УДК [616.127:616-005.8]:616.8-005:615 doi:10.25298/2221-8785-2026-24-5-513-521

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ: ДАННЫЕ КАРДИОРЕГИСТРА

О. В. Микульская[1], А. П. Мириленко[2], Е. И. Радиевская[3], Н. Ф. Побиванцева[1, 3], Е. А. Григоренко[1, 3], Н. П. Митьковская[1]

[1]Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

[2]Белорусский государственный аграрный технический университет, Минск, Беларусь

[3]Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель исследования. Оценить медикаментозную терапию пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и/или острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), определить уровень их приверженности лечению, выявить факторы, влияющие на комплаентность в отдаленном периоде динамического наблюдения.

Материал и методы. В проспективное наблюдательное регистровое исследование включены 677 амбулаторных пациентов, перенесших ИМ и/или ОНМК в 2010–2019 гг. и наблюдавшихся амбулаторно у врача-специалиста в 2019–2022 гг. Терапию оценивали по медицинским картам и интервью, приверженность – по тесту Мориски–Грина на момент завершения наблюдения в мае 2026 г. По типу перенесенного референсного события исследуемая когорта была разделена на три группы: ИМ – 44,6% (n=302), ОНМК – 50,4% (n=341), сочетанная патология – 5,0% (n=34).

Результаты. Высокая приверженность к лечению зафиксирована у 55,5% пациентов, гендерных различий не выявлено (p=0,19). Некомплаентные лица были значимо моложе приверженных (64,44±9,44 против 65,37±10,83 лет, p=0,014). Наличие ОНМК в анамнезе ассоциировалось с высокой комплаентностью (p=0,007), тогда как льготное лекарственное обеспечение на нее не влияло (p=0,20). Ведущей причиной непреднамеренного пропуска терапии после ИМ стала невнимательность к часам приема (15,8%, p=0,036). Выявлено недостаточное соответствие врачебных назначений клиническим протоколам, действовавшим на период включения пациентов в исследование: в 64% случаев в схему терапии были включены бета-блокаторы, 48,8%/29,2% ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента / антагонисты рецепторов ангиотензина II, 39,1% антагонисты минералокортикоидных рецепторов, 70,5% статины, 20,5% антикоагулянты, 64,9% антиагреганты. Оптимальная медикаментозная терапия хронической сердечной недостаточности была назначена лишь в 12,3% случаев. Низкая комплаентность ассоциировалась с ростом повторных госпитализаций (p=0,034), но не влияла на общую смертность (p=0,87).

Выводы. В отдаленном периоде наблюдения выявлена наименьшая приверженность к лечению у лиц более молодого возраста, перенесших ИМ. Установлен недостаточный уровень приверженности врачей к выполнению клинических протоколов и рекомендаций.

***Ключевые слова**: инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, хроническая сердечная недостаточность, приверженность, медикаментозная терапия, регистр*

***Для цитирования:** Фармакотерапия пациентов, перенесших инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения: данные кардиорегистра / О. В. Микульская, А. П. Мириленко, Е. И. Радиевская, Н. Ф. Побиванцева, Е. А. Григоренко, Н. П. Митьковская // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2026. Т. 24, № 5. С. 513-521. https://doi.org/10.25298/2221-8785-2026-24-5-513-521*

Введение

На современном этапе развития здравоохранения по-прежнему основными причинами смертности и инвалидизации населения являются болезни системы кровообращения, среди которых лидируют инфаркт миокарда (ИМ) и острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) [1, 2]. Долгосрочный прогноз у пациентов, перенесших ИМ, определяется комплексным подходом к терапии, степенью соответствия врачебных назначений актуальным клиническим протоколам и рекомендациям, уровнем приверженности пациентов к лечению [3, 4]. Развитие и прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН) зачастую является следствием неконтролируемого течения различных сердечно-сосудистых заболеваний, ухудшающим прогноз жизни и инвалидизации данной категории пациентов [5, 6].

Лица, перенесшие ИМ и ОНМК, формируют группу экстремально высокого кардиоваскулярного риска, что требует непрерывного диспансерного мониторинга и эффективной третичной профилактики [6]. Рекомендации Американского колледжа кардиологии (American College of Cardiology, ACC) и Американской ассоциации сердца (American Heart Association, AHA), 2025 г. регламентируют внедрение персонализированных планов амбулаторного ведения пациентов экстремально высокого риска как один из способов улучшения долгосрочных исходов. Для оптимизации прогноза и снижения частоты повторных сердечно-сосудистых катастроф у данной категории пациентов терапевтическая стратегия амбулаторного этапа наблюдения должна быть ориентирована на достижение целевых показателей липидного обмена и системной гемодинамики [7, 8].

Современные клинические рекомендации регламентируют, что базисная фармакотерапия после перенесенного ИМ или ОНМК у лиц с сопутствующей хронической ишемической бо-

Репозиторий ГрГМУ

лезнью сердца направлена на снижение риска внезапной сердечной смерти, предотвращение ремоделирования миокарда и прогрессирование атеросклероза [2, 3]. При наличии сопутствующей ХСН лечение направлено на снижение риска сердечно-сосудистой смерти и госпитализаций по причине декомпенсации ХСН [9, 10].

Обеспечение стабильного уровня комплаенса в постинфарктном и постинсультном периоде остается одной из наиболее сложных задач амбулаторно-поликлинического звена. Несмотря на убедительную доказательную базу эффективности современных лекарственных препаратов, низкая приверженность лечению остается распространенным явлением и коррелирует с неблагоприятным прогнозом, повышая риск повторных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий [11, 12]. Согласно современным эпидемиологическим данным, около 30% пациентов прекращают или существенно нарушают режим приема назначенных лекарственных препаратов уже в первые месяцы после выписки из стационара, что ассоциировано с двукратным увеличением риска повторных коронарных событий и значительным ростом общей и кардиоваскулярной смертности [13].

Актуальность представленного исследования обусловлена необходимостью оценки назначаемой врачами медикаментозной терапии и приверженности пациентов к ее приему в рамках вторичной медицинской профилактики в условиях реальной клинической практики в отдаленном периоде наблюдения [14, 15]. Это стало возможным благодаря участию авторского коллектива в создании первого белорусского регистра пациентов, перенесших ИМ и/или ОНМК (кардиорегистр).

Цель исследования – оценить медикаментозную терапию пациентов, перенесших ИМ и/или ОНМК, определить уровень их приверженности лечению, выявить факторы, влияющие на комплаентность в отдаленном периоде динамического наблюдения.

Материал и методы

В кардиорегистр включены пациенты, перенесшие ИМ и/или ОНМК в 2010–2019 гг. и посещавшие врача амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения (АПО) по любому поводу в 2019–2022 гг. (период включения). Дизайн наблюдательного исследования на проспективном этапе не предполагал вмешательств в тактику ведения включенных пациентов. Анализ назначенного и принимаемого пациентами медикаментозного лечения и уровень комплаенса пациентов осуществлялся на основании полученной информации при очном или телефонном интервьюировании респондентов, а также записей в медицинской карте пациента для АПО на момент завершения наблюдения в мае 2026 г. Для оценки приверженности к лечению использовался метод анкетирования с помощью теста Мориски–Грина.

Исследование выполнено в соответствии с требованиями «Надлежащей клинической практики» (Good Clinical Practice, GCP) [16], Хельсинкской декларации по защите прав человека [17]. Протокол исследования одобрен этическим комитетом учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» (протокол заседания №5 от 10.02.2025). До включения в исследование у выживших участников получено устное и письменное информированное согласие.

Статистический анализ проведен с использованием пакетов Statistica 10 и IBM SPSS Statistics 23. Соответствие количественных параметров закону нормального распределения оценивали посредством теста Шапиро–Уилка. При подтверждении нормальности признака результаты описывали как среднее значение со стандартным отклонением (M±SD), для переменных с распределением, отличным от нормального, – в виде медианы и межквартильного интервала (Me (Q1; Q3)). Категориальные переменные описаны с использованием абсолютных (n) и относительных (%) частот. Сравнение количественных признаков между тремя группами выполнялось с использованием дисперсионного анализа (ANOVA) для параметрических данных или критерия Краскела–Уоллиса – для непараметрических. При наличии значимых различий проводились попарные сравнения. Для сравнения двух независимых групп применялся t-критерий Стьюдента и U-критерий Манна–Уитни. Сравнение категориальных переменных в группах проводилось с помощью критерия хи-квадрат (χ^2) Пирсона или точного критерия Фишера (при ожидаемой частоте в ячейках таблицы сопряженности менее 5). Для оценки погрешности долей рассчитывался 95% доверительный интервал (95% ДИ). Динамика изменений количественных показателей оценивалась с использованием t-критерия для связанных выборок или критерия Уилкоксона. Статистически значимыми считались различия при уровне $p<0,05$ (двусторонний критерий). Для оценки влияния факторов на риск смерти применялась модель пропорциональных рисков Кокса; результаты представлены как отношение рисков (HR) с 95% ДИ. Для сравнения частоты повторных госпитализаций рассчитывался относительный риск (ОР) с 95% ДИ по стандартной методике для таблиц сопряженности.

Результаты и обсуждение

В проспективное наблюдательное регистровое исследование включено 677 амбулаторных пациентов, перенесших ИМ и/или ОНМК (ИМ – 44,6% (n=302), ОНМК – 50,4% (n=341), сочетанная патология – 5,0% (n=34)) в возрасте 64,8±10,5 лет, из них 53,6% (n=363) мужчин, 46,4% (n=314) женщин. Анализ назначенного медикаментозного лечения и приверженности пациентов проводился у всех пациентов с учетом перенесенного референсного события, а также у лиц с известным показателем фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), которые были разделены на группы в зависимости от фенотипа ХСН: с сохраненной ФВ ЛЖ (СНсФВ,

Репозиторий ГрГМУ

n=469, 69,3%), с умеренно сниженной ФВ ЛЖ (СНунФВ, n=59, 8,7%), со сниженной ФВ ЛЖ (СНнФВ, n=12, 1,8%). Инвалидность была установлена у 61,3% (n=415) пациентов, включенных в исследование, из них при СНсФВ – 62,3% (n=292), СНунФВ – 72,9% (n=43), СНнФВ – 75,0% (n=9).

В сформированной когорте пациентов и в подгруппах с различными фенотипами ХСН проанализировано соответствие назначенной медикаментозной терапии действующим клиническим протоколам и рекомендациям (табл. 1), а также приверженность лечению. Оценивалась частота применения как отдельных классов лекарственных препаратов, так и их комбинаций, включающих бета-блокаторы (ББ), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II), антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР), ингибитор натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (иНГЛТ2), ингибитор ангиотензиновых рецепторов / неприлизина (АРНИ), статины, антиагреганты либо антикоагулянты при сопутствующей фибрилляции предсердий (ФП, рис. 1) [5, 6].

Во всех анализируемых группах медикаментозная терапия использовалась в 97,3% случаев. Частота назначения четырехкомпонентной схемы лечения ХСН оказалась неудовлетворительной и составила 12,3% случаев. В структуре назначений преобладала двух- и трехкомпонентная терапия, что может быть обусловлено терапевтической инертностью врачей [18], сниженной комплаентностью пациентов [13], а также социально-экономическими факторами [13, 19]. Установлен субоптимальный уровень назначения прогностически значимой кардиопротективной терапии в отдаленном периоде наблюдения, что указывает на несоответствие реальной амбулаторно-поликлинической практики требованиям клинических рекомендаций и протоколов, действовавших в период включения пациентов в исследование, регламентировавших лечение и диспансерное наблюдение лиц с ХСН и постинфарктным кардиосклерозом [20, 21], в сравнении с данными российских наблюдательных исследований. В опубликованных результатах исследования ПРИОРИТЕТ-ХСН был отмечен высокий уровень назначения рекомендуемой базисной терапии ХСН. Вместе с тем только 46,6% пациентов с СНсФВ получали квадротерапию [22].

Проведена оценка приверженности к терапии у 650 пациентов с ХСН, перенесших ИМ и/или ОНМК, подтвердивших факт приема лекарственных препаратов (табл. 2). Согласно результатам анкетирования по шкале Мориски–Грина (MMAS-4), приверженность к лечению сформирована лишь у половины обследованных, что указывает на недостаточное соблюдение врачебных рекомендаций пациентами после перенесенных сосудистых катастроф. При межгрупповом анализе выявлены статистически значимые различия в уровне комплаентности в зависимости от характера референсного события (p=0,010).

Наличие ОНМК в анамнезе являлось фактором, ассоциированным с более высокой приверженностью лечению, что, вероятно, было обусловлено тяжелыми инвалидизирующими

Таблица 1 – Медикаментозная терапия пациентов с ХСН, перенесших ИМ и/или ОНМК, по данным кардиорегистра

Table 1 – Pharmacological therapy for patients with chronic heart failure who have suffered a myocardial infarction and/or acute cerebrovascular accident: data from a cardiac registry

Критерий	Вся когорта, n=677	СНсФВ, n=469	СНунФВ, n=59	СНнФВ, n=12
Назначено медикаментозное лечение, n (%)	660 (97,3)	461 (98,3)	58 (98,3)	12 (100,0)
Бета-адреноблокаторы	434 (64,0)	306 (65,2)	47 (79,7)	8 (66,7)
Ингибиторы АПФ	331 (48,8)	227 (48,4)	31 (52,5)	9 (75,0)
Антагонисты рецепторов ангиотензина II	198 (29,2)	145 (30,9)	11 (18,6)	2 (16,7)
Блокаторы кальциевых каналов	207 (30,5)	148 (31,6)	14 (23,7)	4 (33,3)
АМКР	265 (39,1)	182 (38,8)	17 (28,5)	5 (41,7)
Статины	478 (70,5)	340 (72,5)	46 (78,0)	11 (91,7)
Антикоагулянты	139 (20,5)	106 (22,6)	15 (25,4)	0 (0,0)
Антиагреганты	440 (64,9)	302 (64,4)	41 (69,5)	11 (91,7)
Ингибитор рецепторов ангиотензина II/ неприлизина (сакубитрил/валсартан)	8 (1,2)	4 (0,9)	1 (0,7)	0 (0,0)
Ингибитор НГЛТ2	5 (0,8)	3 (0,7)	2 (3,4)	0 (0,0)
Назначение 1-го препарата* Назначение 2-х препаратов* Назначение 3-х препаратов* Назначение 4-х препаратов*	120 (17,7) 250 (36,9) 189 (27,9) 83 (12,3)	74 (15,8) 176 (37,5) 132 (28,1) 63 (13,4)	10 (16,9) 24 (40,7) 16 (27,1) 6 (10,2)	1 (8,3) 6 (50,0) 4 (33,3) 1 (8,3)

*Примечание – * – оценивалось назначение данных групп препаратов в составе квадротерапии, СНсФВ – сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса, СНунФВ – сердечная недостаточность с умеренно сниженной фракцией выброса, СНнФВ – сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса, ингибиторы АПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, АМКР – антагонисты минералокортикоидных рецепторов, ингибитор НГЛТ2 – ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа.*

Репозиторий ГрГМУ

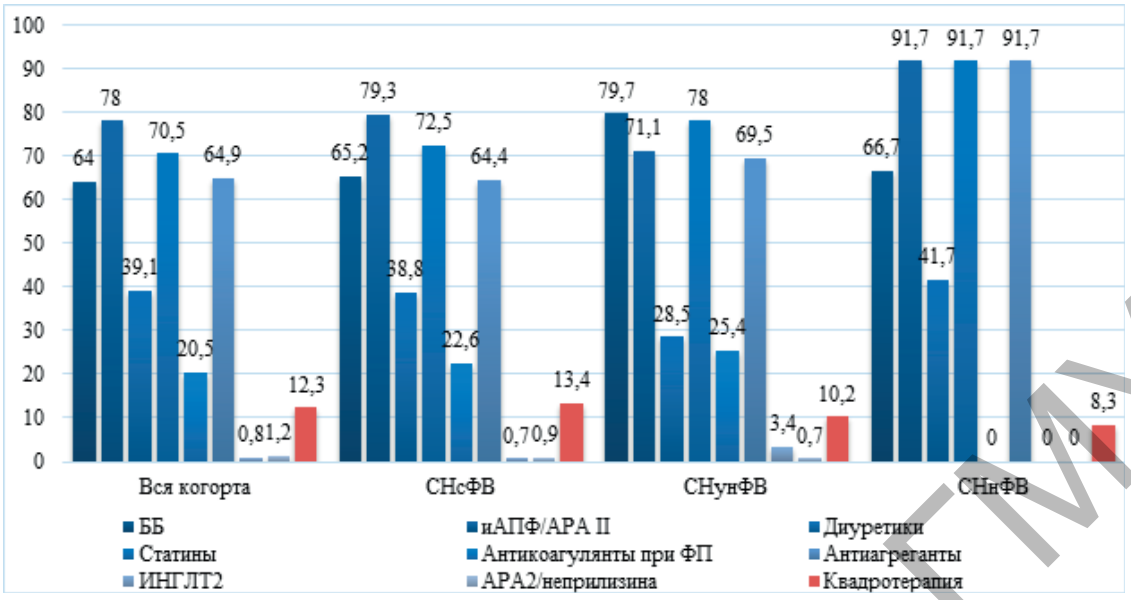


Рисунок 1 – Частота назначения основных групп лекарственных препаратов в зависимости от фенотипа ХСН пациентам, перенесшим ИМ и/или ОНМК по данным кардиорегистра (n=650, %)

Figure 1 – Prescription frequency of major drug classes based on chronic heart failure phenotype in patients with a history of myocardial infarction and/or acute cerebrovascular accident, according to cardiac registry data (n = 650, %)

Сокращения – СНсФВ – сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса, СНунФВ – сердечная недостаточность с умеренно сниженной фракцией выброса, СННФВ – сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса, иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, АРА II – антагонисты рецепторов ангиотензина II, ИНГЛТ2 – ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа.

последствиями заболевания. В белорусской когорте выявлена более высокая доля приверженных лечению пациентов по сравнению с результатами российских исследований [23]. Результаты ряда зарубежных регистров свидетельствуют о постепенном снижении комплаентности пациентов к фармакотерапии в отдаленном периоде после ИМ с 70,2% при выписке до 54,6% по результатам трехлетнего наблюдения [24].

Анализ структуры нарушений режима терапии показал, что фактор невнимательности к часам приема лекарств чаще встречался среди пациентов после ИМ по сравнению с пациентами после ОНМК и сочетанной патологии (p=0,036). Установлено, что пациенты с высоким уровнем приверженности лечению были старше лиц с низкой приверженностью (p=0,014). В то же время такие параметры, как пол, льготное лекарственное обеспечение, стадия ХСН, наличие сахарного диабета 2-го типа, показатели ФВ ЛЖ, артериального давления, липидного профиля и С-реактивного белка не оказали статистически значимого влияния на уровень комплаентности пациентов (p>0,05). Оценка структуры назначений у лиц с коморбидными состояниями показала, что частота соблюдения рекомендованного

Таблица 2 – Показатели приверженности лечению и причины пропуска терапии у пациентов, перенесших ИМ и/или ОНМК, по данным кардиорегистра

Table 2 – Treatment adherence rates and reasons for missed therapy among patients with a history of myocardial infarction and/or acute cerebrovascular accident: data from a cardiac registry

Критерий, n (%)	Вся когорта, n=650	ИМ[1], n=297	ОНМК[2], n=320	ИМ+ОНМК[3], n=33	p^{1-2-3}
Привержен (4 балла)	361 (55,5)	147 (49,5)	193 (60,3)	21 (63,6)	0,007
Недостаточно привержен (3 балла)	230 (34,4)	123 (41,4)	101 (31,6)	6 (18,2)	
Не привержен (менее 2 баллов)	59 (9,1)	27 (9,1)	26 (8,1)	6 (18,2)	$^{1-2-3}$0,01
Непреднамеренные пропуски: забывчивость, невнимательность	 90 (13,7%) 84 (12,8%)	 45 (15,1%) 47 (15,8%)	 41 (12,6%) 33 (10,2%)	 4 (12,1%) 4 (12,1%)	 0,37 0,036
Осознанные пропуски: самовольная отмена при улучшении самочувствия, самовольная отмена при ухудшении самочувствия	 94 (14,3%) 84 (12,8%)	 51 (17,1%) 44 (14,8%)	 39 (12,1%) 36 (11,0%)	 4 (12,1%) 5 (15,2%)	 0,075 0,17

Примечание – данные о структуре причин пропуска терапии получены на основании итогового анкетирования и анализа комплаенса в финальной точке периода наблюдения, n – абсолютное число пациентов в подгруппе, % – относительная величина (доля) от общего числа пациентов в группе, M±SD – среднее арифметическое и стандартное отклонение, p – уровень статистической значимости критерия.

Репозиторий ГрГМУ

режима лечения среди комплаентных и некомплаентных участников исследования не имела значимых отличий (p>0,05) (табл. 3).

Льготное лекарственное обеспечение является способом государственной социальной поддержки, направленным на повышение доступности медицинской помощи и приверженности лечению. Финансовые трудности могут привести к невыполнению врачебных рекомендаций, связанных с затратами, что приводит к росту осложнений, увеличению числа госпитализаций и снижению общего качества жизни [25]. Установлено, что менее половины пациентов (46,4%), перенесших ИМ и ОНМК, пользовались льготным лекарственным обеспечением в отдаленном периоде наблюдения без статистически значимого влияния уровня комплаентности (p=0,20).

При оценке влияния факта приверженности пациентов к приему медикаментозной терапии на отдаленные исходы выявлено, что низкая комплаентность пациентов сопровождалась ростом частоты повторных госпитализаций, од-

Таблица 3 – Клинико-демографические показатели, проводимая медикаментозная терапия у пациентов, перенесших ИМ и/или ОНМК, с различным уровнем приверженности лечению
Table 3 – Clinical and demographic characteristics and ongoing pharmacological therapy in patients with a history of myocardial infarction and/or acute cerebrovascular accident, stratified by level of treatment adherence

Критерий	Приверженные (4 балла)	Не приверженные (3, 2, 1, 0 баллов)	Значение *p*
Возраст, лет (M±SD)	65,37±10,83	64,44±9,44	0,014
Мужской пол, n (%)	185 (53,2)	163 (46,8)	0,19
Женский пол, n (%)	176 (58,3)	126 (41,7)	
Стадия ХСН по классификации Василенко–Стражеско: I стадия, II–III стадии, IV стадия	 160 (54,6) 132 (45,2) 0	 133 (54,3) 112 (45,7) 0	0,91
Уровень фракции выброса ЛЖ, Me (Q1; Q3)	59,03 (53–66)	59,08 (54–65)	0,51
Перенесенный ИМ, n (%)	168 (50,9)	162 (49,1)	0,010
Перенесенный ОНМК, n (%)	215 (60,7)	139 (39,3)	
Наличие в анамнезе ФП, n (%)	90 (24,9)	64 (22,1)	0,41
ЧСС, Me (Q1; Q3)	75 (72–76)	75 (70–75)	0,13
Степень установленной АГ, n (%): I степень, II степень, III степень	 29 (8,2) 257 (72,8) 67 (19,0)	 19 (6,7) 213 (75,0) 52 (18,3)	0,70
Уровень САД, Me (Q1; Q3)	130 (128–140)	130 (127–140)	0,36
Уровень ДАД, Me (Q1; Q3)	80 (79–89)	80 (78–86)	0,35
Наличие в анамнезе ХБП, n (%)	318 (86,6)	255 (88,2)	0,54
Уровень СРБ, Me (Q1; Q3)	3,10 (1,17–8,00)	3,64 (1,50–10,00)	0,21
Наличие в анамнезе СД 2-го типа, n (%)	114 (31,6)	87 (30,1)	0,68
Неврологический дефицит после ОНМК, n (%)	62 (17,7)	44 (17,0)	0,46
Использование ЛП на льготных условиях, n (%)	93 (25,3)	61 (21,1)	0,20
Уровень ОХ, ммоль/л	4,90 (4,01–5,71)	4,73 (3,98–5,76)	0,61
Уровень ХС ЛПНП, ммоль/л	2,93 (2,10–3,53)	2,99 (2,14–3,75)	0,25
Уровень ХС ЛПВП, ммоль/л	1,28 (1,02–1,55)	1,30 (1,01–1,53)	0,82
Подтвержден факт приема ББ, n (%)	229 (69,9)	198 (68,8)	0,75
Подтвержден факт приема иАПФ, n (%)	183 (50,4)	144 (50,2)	0,95
Подтвержден факт приема сартанов, n (%)	117 (32,3)	79 (27,5)	0,19
Подтвержден факт приема статинов, n (%)	250 (69,8)	219 (76,0)	0,079
Подтвержден факт приема антиагрегантов, n (%)	236 (65,7)	197 (68,4)	0,47
Подтвержден факт приема антикоагулянтов при ФП, n (%)	46 (47,4)	38 (54,3)	0,38

Примечание – M±SD – среднее ± стандартное отклонение, Me (Q1; Q3) – медиана и межквартильный размах (25-й и 75-й перцентили), абсолютные числа (n), доля (%) от количества имеющихся данных, p – уровень статистической значимости критерия, ИМ – инфаркт миокарда, ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения, ЛП – лекарственные препараты, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка, АГ – артериальная гипертензия, САД – систолическое артериальное давление, ДАД – диастолическое артериальное давление, ФП – фибрилляция предсердий, ХБП – хроническая болезнь почек, СД 2-го типа – сахарны диабет 2-го типа, СРБ – С-реактивный белок, ОХ – общий холестерин, ХС ЛПНП – холестерин липопротеинов сниженной плотности, ХС ЛПВП – холестерин липопротеинов высокой плотности, ББ – бета-адреноблокаторы, иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента.

Репозиторий ГрГМУ

Таблица 4 – Отдаленные исходы у пациентов, перенесших ИМ и/или ОНМК, с различным уровнем приверженности лечению
Table 4 – Long-term outcomes in patients who experienced MI and/or acute stroke, stratified by level of treatment adherence

Критерий	Приверженные (4 балла)	Не приверженные (3, 2, 1, 0 баллов)	OP	HR	95 % ДИ	Значение *p*
Повторная госпитализация, n (%)	62 (17,2)	69 (23,9)	1,39	-	1,02–1,88	0,034
Общая смертнось, n (%)	64 (17,7)	57 (19,5)	-	1,03	0,72–1,47	0,87

Примечание – абсолютные числа (n), доля (%) от количества имеющихся данных, HR – отношение рисков, OP – относительный риск, ДИ – доверительный интервал, p – уровень статистической значимости критерия, «-» – расчет не производился.

нако не ассоциировалась с общей смертностью (p=0,87), что объясняется доступностью специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (табл. 4).

Заключение

Впервые в Республике Беларусь на основе данных кардиорегистра проведен комплексный анализ эффективности и качества медицинской профилактики у пациентов, перенесших ИМ и/или ОНМК. Выявлена недостаточная приверженность лечению в отдаленном периоде наблюдения, особенно у пациентов более молодого возраста, перенесших ИМ. Фактором, ассоциированным с высокой приверженностью лечению, оказалось наличие ОНМК в анамнезе.

Анализ применяемой терапии у пациентов после ИМ и/или ОНМК свидетельствует о необходимости расширения периода льготного обеспечения кардиологическими лекарственными препаратами и совершенствования систем контроля качества оказания медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе. Полученные результаты обосновывают необходимость дифференцированного подхода к диспансерному наблюдению у лиц экстремально высокого сердечно-сосудистого риска, о чем свидетельствовал малый объем выборки в группе сочетанной патологии ИМ+ОНМК. Разработка мер по повышению комплаентности пациентов на амбулаторном этапе лечения должна быть ориентирована на лиц моложе пожилого возраста, ранее перенесших ИМ, а также на преодоление практики самостоятельной отмены лекарственных препаратов при субъективном изменении самочувствия, активное назначение фиксированных комбинаций лекарственных средств, проведение регулярного обучения пациентов.

Ограничения исследования. В работе использован дизайн с отложенным стартом наблюдения для оценки терапии и приверженности пациентов, выживших к моменту начала периода включения. Ограничением данного исследования также являлся малый объем выборки в группе сочетанной патологии ИМ+ОНМК.

Литература

1. 2025 Heart Disease and Stroke Statistics: A Report of US and Global Data From the American Heart Association / S. S. Martin, A. W. Aday, N. B. Allen [et al.] // Circulation. – 2025. – Vol. 151, № 8. – P. e41-e660. – doi: 10.1161/CIR.0000000000001303.
2. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes / C. Vrints, F. Andreotti, K. C. Koskinas [et al.] // Eur Heart J. – 2024. – Vol. 45, № 36. – P. 3415-3537. – doi: 10.1093/eurheartj/ehae177.
3. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022 / О. М. Драпкина, А. В. Концевая, А. М. Калинина [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21, № 4. – Ст. 3235. – doi: 10.15829/1728-8800-2022-3235. – edn: DNBVAT.
4. Медикаментозная терапия и приверженность к ней пациентов с ишемической болезнью сердца: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE V / Н. В. Погосова, С. А. Бойцов, А. К. Аушева [и др.] // Кардиология. – 2021. – Т. 61, № 8. – С. 4-13. – doi: 10.18087/cardio.2021.8.n1650. – edn: BMKKSC.
5. Ракишева, А. Г. Обновленные рекомендации Европейского общества кардиологов по сердечной недостаточности 2023 года / А. Г. Ракишева, Р. Т. Куанышбекова // Российский кардиологический журнал. – 2024. – Т. 29, № S2. – С. 15-18. – doi: 10.15829/1560-4071-2024-5841. – edn: QCNIVC.
6. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines / S. V. Rao, M. L. O'donoghue, M. Ruel [et al.] // Circulation. – 2025. – Vol. 151, № 13. – doi: 10.1161/cir.0000000000001309. – edn: RVIPKS.
7. Клинические рекомендации Евразийской ассоциации кардиологов (ЕАК)/ Национального общества по изучению атеросклероза (НОА) по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (2025) / М. В. Ежов, В. В. Кухарчук, Т. В. Балахонова [и др.] // Евразийский кардиологический журнал. – 2025. – № 2. – С. 6-34. – doi: 10.38109/2225-1685-2025-2-6-34. – edn: MACELC.
8. Decoding the link between ischemic stroke and myocardial infarction: a pathophysiological and clinical perspective / L. Chen, S. Luo, M. Feng [et al.] // Eur J Med Res. – 2025. – Vol. 30, № 1. – Art. 984. – doi: 10.1186/s40001-025-03221-y.
9. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2024 / А. С. Галявич, С. Н. Терещенко, Т. М. Ускач [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2024. – Т. 29, № 11. – С. 251-349. – doi: 10.15829/1560-4071-2024-6162. – edn: WKIDLJ.
10. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure / T. A. McDonagh, M. Metra, M. Adamo [et al.] // Eur Heart J. – 2021. – Vol. 42, № 36. – P. 3599-3726. – doi: 10.1093/eurheartj/ehab368.

Репозиторий ГрГМУ

11. Приверженность лечению как неотъемлемый компонент тактики ведения пациентов с хронической сердечной недостаточностью / В. Н. Ларина, К. А. Замятин, Е. Н. Шерегова, М. А. Кудинова // Российский кардиологический журнал. – 2024. – Т. 29, № 1. – С. 62-70. – doi: 10.15829/1560-4071-2024-5690. – edn: KRULNV.
12. Методические рекомендации: «Приверженность к лекарственной терапии у больных хроническими неинфекционными заболеваниями. Решение проблемы в ряде клинических ситуаций» / Ю. В. Лукина, Н. П. Кутишенко, С. Ю. Марцевич [и др.] // Профилактическая медицина. – 2020. – Т. 23, № 3-2. – С. 42-60. – doi: 10.17116/profmed20202303242. – edn: KEFJWR.
13. Сохибов, Д. Приверженность медикаментозной терапии у пациентов после острого инфаркта миокарда: систематический обзор литературы / Д. Сохибов, Р. Тригулова, Н. Мирахмедова // Cardiology of Uzbekistan. – 2025. – Vol. 2, № 4. – P. 399-406. – doi: 10.70626/cardiouz-2025-2-00071. – edn: WXKZDX.
14. Наблюдательные исследования и регистры. Их качество и роль в современной доказательной медицине / С. Ю. Марцевич, Н. П. Кутишенко, Ю. В. Лукина [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 2. – С. 61-66. – doi: 10.15829/1728-8800-2021-2786. – edn: UWQSXU.
15. Регистры пациентов, перенесших инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения: зарубежный опыт и его актуальность для Республики Беларусь / О. В. Микульская, Н. Ф. Побиванцева, Е. А. Григоренко, Н. П. Митьковская // Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски. – 2024. – Т. 8, № 2. – С. 2366-2374. – doi: 10.51922/2616-633X.2024.8.2.2366. – edn: LGXDOH.
16. О внесении изменений в Правила надлежащей клинической практики Евразийского экономического союза : решение Совета Евразийской экономической комиссии от 1 авг. 2025 г. № 63 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь : [сайт]. – URL: https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=F92500225 (дата обращения: 03.10.2026).
17. Declaration of Helsinki. Medical Research Involving Human Participants // World Medical Association. – URL: https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki (date of access: 03.10.2026).
18. Heart failure drug titration, discontinuation, mortality and heart failure hospitalization risk: a multinational observational study (US, UK and Sweden) / G. Savarese, J. Bodegard, P. Sartipy [et al.] // European Journal of Heart Failure. – 2021. – Vol. 23, № 9. – P. 1499-1511. – doi: 10.1002/ejhf.2271. – edn: OZZQVP.
19. Medication adherence in cardiovascular medicine / S. T. Simon, V. Kini, A. E. Levy, P. M. Ho // BMJ. – 2021. – Vol. 374. – Art. 1493. – doi: 10.1136/bmj.n1493.
20. Об утверждении Инструкции по оказанию медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения («Дорожная карта») : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 янв. 2018 г. № 47. – URL: https://goo.su/P5nVcg (дата обращения: 4.10.2026).
21. Об утверждении некоторых клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний системы кровообращения : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 июня 2017 г. № 59 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь : [сайт]. – URL: https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W21732103p (дата обращения: 04.10.2026).
22. Применение рекомендованной болезнь-модифицирующей терапии у амбулаторных пациентов с хронической сердечной недостаточностью в реальной клинической практике: субанализ исследования приоритет-ХСН / Е. В. Шляхто, Ю. Н. Беленков, С. А. Бойцов [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2025. – Т. 30, № S11. – С. 28-41. – doi: 10.15829/1560-4071-2025-6517. – edn: WFHVQR.
23. Приверженность лечению пациентов в отдаленном периоде наблюдения после перенесенного инфаркта миокарда (данные регистра РЕГАТА) / К. Г. Переверзева, С. С. Якушин, М. М. Лукьянов, О. М. Драпкина // Кардиология. – 2020. – Т. 60, № 10. – С. 66-72. – doi: 10.18087/cardio.2020.10.n1264. – edn: IDORVN.
24. Lee, S. H. Adherence to guideline-directed medical therapy and 3-year clinical outcome following acute myocardial infarction / S. H. Lee, D. Hyun, J. Choi // Eur Heart J Open. – 2023. – Vol. 3, № 2. – Art. oead029. – doi: 10.1093/ehjopen/oead029.
25. Приверженность лечению и льготное лекарственное обеспечение пациентов с перенесенным инфарктом миокарда (по данным наблюдательного исследования) / А. В. Веретенникова, А. В. Концевая, В. А. Куценко [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2025. – Т. 21, № 4. – С. 310-317. – doi: 10.20996/1819-6446-2025-3197. – edn: FUNUWL.

References

1. Martin SS, Aday AW, Allen NB, Almarzooq ZI, Anderson CAM, Arora P, Avery CL, Baker-Smith CM, Bansal N, Beaton AZ, Commodore-Mensah Y, Currie ME, Elkind MSV, Fan W, Generoso G, Gibbs BB, Heard DG, Hiremath S, Johansen MC, Kazi DS, Ko D, Leppert MH, Magnani JW, Michos ED, Mussolino ME, et al. 2025 Heart Disease and Stroke Statistics: A Report of US and Global Data From the American Heart Association. *Circulation*. 2025;151(8):e41-e660. doi: 10.1161/CIR.0000000000001303.
2. Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, Rossello X, Adamo M, Ainslie J, Banning AP, Budaj A, Buechel RR, Chiariello GA, Chieffo A, Christodorescu RM, Deaton C, Doenst T, Jones HW, Kunadian V, Mehilli J, Milojevic M, Piek JJ, Pugliese F, Rubboli A, Semb AG, Senior R, Ten Berg JM, Van Belle E, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2024;45(36):3415-3537. doi: 10.1093/eurheartj/ehae177.
3. Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, Avdeev SN, Agaltsov MV, Alexandrova LM, Antsiferova AA, Aronov DM, Akhmedzhanov NM, Balanova YuA, Balakhonova TV, Berns SA, Bochkarev MV, Bochkareva EV, Bubnova MG, Budnevsky AV, Gambaryan MG, Gorbunov VM, Gorny BE, Gorshkov AYu, Gumanova NG, Dadaeva VA, Drozdova LYu, Egorov VA, Eliashevich SO, et al. 2022 Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National guidelines. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(4):3235. doi: 10.15829/1728-8800-2022-3235. edn: DNBVAT. (Russian).
4. Pogosova NV, Boytsov SA, Ausheva AK, Sokolova OY, Arutyunov AA, Osipova IV, Pozdnyakov YuM. Drug Therapy and Adherence in Patients with Coronary Heart Disease: Results of the Russian Part of the EUROASPIRE

Репозиторий ГГМУ

V International Multicenter Study. *Kardiologiia*. 2021;61(8):4-13. doi: 10.18087/cardio.2021.8.n1650. edn: BMKKSC. (Russian).

5. Rakisheva AG, Kuanyshbekova RT. 2023 Updated European Society of Cardiology guidelines on heart failure. *Russian Journal of Cardiology.* 2024;29(2S):5841. doi: 10.15829/1560-4071-2024-5841. edn: QCNIVC. (Russian).
6. Rao SV, O'Donoghue ML, Ruel M, Rab T, Tamis-Holland JE, Alexander JH, Baber U, Baker H, Cohen MG, Cruz-Ruiz M, Davis LL, de Lemos JA, DeWald TA, Elgendy IY, Feldman DN, Goyal A, Isiadinso I, Menon V, Morrow DA, Mukherjee D, Platz E, Promes SB, Sandner S, Sandoval Y, et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2025;151(13):e771-e862. doi: 10.1161/CIR.0000000000001309.
7. Ezhov MV, Kukharchuk VV, Balakhonova TV, Gurevich VS, Sergienko IV, Sokolov AA, Semenkin AA, Shaposhnik II, Akhmedzhanov NM, Barbarash OL, Bubnova MG, Voevoda MI, Galyavich AS, Eregin SYa, Konovalov GA, Korneva VA, Pokrovsky SN, Raskurazhev AA, Skibitsky VV, Tanashyan MM, Filippov AE, Chazova IE, Chubykina UV, Yakushin SS. Eurasian Association of Cardiology (EAC)/ Russian National Atherosclerosis Society (RNAS) Guidelines for the diagnosis and correction of dyslipidemia for the prevention and treatment of atherosclerosis (2025). *Eurasian heart journal*. 2025;(2):6-34. doi: 10.38109/2225-1685-2025-2-6-34. edn: MACELC. (Russian).
8. Chen L, Luo S, Feng M, Chandra A, Baizabal-Carvallo JF, Mofatteh M, Wu J, He Y, Chen Z, Zeng X, Tu J, Wang X, Liao X. Decoding the link between ischemic stroke and myocardial infarction: a pathophysiological and clinical perspective. *Eur J Med Res*. 2025;30(1):984. doi: 10.1186/s40001-025-03221-y.
9. Galyavich AS, Tereshchenko SN, Uskach TM, Ageev FT, Aronov DM, Arutyunov GP, Begrambekova YuL, Belenkov YuN, Boytsov SA, Bubnova MG, Vasyuk YuA, Villevalde SV, Vinogradova NG, Garganeeva AA, Gendlin GE, Gilyarevsky SR, Glezer MG, Gautier SV, Grinstein YuI, Dovzhenko TV, Drapkina OM, Duplyakov DV, Zhirov IV, Zateishchikov DA, Zvartau NE, et al. 2024 Clinical practice guidelines for Chronic heart failure. *Russian Journal of Cardiology*. 2024;29(11):6162. doi: 10.15829/1560-4071-2024-6162. edn: WKIDLJ. (Russian).
10. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, Burri H, Butler J, Čelutkienė J, Chioncel O, Cleland JGF, Coats AJS, Crespo-Leiro MG, Farmakis D, Gilard M, Heymans S, Hoes AW, Jaarsma T, Jankowska EA, Lainscak M, Lam CSP, Lyon AR, McMurray JJV, Mebazaa A, Mindham R, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2021;42(36):3599-3726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368.
11. Larina VN, Zamyatin KA, Sheregova EN, Kudinova MA. Adherence to treatment as an integral component of the management of patients with heart failure. *Russian Journal of Cardiology*. 2024;29(1):5690. doi:10.15829/1560-4071-2024-5690. edn: KRULNV. (Russian).
12. Lukina YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu, Shepel RN, Drapkina OM. Methodological recommendations: "Adherence to drug therapy in patients with chronic non-communicable diseases. Addressing the problem in a number of clinical situations". *Russian Journal of Preventive Medicine and Public Health.* 2020;23(3-2):42-60. doi: 10.17116/profmed20202303242. edn: KEFJWR. (Russian).
13. Sokhibov DD, Trigulova RKh, Mirakhmedova NS. Adherence to drug therapy in patients after acute myocardial infarction: a systematic review of the literature. *Cardiology of Uzbekistan.* 2025;2(4):399-406. doi: 10.70626/cardiouz-2025-2-00071. edn: WXKZDX. (Russian).
14. Martsevich SYu, Kutishenko NP, Lukina YuV, Lukyanov MM, Drapkina OM. Observational studies and registers. Their quality and role in modern evidence-based medicine. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2021;20(2):2786. doi:10.15829/17288800-2021-2786. edn: UWQSXU. (Russian).
15. Mikulskaya OV, Pobivantseva NF, Grigorenko EA, Mitkovskaya NP. Registries of patients after myocardial infarction and acute cerebrovascular accident: international experience and its relevance for the Republic of Belarus. *Emergency Cardiology and Cardiovascular Risks*. 2024;8(2):2366-2374. doi: 10.51922/2616-633X.2024.8.2.2366. edn: LGXDOH. (Russian).
16. Sovet Evrazijskoj ekonomicheskoj komissii. O vnesenii izmenenij v Pravila nadlezhashhej klinicheskoj praktiki Evrazijskogo ekonomicheskogo sojuza. Reshenije № 63 (aug 1, 2025) [Internet]. Available from: https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=F92500225 (Russian).
17. World Medical Association. Declaration of Helsinki. Medical Research Involving Human Participants [Internet]. Available from: https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki
18. Savarese G, Bodegard J, Norhammar A, Sartipy P, Thuresson M, Cowie MR, Fonarow GC, Vaduganathan M, Coats AJS. Heart failure drug titration, discontinuation, mortality and heart failure hospitalization risk: a multinational observational study (US, UK and Sweden). *Eur J Heart Fail.* 2021;23(9):1499-1511. doi: 10.1002/ejhf.2271.
19. Simon ST, Kini V, Levy AE, Ho PM. Medication adherence in cardiovascular medicine. *BMJ*. 2021;374:n1493. doi: 10.1136/bmj.n1493.
20. Ministerstvo zdravoohranenija Respubliki Belarus. Ob utverzhdenii Instrukcii po okazaniju medicinskoj pomoshchi pacijentam s ostrym narushenijem mozgovogo krovoobrashchenija («Dorozhnaja karta"). Prikaz № 47 (jun 24, 2018) [Internet]. Available from: https://goo.su/P5nVcg (Russian).
21. Ministerstvo zdravoohranenija Respubliki Belarus. Ob utverzhdenii nekotoryh klinicheskih protokolov diagnostiki i lechenija zabolevanij sistemy krovoobrashchenija. Postanovlenije № 59 (jun 6, 2017) [Internet]. Available from: https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W21732103p (Russian).
22. Shlyakhto EV, Belenkov YuN, Boytsov SA, Villevalde SV, Galyavich AS, Glezer MG, Zvartau NE, Kobalava ZhD, Lopatin YuM, Mareev VYu, Tereshchenko SN, Fomin IV, Barbarash OL, Vinogradova NG, Duplyakov DV, Zhirov IV, Kosmacheva ED, Nevzorova VA, Reitblat OM, Soloveva AE, Medvedeva EA, Zorina EA. Use of guideline-directed medical therapy in outpatients with heart failure in real-world practice: a subanalysis of PRIORITY-HF study. *Russian Journal of Cardiology.* 2025;30(11S):6517. doi: 10.15829/1560-4071-2025-6517. edn: WFHVQR. (Russian).

Репозиторий ГМУ

23. Pereverzeva KG, Yakushin SS, Loukianov MM, Drapkina OM. Adherence to the treatment of patients in the long-term supervision period after myocardial infarction (according to the REGATA register). *Kardiologiia*. 2020;60(10):66-72. doi: 10.18087/cardio.2020.10.n1264. edn: IDORVN. (Russian).
24. Lee SH, Hyun D, Choi J, Yoon CH, Cha KS, Oh S, Seong IW, Jeong MH, Choi JH. Adherence to guideline-directed medical therapy and 3-year clinical outcome following acute myocardial infarction. *Eur Heart J Open*. 2023;3(2):oead029. doi: 10.1093/ehjopen/oead029.
25. Veretennikova AV, Kontsevaya AV, Kutsenko VA, Soplenkova AG, Drapkina OM. Adherence to treatment and state-sponsored drug coverage in patients with myocardial infarction (data from an observational study). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2025;21(4):310-317. doi: 10.20996/1819-6446- 2025-3197. edn: FUNUWL. (Russian).

PHARMACOTHERAPY OF PATIENTS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION AND ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENT: CARDIAC REGISTRY DATA

O. V. Mikulskaya[1], A. P. Mirilenko[2], E. I. Radievskaya[3], N. F. Pobivantseva[1,3], E. A. Grigorenko[1,3], N. P. Mitkovskaya[1]

[1]Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus
[2]Belarusian State Agrarian Technical University, Minsk, Belarus
[3]Republican Scientific and Practical Center "Cardiology", Minsk, Belarus

Study objective. To evaluate the pharmacological therapy of patients after myocardial infarction (MI) and/or acute cerebrovascular accident (ACVA), to determine their level of treatment adherence, and to identify factors influencing compliance during long-term dynamic follow-up.

Material and methods. This prospective observational registry study included 677 outpatients (mean age 64.8±10.5 years; 53.6% male) after MI and/or ACVA between 2010 and 2019 and received outpatient care from a specialist during the enrollment period (2019–2022). Therapy was evaluated via medical records and interviews, while adherence was evaluated using the Morisky-Green test at the end of the follow-up period in May 2026. Based on the type of reference event, the study cohort was divided into three groups: MI (44.6%; n=302), ACVA (50.4%; n=341), and comorbid pathology (5.0%; n=34).

Results. High treatment adherence was observed in 55.5% of patients; no gender differences were identified (p=0.19). Non-adherent individuals were significantly younger than adherent ones (64.44±9.44 vs. 65.37±10.83 years; p=0.014). A history of acute cerebrovascular accident (stroke) was associated with high adherence (p=0.007), whereas subsidized drug coverage did not influence it (p=0.20). The leading cause of unintentional therapy omission following MI was inattention to dosing schedules (15.8%; p=0.036). Inadequate alignment of medical prescriptions with the clinical protocols in effect at the time of patient enrollment was identified: therapy regimens included beta-blockers (64%), angiotensin-converting enzyme inhibitors/angiotensin II receptor blockers (48.8%/29.2%), mineralocorticoid receptor antagonists (39.1%), statins (70.5%), anticoagulants (20.5%), and antiplatelet agents (64.9%). Optimal pharmacological therapy for chronic heart failure was prescribed in only 12.3% of cases. Low adherence was associated with an increase in readmissions (p=0.034) but did not affect overall mortality (p=0.87).

Conclusions. Long-term follow-up revealed the lowest treatment adherence among younger patients who had a history of myocardial infarction. Physicians were found to demonstrate insufficient adherence to clinical protocols and guidelines. Current outpatient practice fails to fully comply with the modern standards for the management of patients with a history of post-infarction cardiosclerosis, chronic heart failure, and acute cerebrovascular accident.

Keywords: *myocardial infarction, acute cerebrovascular accident, chronic heart failure, adherence, drug therapy, registry.*

For citation*: Mikulskaya OV, Mirilenko AP, Radievskaya EI, Pobivantseva NF, Grigorenko EA, Mitkovskaya NP. Pharmacotherapy of patients after myocardial infarction and acute cerebrovascular accident: cardiac registry data. Journal of the Grodno State Medical University. 2026;24(5):513-521. https://doi.org/10.25298/2221-8785-2026-24-5-513-521*

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.
Financing. The study was performed without external funding.

Соответствие принципам этики. Исследование одобрено локальным этическим комитетом.
Conformity with the principles of ethics. The study was approved by the local ethics committee.

Об авторах / About the authors
Микульская Ольга Валерьевна / Mikulskaya Olga, ORCID: 0009-0003-3123-7895
Мириленко Андрей Петрович / Mirilenko Andrey
Радиевская Елена Ивановна / Radievskaya Elena
Побиванцева Наталья Фадеевна / Pobivantseva Natalya, ORCID: 0009-0001-7270-7406
*Григоренко Елена Александровна / Grigorenko Elena, e-mail: alegri19@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-8120-6267
Митьковская Наталья Павловна / Mitkovskaya Natalya, ORCID: 0000-0002-9088-721X
** – автор, ответственный за переписку / corresponding author*

Поступила / Received:27.07.2026 *Принята к публикации / Accepted for publication: 26.06.2026*

Репозиторий ГрГМУ