность от ИБС составит почти 9,3 миллиона человек [1].

В 2022 году в структуре причин смерти в РФ смертность от болезней системы кровообращения составила 831,6 тыс. чел. из 1898,6 тыс. чел., а число умерших от ИБС составило 451 тыс. чел. [2]. При этом по данным Вайсман Д.Ш. и соавт., в 2022 году в структуре причин смерти от ИБС 81,7% приходится на хроническую ИБС (ХИБС). Было зарегистрировано более 180 тысяч случаев заболеваемости острым инфарктом миокарда (ОИМ), из которых 27,6% закончились летальным исходом. На ХИБС пришлось 63,3% в структуре заболеваемости ИБС [3].

Также ИБС остается одной из ведущих причин смерти не только в РФ, но и во всем мире [3]. Согласно исследованию Глобального бремени болезней, в 2021 году было зарегистрировано 8,99 миллиона случаев смерти вследствие ИБС [4].

По данным М. Aggarwal et al., в Соединенных Штатах Америки (США) ИБС страдают 18 миллионов человек. Каждый год более чем 800 тыс. людей переносят ОИМ, из которых 25% являются повторными, а 15% пациентов, которым проводилось чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), повторно госпитализируются в течение 1 года [5].

Несмотря на возможности эффективного лечения и улучшения прогноза больных ССЗ, смертность от болезней системы кровообращения остается высокой. Одной из причин, почему результаты лечения пациентов ССЗ в клинической практике оказываются хуже, является проблема низкой приверженности пациентов к лечению [6].

Основой лечения ИБС является применение мультитаргетной кардиоваскулярной терапии, приверженность к которой является неоптимальной во всем мире [7]. В метаанализе 44 исследований продемонстрировано, что только 60% из почти 2 миллионов пациентов имели высокую приверженность (>80%) к кардиоваскулярной фармакотерапии [7]. Из 49 978 больных с острым коронарным синдромом (ОКС) уже в 1-й месяц после события только 67% пациентов продолжали регулярный прием антитромбоцитарной терапии, а через 3 месяца их число снизилось до 64% [8].

Таким образом, низкая приверженность является одним из модифицируемых факторов риска прогрессирования ССЗ, развития осложнений и связана с развитием неблагоприятных сердечно-сосудистых (СС) событий у пациентов с ХИБС, в том числе после перенесенного ИМ [9, 10].

## ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ

Приверженность к лечению – это степень соответствия поведения человека (прием лекарственных средств, соблюдение диеты и/или изменение образа жизни) рекомендациям, полученным от медицинских работников [11].

Несмотря на понимание причин неприверженности и разработку мер по ее преодолению, приверженность пациентов с ИБС остается неудовлетворительной, что показано во многих работах.

Проблема низкой приверженности имеет высокую актуальность у пациентов с ИБС. Каждый четвертый пациент с ИБС не соблюдает предписанный режим терапии бета-блокатором (ББ) и/или ингибитором ангиотензин превращающего фермента (иАПФ). По данным ретроспективного когортного исследования, включавшего 15 767 пациентов с ИБС, которых наблюдали в среднем 4 года, низкая приверженность терапии ББ и

иАПФ была отмечена у 29 и 22% пациентов, соответственно [12]. При этом низкая приверженность терапии у пациентов с ИБС сопровождается увеличением частоты развития неблагоприятных исходов при применении ББ (отношение рисков (ОР) 1,53, 95% ДИ 1,16–2,01), иАПФ (ОР 1,66, 95% ДИ 1,26–2,20) и статинов (ОР 1,62, 95% ДИ 1,124–2,13). Результаты, указывающие на повышенный риск, связанный с несоблюдением рекомендаций, были схожи в отношении госпитализаций по поводу ССЗ и процедур реваскуляризации [12]. Переверзева К.Г. и соавт. проанализировали данные о приверженности к лечению 1907 из 3690 пациентов с ИБС, артериальной гипертонией (АГ), хронической сердечной недостаточностью (ХСН), фибрилляцией предсердий (ФП), включенных в регистр РЕКВАЗА. В течение 48 месяцев наблюдения число пациентов с ИБС с низкой приверженностью к лечению возрастало с 62,1 до 69,1%, а с высокой приверженностью снижалось с 31,9 до 26,3% [13].

Стоит отметить, что по данным регистра РЕКВАЗА (N=3690) врачебные назначения не всегда соответствуют клиническим рекомендациям. При ИБС статины были назначены в 28,7% случаев, при первичном ИМ – в 42,3%, при повторном ИМ – в 50%, при перенесенном мозговом инсульте – в 9,8%, при сахарном диабете – в 18,9% [14].

Согласно проспективному международному исследованию PURE (n=153996), только 25,3% пациентов с ССЗ принимали антитромбоцитарные препараты, 17,4% – ББ, 19,5% – иАПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), 14,6% – статины. Между уровнем приверженности и экономическим развитием страны наблюдалась прямая связь: приверженность к приему антигипертензивных препаратов, антиагрегантов и антикоагулянтов составляла 70–80% в странах с высоким уровнем дохода, в странах со средним уровнем дохода – 20–40%, а в странах с низким уровнем дохода – 5–10%. Факторы на уровне страны, в частности экономический статус, влияли на показатели приверженности к приему лекарственных препаратов в большей степени, чем индивидуальные факторы, такие как возраст, пол, образование, курение, индекс массы тела, АГ и сахарный диабет (СД) [15].

М.А. Кокожева и соавт. говорят о недостаточном назначении препаратов базисной терапии ИБС и подчеркивают необходимость преемственности в подборе терапии между стационарным и амбулаторным этапами ведения.

В исследование было включено 412 пациентов обоих полов с острыми и хроническими формами ИБС без и с СД 2 типа (СД2). На момент поступления в стационар ацетилсалициловую кислоту (АСК) принимали 70% и 71,5% больных ОКС и ХИБС с СД2, соответственно, и 60,3% и 90,3% больных с ОКС и ХИБС без СД2, соответственно. В группе пациентов с ОКС наблюдался низкий уровень приема статинов – 44,3% в группе ОКС без СД2 и 42% в группе ОКС и СД2. В группе пациентов с ХИБС без СД2 статины принимали 69,2% пациентов, а в группе больных с ХИБС и СД2 – 59,28%. На амбулаторном этапе до 65% всех пациентов, кроме группы пациентов с ХИБС без СД2, принимали ББ, а иАПФ и сартаны назначались в 1,5–2 раза реже в сравнении с применением во время госпитализации [16].

Е. Pedersen et al. изучили приверженность 1483 пациентов с установленным диагнозом ИБС (ИМ в анамнезе, стенокардия, перенесенные чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) или операция аортокоронарного шунтирования) к терапии антигипертензивными, липидснижающими препаратами и АСК. Исследователи использовали данные популяционного эпидемиологического исследования здоровья населения Норвегии Tromsø 7 и Норвежской базы данных рецептов (NorPD),

в которой содержится информация о лекарственных препаратах, отпущенных по рецептам. Приверженность к терапии рассчитывалась как число дней, в течение которых пациент принимал лекарства за 12 месяцев, посредством показателя PDC (proportion of days covered, «доля покрытых дней»). PDC > 80% соответствует оптимальной приверженности. Средняя PDC составила 94% для антигипертензивных и липидснижающих препаратов и 97% для АСК. Среди пациентов с оптимальной приверженностью, принимавших липидснижающие препараты, только у 12% уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) был ниже 1,8 ммоль/л. У пациентов с оптимальной приверженностью к антигипертензивным препаратам целевой уровень АД < 140/90 мм рт. ст. (< 140/80 мм рт. ст. у пациентов с СД) был достигнут у 55,1% пациентов. Была выявлена статистически значимая связь между приверженностью к липидснижающим препаратам и уровнем ЛПНП в крови, но не между приверженностью к антигипертензивным препаратам и уровнем АД. Авторы связывают полученные результаты с тем, что несмотря на информацию об отпущенных лекарствах, пациенты могли не принимать терапию либо дозы, количество препаратов или их комбинации были назначены некорректно [17].

По результатам детального анализа получены данные, что в постинфарктном периоде приверженность к терапии снижается с течением времени, что связано с неблагоприятным прогнозом, включая смерть, повторные госпитализации, ОКС, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), внеплановую коронарную реваскуляризацию [18].

В систематическом обзоре M.C. Bahit et al., включившем 58 исследований, показатели приверженности к вторичной профилактике со временем неуклонно снижались. Около одной трети (30%) пациентов прекратили прием одного или нескольких лекарственных препаратов в течение 90 дней после первичного ОКС, а через 1 год после выписки приверженность снизилась до 50-60%. Существенных различий в приверженности к лечению между разными классами препаратов не было выявлено. Пациенты, которым было проведено ЧКВ, были более привержены к лечению, чем пациенты, получавшие только медикаментозное лечение. Депрессия являлась основным психологическим фактором, негативно влиявшим на приверженность к лечению. Высокий уровень информированности пациентов и активное участие врачей при наблюдении за пациентом после выписки улучшало приверженность к терапии, особенно при раннем назначении лечения. У пациентов с высоким уровнем приверженности к лечению в течение 90 дней после первичного ОКС частота серьезных неблагоприятных СС событий была ниже, чем у пациентов со средней или низкой приверженностью [19].

В исследовании, проведенном в 19 медицинских центрах в США, было установлено, что после выписки из стационара среди 2498 пациентов с ОКС, которым был рекомендован прием АСК, ББ и статинов, в течение 1-го месяца 34% пациентов прекратили прием хотя бы одного из препаратов, а 12% не принимали ни один из них [20].

Данные исследователей из Ростовской области демонстрируют снижение приверженности к медикаментозной терапии у пациентов, перенесших ОКС, уже через 6 месяцев после выписки из стационара. В течение 12 месяцев после ОКС приверженность к терапии была максимальной для иАПФ/БРА (83,6%), двойной антитромбоцитарной терапии (79,9%) и ББ (78,1%), но минимальной к гиполипидемическим препаратам (61,6%) [21].

В то же время в итальянском исследовании S. Urbinati et al. показано, что через 6 месяцев после ИМ пациенты имели опти-

мальную приверженность, которая составила 91,4% – для статинов, 90,3% – для ББ, 88,8% – для блокаторов РААС, 96,6% – для АСК, 77,6% – для блокаторов P2Y12-рецепторов тромбоцитов и 75,8% – для двойной антитромбоцитарной терапии [22].

В польском одноцентровом когортном наблюдательном исследовании Ł. Pietrzykowski et al. оценивали приверженность к лечению иАПФ (рамприл, периндоприл), ингибиторами рецепторов P2Y12 (клопидогрел) и статинами (аторвастатин, симвастатин, розувастатин) у 225 пациентов после перенесенного ИМ, которым было выполнено первичное ЧКВ в течение 1 года после выписки. Через 1 год наблюдения приверженность ко всем трем классам препаратов составила 64±25%, к иАПФ – 67±32%, к ингибиторам рецепторов P2Y12 – 62±34%, к статинам – 64±32%. Наблюдалось постепенное снижение доли пациентов с уровнем приверженности ≥ 80% в течение всего периода наблюдения, однако наибольшее снижение наблюдалось в 3-м и 4-м кварталах для всех групп препаратов. В течение всего периода наблюдения только 29% пациентов имели высокую приверженность (≥80%) к приему всех классов лекарственных препаратов, 44% – к приему иАПФ, 36% – к приему ингибиторов рецепторов P2Y12, 41% – к приему статинов. Также авторы обнаружили, что молодые пациенты (младше 65 лет) были более привержены к лечению всеми группами препаратов, чем пациенты более старшего возраста [23].

Однако в некоторых исследованиях показано, что молодые пациенты менее привержены к терапии [24], а также, что возраст не влияет на приверженность [25].

У пациентов с высшим образованием и работающих пациентов был более высокий уровень приверженности ко всем группам препаратов, что согласуется с данными других исследований [23, 24, 26].

С.Б. Фитилёв и соавт. исследовали приверженность к статинотерапии у больных после ИМ, изучая электронные медицинские карты пациентов и рассчитывая показатель доли дней, обеспеченных статинотерапией (PDC) за 12 месяцев наблюдения. В течение всего периода наблюдения только 38% пациентов оказались оптимально приверженными к приему гиполипидемической терапии (PDC ≥ 80%). При этом более выраженное снижение ХС-ЛПНП наблюдалось в группе больных с высокой приверженностью в сравнении с недостаточно приверженными (–1,47±1,09 vs. –0,96±1,16 ммоль/л; p=0,043) [27].

В систематическом обзоре, включившем 31 статью, A. Marselin et al. анализировали мероприятия по улучшению приверженности к медикаментозной терапии пациентов с ИБС. По данным 15 статей использование технологии mobile-health (m-health, «мобильное здоровье») через текстовые сообщения, веб-сайты, приложения для смартфонов улучшало приверженность. К другим мероприятиям относились обучение пациентов, помощь фармацевтов в аптеках, проведение программ по повышению самоэффективности для пациентов, использование полипилл [28].

Коморбидность играет немаловажную роль в развитии неблагоприятного прогноза больных ИБС. Варианты коморбидной патологии у больных ИБС являются АГ, хроническая сердечная недостаточность (ХСН), фибрилляция предсердий (ФП), атеросклероз сонных артерий и артерий нижних конечностей, острая церебральная ишемия, метаболический синдром, СД [29]. Пациентам с СС коморбидностью необходимо назначение мультитаргетной лекарственной терапии [30].

По данным метаанализа трёх рандомизированных клинических исследований (TIPS-3, HOPE-3, PolyIran) использование полипилл, содержащей минимум два антигипертензивных пре-

парата и статин с или без АСК, для первичной профилактики значительно снижает риск ИМ, инсульта и реваскуляризации миокарда [31].

По результатам рандомизированного клинического исследования SECURE (Secondary Prevention of Cardiovascular Disease in the Elderly) комбинированная первичная конечная точка (СС смерть, нефатальный ИМ 1 типа, нефатальный ишемический инсульт, срочная реваскуляризация) составила 9,5% и 12,7% в группе приема полипирл и обычного лечения, соответственно.

Ключевая вторичная конечная точка СС смерти, нефатально-го ИМ 1 типа или ишемического инсульта была зарегистрирована у 8,2% пациентов в группе приема полипирл и у 11,7% в группе обычного лечения [32].

В рандомизированном клиническом исследовании EUROPA (European Trial on the Reduction of Cardiac Events with Perindopril in Stable Coronary Artery Disease) комбинация периндоприла и ББ у больных из группы низкого риска со стабильной ИБС без ХСН снижала риск достижения первичной конечной точки (смерть от сердечно-сосудистых причин, ИМ, остановка сердца с успешной реанимацией) на 24%, риск развития фатального и нефатального ИМ на 28% и частоту госпитализаций по поводу ХСН на 45% по сравнению с плацебо/ББ [33].

В многоцентровом открытом проспективном наблюдательном исследовании СТИЛЬ проводилась оценка антигипертензивной, антиангинальной эффективности, переносимости и приверженности фиксированной комбинации периндоприла и бисопролола в российской клинической практике. В исследовании было включено 1892 пациента с АГ и стабильной ИБС, уже принимавших бисопролол или периндоприл в виде монотерапии или их свободную комбинацию. При переводе на фиксированную комбинацию (ФК) периндоприла и бисопролола было отмечено снижение среднего систолического/диастолического АД через 1 мес на  $22,3 \pm 13,1/11,0 \pm 9,1$  мм рт. ст., через 3 месяца – на  $31,5 \pm 14,2/15,9 \pm 9,5$  мм рт. ст. Через 1 и 3 месяца целевое АД ( $<140/90$  мм рт. ст.) было достигнуто у 49,2% и 86,7% пациентов, соответственно. Кроме того, прием ФК бисопролол/периндоприл привел к статистически значимому снижению количества приступов стенокардии и потребления нитратов короткого действия [34]. Прием ФК бисопролол/периндоприл способствовал улучшению приверженности терапии. По сравнению с визитом V1 (1 месяц терапии), через 12 недель терапии доля пациентов с хорошей приверженностью возросла с 37,2% до 57,1%, доля пациентов с низкой приверженностью снизилась с 52,4% до 39,4%, а не приверженных – с 10,1% до 2,8% [34].

В наблюдательном ретроспективном анализе, полученном из административных баз данных, охватывающих около 7 миллионов человек по всей Италии, оценили влияние применения ФК бисопролол/периндоприл в виде ФК ( $n=11\,440$ ) по сравнению с применением тех же компонентов в виде свободной комбинации ( $n=6\,21$ ) на приверженность терапии, частоту госпитализаций. Через один год наблюдения, доля пациентов, соблюдавших режим лечения ( $PDC > 80\%$ ), была значительно выше среди пациентов, принимавших ФК бисопролол/периндоприл (45,5%), по сравнению с группой свободной комбинации (38,6%) ( $p < 0,001$ ). Кроме того, в когорте ФК было значительно меньше госпитализаций по СС причинам (5,3%), чем в когорте свободной комбинации (7,4%) ( $p < 0,001$ ). Таким образом, в реальной клинической практике применение ФК бисопролол/периндоприл оказывает положительное влияние на приверженность терапии, что сказывается в итоге на меньшем числе госпитализаций по поводу ССЗ [35].

## ЧТО ГОВОРЯТ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВОПРОСУ ПРИВЕРЖЕННОСТИ?

В Европейских и Российских рекомендациях отмечается необходимость упрощения режима приема лекарственных препаратов для повышения приверженности, например, за счет использования ФК [36, 37].

Важно проведения кардиореабилитации больных с ИБС, поскольку правильно построенные программы физической и психологической реабилитации приводит к снижению общей и сердечно-сосудистой смертности, частоты госпитализаций, повышению работоспособности и улучшению качества жизни.

Российские и европейские коллеги подчеркивают важность информирования пациентов по вопросам, связанным с заболеванием, лечением и профилактикой, а также обучения здоровому образу жизни, методам самоконтроля и самопомощи [36, 37].

В рамках программы кардиореабилитации также рекомендуются оценка психологического статуса пациентов и когнитивные поведенческие вмешательства.

Авторы Европейских рекомендаций по хроническим коронарным синдромам отмечают, что применение технологий m-health улучшает приверженность пациентов к медикаментозной терапии и выполнению рекомендаций по ведению здорового образа жизни. Помимо вышеперечисленных мер повышению приверженности способствует участие мультидисциплинарной команды специалистов и членов семьи пациента [36, 37].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ИБС остается одной из ключевых проблем современного здравоохранения. Достижение оптимальной приверженности к лечению является залогом успешной терапии ИБС и снижения риска СС осложнений и смерти.

Низкая приверженность к лечению является важной проблемой в лечении пациентов с ИБС, которая приводит к снижению эффективности назначаемой терапии. Современные российские и международные рекомендации указывают на то, что назначение ФК является обоснованной стратегией для повышения приверженности к лечению, что способствует снижению числа госпитализаций в реальной клинической практике.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/ REFERENCES:

1. World Health Organization; Cardiovascular Diseases (CVDs). Year: 2021
2. Раскальев Р.А., Калюта Т.Ю., Андриянова Е.А., Федонников А.С. Стиль мышления и характер переживания стресса у пациентов с ишемической болезнью сердца. Российский кардиологический журнал. 2024;29(11):6137. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2024-6137>  
[Raskaliev R.A., Kalyuta T.Yu., Andriyanova E.A., Fedonnikov A.S. Thinking style and nature of stress experience in patients with coronary artery disease. Russian Journal of Cardiology. 2024;29(11):6137. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2024-6137>]
3. Вайсман Д.Ш., Енина Е.Н. Показатели смертности от ишемической болезни сердца в Российской Федерации и ряде регионов: особенности динамики и структуры. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024;23(7):3975. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2024-3975>  
[Vaisman D.Sh., Enina E.N. Coronary artery disease mortality rates in the Russian Federation and a number of regions: dynamics and structure specifics. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2024;23(7):3975. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2024-3975>]
4. Wang Y., Li Q., Bi L., et al. Global trends in the burden of ischemic heart disease based on the global burden of disease study 2021: the role of metabolic risk factors. BMC Public Health. 2025;25(1):310. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21588-9>

5. Aggarwal M., Ornish D., Josephson R., et al. Closing Gaps in Lifestyle Adherence for Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. *The American journal of cardiology*. 2021;145:1-11. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2021.01.005>
6. Кужелева Е.А., Федюнина В.А., Гарганеева А.А. Приверженность лечению и качество жизни больных сердечно-сосудистыми заболеваниями на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи. *Евразийский Кардиологический Журнал*. 2020;(2):34-40. <https://doi.org/10.38109/2225-1685-2020-2-34-40> [Kuzheleva E.A., Fedyunina V.A., Garganeeva A.A. Adherence to treatment and quality of life of patients with cardiovascular diseases at the outpatient treatment stage of medical care. *Eurasian heart journal*. 2020;(2):34-40. (In Russ.) <https://doi.org/10.38109/2225-1685-2020-2-34-40>]
7. Chowdhury R., Khan H., Heydon E., et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *European heart journal*. 2013;34(38):2940-2948. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs295>
8. Solomon M.D., Leong T.K., Levin E., et al. Cumulative Adherence to Secondary Prevention Guidelines and Mortality After Acute Myocardial Infarction. 2020;9(6):e014415. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014415>
9. Leslie K.H., McCowan C., Pell J.P. Adherence to cardiovascular medication: a review of systematic reviews. *Journal of public health (Oxford, England)*. 2019;41(1):e84-e94. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fty088>
10. Ларина В.Н., Федорова Е.В., Лунев В.И. и соавт. Неприверженность рекомендациям врача и ассоциированные факторы риска у пациентов в возрасте 60 лет и старше. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2024;4(20):305-313. <https://doi.org/10.37586/2686-8636-4-2024-305-313> [Larina V.N., Fedorova E.V., Lunev V.I., et al. Non-Adherence to Physician's Recommendations and Associated Risk Factors in Patients Aged 60 Years and Older. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2024;4(20):305-313. (In Russ.) <https://doi.org/10.37586/2686-8636-4-2024-305-313>]
11. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, WHO. 2003;196. ISBN: 9241545992
12. Ho P.M., Magid D.J., Shetterly S.M., et al. Medication nonadherence is associated with a broad range of adverse outcomes in patients with coronary artery disease. *American heart journal*. 2008;155(4):772-9. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2007.12.011>
13. Переверзева К.Г., Лукьянов М.М., Марцевич С.Ю. и соавт. Долгосрочная приверженность медикаментозной терапии у больных ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда в сравнении с другими сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Терапия*. 2019;1:54-59. <https://doi.org/10.18565/therapy.2019.1.54-59> [Pereverzeva K.G., Lukyanov M.M., Martsevich S.Yu., et al. Long-term medication adherence in patients with coronary heart disease and myocardial infarction in comparison with other cardiovascular diseases. *Therapy*. 2019;1:54-59. (In Russ.) <https://doi.org/10.18565/therapy.2019.1.54-59>]
14. Загребельный А.В., Марцевич С.Ю., Лукьянов М.М. и соавт. Качество гиполипидемической терапии в амбулаторно-поликлинической практике: данные регистра РЕКВАЗА. *Профилактическая медицина*. 2016;19(1):9-14. <https://doi.org/10.17116/profmed20161919-14> [Zagrebelyni A.V., Martsevich S.Yu., Lukyanov M.M., et al. Quality of lipid-lowering therapy in outpatient practice: RECVAS Register data. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2016;19(1):9-14. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/profmed20161919-14>]
15. Yusuf S., Islam S., Chow C.K., et al. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey. *Lancet*. 2011;378(9798):1231-43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61215-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61215-4)
16. Кокожева М. А., Марданов Б. У., Мамедов М. Н. Сравнительный анализ фармакотерапии больных ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа на различных этапах оказания медицинской помощи. *Российский кардиологический журнал*. 2024;29(3):5695. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2024-5695> [Kokozheva M.A., Mardanov B.U., Mamedov M.N. Comparative analysis of pharmacotherapy for patients with coronary artery disease and type 2 diabetes at various healthcare stages. *Russian Journal of Cardiology*. 2024;29(3):5695. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2024-5695>]
17. Pedersen E., Primicerio R., Halvorsen K.H., et al. Medication adherence among persons with coronary heart disease and associations with blood pressure and low-density-lipoprotein-cholesterol. *European journal of clinical pharmacology*. 2022;78(5):857-867. <https://doi.org/10.1007/s00228-022-03276-4>
18. Щинова А.М., Потехина А.В., Долгушева Ю.А. и соавт. Приверженность терапии после перенесенного инфаркта миокарда и методы ее улучшения. *Атеросклероз и дислипидемии*. 2022;3(48):5-13. <https://doi.org/10.34687/2219-8202.JAD.2022.03.0001> [Shchinova A.M., Potekhina A.V., Dolgusheva Yu.A., 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.) <https://doi.org/10.34687/2219-8202.JAD.2022.03.0001>]
19. Bahit M.C., Korjian S., Daaboul Y., et al. Patient Adherence to Secondary Prevention Therapies After an Acute Coronary Syndrome: A Scoping Review. *Clinical therapeutics*. 2023;45(11):1119-1126. <https://doi.org/10.34687/2219-8202.JAD.2022.03.0001>
20. Ho P.M., Spertus J.A., Masoudi F.A., et al. Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. *Archives of internal medicine*. 2006;166(17):1842-1847. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.17.1842>
21. Хаишева Л.А., Глова С.Е., Суроедов В.А. и соавт. Оценка медикаментозной терапии и приверженности к ней у пациентов после острого коронарного синдрома в реальной клинической практике (результаты годового наблюдения). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2018;14(6):852-857. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2018-14-6-852-857> [Khaisheva L.A., Glova S.E., Suroedov V.A., et al. Evaluation of drug therapy and adherence to it in patients after acute coronary syndrome in real clinical practice (results of one year observation). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2018;14(6):852-857. (In Russ.) <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2018-14-6-852-857>]
22. Urbinati S., Olivari Z., Gonzini L., et al. Secondary prevention after acute myocardial infarction: drug adherence, treatment goals, and predictors of health lifestyle habits. The BLITZ-4 Registry. *European journal of preventive cardiology*. 2015;22(12):1548-1556. <https://doi.org/10.1177/2047487314561876>
23. Pietrzykowski Ł., Michalski P., Kosobucka A., et al. Medication adherence and its determinants in patients after myocardial infarction. *Scientific reports*. 2020;10(1):12028. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-68915-1>
24. Crowley M.J., Zullig L.L., Shah B.R., et al. Medication non-adherence after myocardial infarction: an exploration of modifying factors. *Journal of general internal medicine*. 2015;30(1):83-90. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3072-x>
25. Naderi S.H., Bestwick J.P., Wald D.S. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *The American journal of medicine*. 2012;125(9):882-7.e1. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.12.013>
26. Горбунова Е.В., Седых Д.Ю., Максимов С.А. Психосоциальные факторы приверженности лечению у больных с инфарктом миокарда. *Терапевтический архив*. 2018;90(12):34-38. <https://doi.org/10.26442/00403660.2018.12.000006> [Gorbunova E.V., Sedykh D.Yu., Maksimov S.A. Psychological and social factors of adherence to treatment in patients with myocardial infarction. *Therapeutic Archive*. 2018;90(12):34-38. (In Russ.) <https://doi.org/10.26442/00403660.2018.12.000006>]
27. Фитилёв С.Б., Возжаев А.В., Шкрёбнёва И.И. и соавт. Единая медицинская информационно-аналитическая система (ЕМИАС) как инструмент для нового уровня понимания и диагностики приверженности фармакотерапии у пациентов, перенёсших инфаркт миокарда, в амбулаторной практике г. Москвы. *Качественная клиническая практика*. 2024;(2):16-32. <https://doi.org/10.37489/2588-0519-2024-2-16-32> [Fitilev S.B., Vozzhaev A.V., Shkrebniova I.I., et al. Electronic medical information and analytical system (EMIAS) as a tool for the new level of understanding and diagnosis of medication adherence in patients with myocardial infarction in primary care practice in Moscow. *Kachestvennaya Klinicheskaya Praktika = Good Clinical Practice*. 2024;(2):16-32. (In Russ.) <https://doi.org/10.37489/2588-0519-2024-2-16-32>]

28. Marselin A., Amalia L., Dinarti L.K. The interventions to improve medication adherence in coronary heart disease patient: A systematic review. *Journal of the Saudi Heart Association*. 2023;35(4):259-278. <https://doi.org/10.37616/2212-5043.1356>
29. Рублев В.Ю., Гельцер Б.И., Сергеев Е.А. и соавт. Коморбидность ишемической болезни сердца и ее значение в прогнозировании результатов аортокоронарного шунтирования. *Бюллетень сибирской медицины*. 2022;21(1):152–161. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2022-1-152-161>  
[Rublev V.Yu., Geltser B.I., Sergeyev E.A., et al. Comorbidity of coronary artery disease and its significance in predicting the results of coronary artery bypass grafting. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2022;21(1):152–161. (In Russ.) <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2022-1-152-161>]
30. Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М. и соавт. Коморбидность пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в практике врача-терапевта. *Евразийское руководство. Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2024;23(3):3996. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2024-3996>  
[Drapkina O.M., Kontsevaya A.V., Kalinina A.M., et al. Comorbidity of patients with noncommunicable diseases in general practice. *Eurasian guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2024;23(3):3996. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2024-3996>]
31. Joseph P., Roshandel G., Gao P., et al. Fixed-dose combination therapies with and without aspirin for primary prevention of cardiovascular disease: an individual participant data meta-analysis. *Lancet*. 2021;398(10306):1133-1146. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01827-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01827-4)
32. Castellano J.M., Pocock S.J., Bhatt D.L., et al. Polypill Strategy in Secondary Cardiovascular Prevention. *The New England journal of medicine*. 2022;387(11):967–977. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2208275>
33. Bertrand M.E., Ferrari R., Remme W.J., et al. Perindopril and  $\beta$ -blocker for the prevention of cardiac events and mortality in stable coronary artery disease patients: A European trial on Reduction Of cardiac events with Perindopril in stable coronary Artery disease (EUROPA) subanalysis. *American heart journal*. 2015;170(6):1092-1098. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2015.08.018>
34. Бойцов С.А., Карпов Ю.А., Бурцев Ю.П., Хомицкая Ю.В. от имени всех участников исследования СТИЛЬ. Эффективность фиксированной комбинации бисопролола и периндоприла в зависимости от используемых доз у пациентов с артериальной гипертензией и Стабильной ишемической болезнью сердца в реальной клинической практике (исследование СТИЛЬ). *Атмосфера. Новости Кардиологии*. 2021;1:30-8. <https://doi.org/10.24412/2076-4189-2021-12344>  
[Boytsov S.A., Karpov Yu.A., Burtsev Yu.P., Khomitskaya Yu.V. on behalf of all participants of the STYLE study. The Efficacy of Fixed Combination of Bisoprolol and Perindopril Depending on the Doses Used in Patients with Arterial Hypertension and Stable Coronary Heart Disease in Real Clinical Practice (STYLE Study) Atmosphere. *Cardiology News*. 2021;1:30-8. (In Russ.) <https://doi.org/10.24412/2076-4189-2021-12344>]
35. Masi S., Kobalava Z., Veronesi C., et al. A Retrospective Observational Real-World Analysis of the Adherence, Healthcare Resource Consumption and Costs in Patients Treated with Bisoprolol/Perindopril as Single-Pill or Free Combination. *Advances in therapy*. 2024;41(1):182-197. <https://doi.org/10.1007/s12325-023-02707-7>
36. Барбараш О.Л., Карпов Ю.А., Панов А.В. и соавт. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации 2024. *Российский кардиологический журнал*. 2024;29(9):6110. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2024-6110>  
[Barbarash O.L., Karpov Yu.A., Panov A.V., et al. 2024 Clinical practice guidelines for Stable coronary artery disease. *Russian Journal of Cardiology*. 2024;29(9):6110. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2024-6110>]
37. Vrints C., Andreotti F., Koskinas K.C., et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. *European heart journal*. 2024;45(36):3415-3537. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177>