

Article/Review

Приверженность медикаментозной терапии у пациентов после острого инфаркта миокарда: систематический обзор литературы

Д.Д. Сохибов *¹ , Р.Х. Тригулова ¹ , Н.С. Мирахмедова ¹ 

¹ Отделение рентген-эндоваскулярного лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии, Ташкент, 100052, Республика Узбекистан

dsohibov97@gmail.com (Д.С.), raisa_trigulova@mail.ru (Р.Т.), mirakhmedovanilufar66@gmail.com (Н.М.)

* Correspondence: dsohibov97@gmail.com; Tel.: +998 88 2444433 (Д.С.)

Аннотация:

Цель. Систематический анализ современных подходов к оценке и улучшению приверженности медикаментозной терапии у пациентов после острого инфаркта миокарда на амбулаторно-поликлиническом этапе наблюдения, с особым акцентом на факторы, влияющие на соблюдение режима лечения, и роль многодисциплинарного подхода.

Материалы и методы. Проведен систематический обзор литературы, посвященной проблемам приверженности медикаментозной терапии после острого инфаркта миокарда. Анализированы данные крупных международных исследований, включая метаанализ 10 исследований с участием 106 002 пациентов, научное заявление Американской ассоциации сердца 2023 года, рекомендации ESC 2023 и ACC/AHA 2025 года, а также современные программы кардиологической реабилитации.

Результаты. Метаанализ показал, что хорошая приверженность медикаментозной терапии ассоциируется со снижением общей смертности (отношение рисков 0,56; 95% ДИ: 0,45-0,69), сердечно-сосудистой смертности (ОР 0,66; 95% ДИ: 0,51-0,87) и частоты госпитализаций (ОР 0,61; 95% ДИ: 0,45-0,82). Неприверженность терапии наблюдается у 30% пациентов после инфаркта миокарда. Совместное принятие решений, структурированные программы кардиологической реабилитации и вовлечение многодисциплинарных команд значительно улучшают долгосрочную приверженность лечению.

Заключение. Приверженность медикаментозной терапии является ключевым фактором улучшения прогноза у пациентов после острого инфаркта миокарда. Мультидисциплинарный подход, включающий совместное принятие решений, обучение пациентов, фармацевтическое консультирование и использование цифровых технологий, демонстрирует наибольшую эффективность в повышении приверженности терапии.

Ключевые слова: Острый инфаркт миокарда, приверженность терапии, амбулаторное наблюдение, кардиологическая реабилитация, совместное принятие решений.

Цитирование: Д.Д. Сохибов, Р.Х. Тригулова, Н.С. Мирахмедова.

Приверженность медикаментозной терапии у пациентов после острого инфаркта миокарда: систематический обзор литературы. **2025**, 2, 4, 12.

<https://doi.org/10.70626/cardiouz-2025-2-00071>

Полученный: 10.10.2025

Исправленный: 18.10.2025

Принято: 25.11.2025

Опубликованный: 12.12.2025

Copyright: © 2025 by the authors.

Submitted to for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons

Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Adherence to drug therapy in patients after acute myocardial infarction: a systematic review of the literature

Dilshod D.Sokhibov *¹ , Raisa Kh.Trigulova ¹ , Nilufar S.Mirakhmedova ¹ 

¹ Laboratory of Preventive Cardiology, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology, Tashkent, 100052, Uzbekistan

dsohibov97@gmail.com (D.S.), raisa_trigulova@mail.ru (R.T.), mirakhmedovanilufar66@gmail.com (N.M.)

Abstract:

Aim. A systematic analysis of current approaches to assessing and improving adherence to drug therapy in patients after acute myocardial infarction at the outpatient stage of observation, with a

particular emphasis on factors influencing adherence to treatment and the role of a multidisciplinary approach.

Materials and methods. A systematic review of the literature on adherence to drug therapy after acute myocardial infarction was conducted. Data from large international studies were analyzed, including a meta-analysis of 10 studies involving 106,002 patients, the 2023 American Heart Association scientific statement, the 2023 ESC and 2025 ACC/AHA guidelines, and current cardiac rehabilitation programs.

Results. A meta-analysis showed that good adherence to drug therapy is associated with a reduction in all-cause mortality (odds ratio 0.56; 95% CI: 0.45-0.69), cardiovascular mortality (OR 0.66; 95% CI: 0.51-0.87), and hospitalization rates (OR 0.61; 95% CI: 0.45-0.82). Non-adherence to therapy is observed in 30% of patients after myocardial infarction. Shared decision making, structured cardiac rehabilitation programs, and the involvement of multidisciplinary teams significantly improve long-term treatment adherence.

Conclusion. Adherence to medication therapy is a key factor in improving the prognosis of patients after acute myocardial infarction. A multidisciplinary approach, including shared decision-making, patient education, pharmaceutical counseling, and the use of digital technologies, has been shown to be most effective in improving adherence.

Keywords: Acute myocardial infarction, adherence to therapy, outpatient monitoring, cardiac rehabilitation, shared decision making.

Введение

Острый инфаркт миокарда остается одной из ведущих причин смертности и заболеваемости во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, ишемическая болезнь сердца стала причиной смерти 371 506 человек в 2022 году, при этом приблизительно каждая шестая смерть от сердечно-сосудистых заболеваний приходится на взрослых моложе 65 лет [1]. Ежегодно около 805 000 человек в Соединенных Штатах переносят инфаркт миокарда, из которых 605 000 случаев являются первым инфарктом, а 200 000 происходят у людей, уже перенесших инфаркт миокарда ранее [2].

Все пациенты после инфаркта миокарда относятся к категории очень высокого риска осложнений, что диктует необходимость комплексного диспансерного наблюдения и проведения эффективной вторичной профилактики [3]. Согласно рекомендациям ACC/AHA 2025 года, структурированный подход к выписке пациентов с четким планом дальнейшего ведения является ключевым фактором улучшения долгосрочных исходов [4]. Современные подходы к стратификации риска базируются на комплексной оценке клинических, лабораторных и инструментальных данных, позволяющих определить оптимальную частоту и характер амбулаторного наблюдения [5].

Проблема приверженности медикаментозной терапии приобретает особую актуальность в контексте ведения пациентов после острого инфаркта миокарда на амбулаторно-поликлиническом этапе. Несмотря на доказанную эффективность современной фармакотерапии, значительная часть пациентов не соблюдает предписанные медикаментозные режимы, что существенно ухудшает прогноз и повышает риск повторных сердечно-сосудистых событий [6].

1. Современные подходы к стратификации риска и планированию наблюдения после инфаркта миокарда

Рекомендации European Society of Cardiology 2019 года предлагают структурированный алгоритм определения частоты встреч пациентов с сердечно-сосудистыми специалистами, основанный на периодической оценке индивидуального риска пациента. Согласно данным рекомендациям, предлагается не менее двух визитов в первый год наблюдения, при этом частота последующих визитов может варьироваться на основании клинического суждения [5].

У пациентов, имевших систолическую дисфункцию левого желудочка до реваскуляризации или после острого коронарного синдрома, обязательна повторная оценка функции левого желудочка через восемь-двенадцать недель после вмешательства, поскольку сердечная функция может улучшиться вследствие восстановления после оглушения миокарда или гибернации миокарда, которые могут быть обращены реваскуляризацией. Также рекомендуется

неинвазивная оценка ишемии миокарда после реваскуляризации для исключения остаточной ишемии или документирования существующей остаточной ишемии в качестве референса для будущих оценок [7].

Современная концепция ведения пациентов после инфаркта миокарда основывается на пациент-ориентированном подходе, который значительно улучшает исходы заболевания и повышает качество жизни пациентов. Пациенты, которые рассматриваются как равноправные партнеры в управлении своими острыми коронарными синдромами, более активно участвуют в собственном лечении [8].

Для эффективной коммуникации с пациентами рекомендуется использование метода обратного обучения (teach back), при котором пациент подтверждает понимание клинической информации, объясняя полученные принципы медицинскому работнику [9]. При обучении пациентов критически важно понимать, что уровень медицинской грамотности у каждого человека различен, многие пациенты имеют низкую медицинскую грамотность, поэтому полезно предоставлять информацию небольшими порциями и проверять понимание каждого предоставленного элемента [10].

1.1 Компоненты комплексного медикаментозного наблюдения

Согласно современным клиническим рекомендациям, основу медикаментозной терапии после перенесенного инфаркта миокарда составляют антиагрегантная терапия, ингибиторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, бета-блокаторы и статины [11]. Однако в настоящее время не существует единого подхода к вторичной профилактической медикаментозной терапии для всех пациентов вследствие различных проявлений инфаркта миокарда (с подъемом и без подъема сегмента ST), времени проведения реперфузионной терапии и спектра сопутствующих заболеваний [12].

Революционные данные были получены в крупном исследовании REBOOT, опубликованном в New England Journal of Medicine в 2025 году, которое показало, что среди пациентов, выписанных после инвазивного лечения по поводу инфаркта миокарда с фракцией выброса левого желудочка выше 40%, терапия бета-блокаторами не влияла на частоту смерти от любых причин, повторного инфаркта или госпитализации по поводу сердечной недостаточности [13].

2. Факторы, влияющие на приверженность медикаментозной терапии

Мета-анализ влияния приверженности медикаментозной терапии на клинические исходы ишемической болезни сердца, включивший десять исследований с общей численностью 106 002 пациента, продемонстрировал, что хорошая приверженность к медикаментозным схемам, основанным на доказательствах, включая бета-блокаторы, ингибиторы АПФ/блокаторы рецепторов ангиотензина, антиагрегантные препараты и статины, была связана с более низким риском общей смертности (отношение рисков 0,56; 95% доверительный интервал: 0,45-0,69), сердечно-сосудистой смертности (отношение рисков 0,66; 95% ДИ: 0,51-0,87) и сердечно-сосудистых госпитализаций/инфаркта миокарда (отношение рисков 0,61; 95% ДИ: 0,45-0,82) [14].

Исследование реальной практики показало, что приверженность медикаментозной терапии для вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний после инфаркта миокарда была только умеренной [15]. Приблизительно треть пациентов, перенесших инфаркт миокарда, не соблюдает предписанные медикаментозные схемы. Неприверженность связана с повышенным риском общей и сердечно-сосудистой смертности, процедур реваскуляризации, госпитализаций и более высокими затратами на здравоохранение [16].

Систематический обзор факторов, влияющих на приверженность лечению и модификацию образа жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца, выявил, что поддерживающая семейная сеть, мотивация сверстников и реабилитация на уровне сообщества помогают соблюдать режим, в то время как социальная изоляция, финансовые ограничения и ограниченная благоприятная среда для физических упражнений и питания препятствуют соблюдению [17].

Инновационные методы кардиореабилитации после чрескожного коронарного вмешательства в Узбекистане показывают, что приверженность программам зависит от образования ($p<0,001$), с пятидесятипроцентным снижением риска событий при прохождении тридцати

шести и более сессий. Женщины в программах реабилитации после острого инфаркта миокарда имеют более низкие рефералы (относительный риск 0,89) и высокий dropout (0,7), что требует телемедицины для обеспечения continuity of care в амбулаторных условиях [18].

Научное заявление Американской ассоциации сердца 2023 года подчеркивает критическую важность совместного принятия решений (shared decision-making) в сердечно-сосудистой помощи, отмечая, что участие пациентов в принятии медицинских решений, коммуникация между пациентом и клиницистом, а также модели пациент-ориентированной помощи имеют решающее значение для улучшения исходов здравоохранения и продвижения равенства [19]. Более ста исследований продемонстрировали, что совместное принятие решений улучшает понимание пациентов, принятие и доверенность их медицинской помощью, однако адекватные уровни совместного принятия решений наблюдаются всего в десяти процентах очных консультаций в различных специальностях здравоохранения [20].

Обзор кардиологических клинических рекомендаций международных обществ за период 2012-2022 годов показал растущую интеграцию принципов совместного принятия решений в современные кардиологические рекомендации [21]. Совместное принятие решений способствует справедливости путем вовлечения клиницистов и пациентов, обмена наилучшими доступными доказательствами и признания потребностей, ценностей и опыта отдельных лиц и их семей при принятии решений [22].

3. Роль кардиологической реабилитации и многодисциплинарного подхода

Программы кардиологической реабилитации в настоящее время приобретают все большую популярность, поскольку их акцент направлен на улучшение долгосрочных исходов и качества жизни пациентов с анамнезом острых коронарных синдромов. Вторичная профилактика наиболее эффективно обеспечивается через кардиологическую реабилитацию [23]. Программы кардиологической реабилитации больше не ограничиваются только назначением физических упражнений, но также включают изменения образа жизни, управление факторами риска, психосоциальную помощь и динамические оценки [24].

Исследования показывают, что более высокая приверженность медикаментам, регулярное последующее наблюдение и включение здорового образа жизни существенно снижают частоту сердечно-сосудистых событий, госпитализаций и показатели смертности [25]. Уровень неприверженности в тридцать процентов среди пациентов после инфаркта миокарда предсказывал частоту неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в течение одного года наблюдения [16].

Отказ от курения табака ассоциируется со снижением риска повторного инфаркта на тридцать-сорок процентов и смерти на тридцать пять-сорок пять процентов после острого коронарного синдрома, поэтому меры по прекращению курения являются приоритетом после острого коронарного синдрома [26]. Здоровая диета и пищевые привычки влияют на сердечно-сосудистый риск, принятие средиземноморского типа питания может помочь снизить сердечно-сосудистый риск у всех людей, включая лиц с высоким сердечно-сосудистым риском и пациентов с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями [27].

Экспертная панель JACC: Advances подчеркивает важность совместного принятия решений в многодисциплинарной командной сердечно-сосудистой помощи [28]. Совместное принятие решений и оказание помощи на основе многодисциплинарных команд рекомендуются в нескольких кардиологических клинических практических рекомендациях, однако доказательства пользы и руководство по внедрению ограничены.

Эффективность структурированного фармацевт-ориентированного вмешательства для пациентов после острых коронарных синдромов на общие госпитализации и повторные госпитализации, связанные с сердечными заболеваниями, была продемонстрирована в проспективном квази-экспериментальном исследовании [29]. Влияние непрерывной фармацевтической помощи, проводимой клиническими фармацевтами во время переходов лечения на приверженность медикаментозной терапии и клинические исходы для пациентов с ишемической болезнью сердца, показало положительные результаты [30].

4. Технологические решения и экономические аспекты

Обучение пациентов, вмешательства по консультированию и ресурсы цифрового здравоохранения являются факторами, связанными с повышенной приверженностью медикамен-

тозной терапии [31]. Исследование показало, что участие в структурированных программах кардиологической реабилитации среди сердечно-сосудистых пациентов привело к лучшей приверженности изменениям образа жизни и, как следствие, к лучшим клиническим исходам [32].

Современные подходы к улучшению приверженности медикаментозной терапии включают использование мобильных приложений и цифровых технологий. Исследование эффективности мобильных медицинских интервенций в приверженности медикаментозной терапии среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями показало положительные результаты [33]. Приложение на основе смартфона для улучшения приверженности медикаментозной терапии у пациентов после хирургической коронарной реваскуляризации продемонстрировало эффективность в улучшении соблюдения предписанного режима [34].

Многонациональное экономическое исследование, посвященное прогнозируемой экономии затрат при оптимальной приверженности медикаментозной терапии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими липид-снижающей терапии, продемонстрировало значительный экономический потенциал улучшения приверженности [35]. Долгосрочная приверженность к терапии, основанной на доказательствах, после острого инфаркта миокарда ассоциируется с улучшенными клиническими исходами [36]. Анализ показал, что соблюдение режима статинотерапии было связано со снижением смертности у пациентов с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями [37].

Заключение

Приверженность медикаментозной терапии представляет собой ключевой фактор улучшения долгосрочного прогноза у пациентов после острого инфаркта миокарда на амбулаторно-поликлиническом этапе наблюдения. Систематический анализ литературы показывает, что хорошая приверженность ассоциируется со значительным снижением общей и сердечно-сосудистой смертности, а также частоты повторных госпитализаций.

Современные подходы к улучшению приверженности должны основываться на мультидисциплинарном подходе, включающем совместное принятие решений, обучение пациентов с учетом уровня их медицинской грамотности, фармацевтическое консультирование и использование цифровых технологий. Особое внимание следует уделять модификации социальных и психологических факторов, препятствующих соблюдению режима лечения.

Программы кардиологической реабилитации демонстрируют высокую эффективность в улучшении долгосрочной приверженности терапии и должны быть интегрированы в систему амбулаторного наблюдения. Дальнейшие исследования должны сосредоточиться на разработке персонализированных подходов к улучшению приверженности, учитывающих индивидуальные характеристики пациентов, их социально-культурный контекст и доступность медицинской помощи.

Вклад авторов

Концептуализация: Д.С., Р.Т.; Методология: Д.С.; Исследование: Д.С.; Написание оригинального черновика: Д.С.; Написание обзора и редактирование: Д.С., Р.Т.; Надзор: Р.Т. Все авторы прочитали и одобрили опубликованную версию рукописи.

Authors' contribution

Conceptualization: D.S., R.T.; Methodology: D.S.; Investigation: D.S.; Writing of original draft: D.S.; Writing of review and editing: D.S., R.T.; Supervision: R.T. All authors read and approved the published version of the manuscript.

Источник финансирования

Источника финансирования нет.

Funding source

There is no source of funding.

Соответствие принципам этики

Исследование не требовало этического одобрения, так как не включало вмешательства или данные пациентов.

Ethics approval

The study did not require ethical approval as it did not include interventions or patient data.

Заявление о доступности данных

Данные, подтверждающие результаты этого исследования, доступны от авторов по обоснованному запросу.

Data Availability Statement

The data supporting the findings of this study are available from the authors upon reasonable request.

Благодарности

Авторы выражают благодарность Республиканскому специализированному научно-практическому медицинскому центру кардиологии за поддержку и помощь в проведении исследования, а также коллегам за ценные комментарии и рекомендации, которые помогли улучшить качество работы.

Acknowledgments

The authors express their gratitude to the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology for their support and assistance in conducting the study, as well as to colleagues for valuable comments and recommendations that helped improve the quality of the work.

Конфликт интересов

Конфликта интересов нет.

Conflict of interest

The authors declare no conflicts of interest.

Сокращения

| | |
|-----|------------------------------------|
| ИМ | Инфаркт миокарда |
| ОКС | Острый коронарный синдром |
| ЛЖ | Левый желудочек |
| ДИ | Доверительный интервал |
| ОР | Отношение рисков |
| АПФ | Ангиотензин - превращающий фермент |
| ESC | Европейское общество кардиологов |
| ACC | Американский колледж кардиологов |
| AHA | Американская ассоциация сердца |

Литература

- [1] Martin SS, et al. 2024 Heart disease and stroke statistics: a report of US and global data from the American Heart Association. *Circulation*. 2024 Feb;149(8):e347–e913. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001209>.
- [2] 2025 Heart disease and stroke statistics: a report of US and global data from the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 24]. Available from: <https://www.ahajournals.org/>, <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001303>.
- [3] Ostryi koronarniy sindrom bez pod'yema segmenta ST elektrokardiogrammy: klinicheskie rekomendatsii 2024. Rossiiskii Kardiologicheskii Zhurnal [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 24]. Available from: https://russjcardiol.elpub.ru/jour/article/view/6319?locale=ru_RU. In Russian: «Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации 2024 | Аверков | Российский кардиологический журнал». Просмотрено: 24 октября 2025 г. [Онлайн]. Доступно на: https://russjcardiol.elpub.ru/jour/article/view/6319?locale=ru_RU.
- [4] 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* [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 24]. Available from: <https://www.ahajournals.org/>, <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001309>.
- [5] Didier R, Gilard M. Follow-up management after an acute coronary syndrome. *ESC CardioPractice* [Internet]. [cited 2025 Oct 24]. Available from: <https://www.escardio.org/Councils/Councils>

- for-Cardiology-Practice-(CCP)/Cardiopractice/follow-up-management-after-an-acute-coronary-syndrome.
- [6] Du L, Cheng Z, Zhang Y, Li Y, Mei D. The impact of medication adherence on clinical outcomes of coronary artery disease: a meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol.* 2017 Jun;24(9):962–970. <https://doi.org/10.1177/2047487317695628>.
 - [7] 2023 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes. European Society of Cardiology (ESC) [Internet]. 2023 [cited 2025 Oct 24]. Available from: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-Coronary-Syndromes-ACS-Guidelines>.
 - [8] Dennison Himmelfarb CR, et al. Shared decision-making and cardiovascular health: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2023 Sep;148(11):912–931. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001162>.
 - [9] Zare-Kaseb A, Emami Zeydi A, Bakhtiari-Dovvombaygi H, Nazari AM. Effects of education based on teach-back methods on self-care and quality of life of patients with heart failure: a systematic review. *BMC Cardiovasc Disord.* 2024 Oct;24(1):591. <https://doi.org/10.1186/s12872-024-04264-5>.
 - [10] 2024 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations: summary from the Basic Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; and First Aid Task Forces. *Circulation* [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 24]. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001288>.
 - [11] Huriani E. Myocardial infarction patients' learning needs: perceptions of patients, family members and nurses. *Int J Nurs Sci.* 2019 Jul;6(3):294–299. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.05.001>.
 - [12] Isted A, Williams R, Oakeshott P. Secondary prevention following myocardial infarction: a clinical update. *Br J Gen Pract.* 2018 Mar;68(668):151–152. <https://doi.org/10.3399/bjgp18X695261>.
 - [13] Ibanez B, et al. Beta-blockers after myocardial infarction without reduced ejection fraction. *N Engl J Med.* 2025 Aug; <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2504735>.
 - [14] Du L, Cheng Z, Zhang Y, Li Y, Mei D. The impact of medication adherence on clinical outcomes of coronary artery disease: a meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol.* 2017 Jun;24(9):962–970. <https://doi.org/10.1177/2047487317695628>.
 - [15] Huber CA, Meyer MR, Steffel J, Blozik E, Reich O, Rosemann T. Post-myocardial infarction (MI) care: medication adherence for secondary prevention after MI in a large real-world population. *Clin Ther.* 2019 Jan;41(1):107–117. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2018.11.012>.
 - [16] Chen C, Li X, Su Y, You Z, Wan R, Hong K. Adherence with cardiovascular medications and outcomes in patients with coronary arterial disease: “real-world” evidence. *Clin Cardiol.* 2022 Dec;45(12):1220–1228. <https://doi.org/10.1002/clc.23898>.
 - [17] Kim ES, Hagan KA, Grodstein F, DeMeo DL, De Vivo I, Kubzansky LD. Optimism and cause-specific mortality: a prospective cohort study. *Am J Epidemiol.* 2017 Jan;185(1):21–29. <https://doi.org/10.1093/aje/kww182>.
 - [18] Nasyrova Z, Ismati N. Innovative methods of cardiac rehabilitation after CABG and PCI: current trends and prospects. *ARIMS.* 2025 May;4(25):132–140.
 - [19] Dennison Himmelfarb CR, et al. Shared decision-making and cardiovascular health: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2023 Sep;148(11):912–931. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001162>.
 - [20] Klein LW, Anderson HV, Cigarroa J. Shared decision-making in cardiovascular practice. *Cardiol Rev.* 2023 Feb;31(1):52–56. <https://doi.org/10.1097/CRD.0000000000000434>.
 - [21] MacDonald BJ, Turgeon RD. Incorporation of shared decision-making in international cardiovascular guidelines, 2012–2022. *JAMA Netw Open.* 2023 Sep;6(9):e2332793. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.32793>.
 - [22] Turkson-Ocran R-AN, Ogunwole SM, Hines AL, Peterson PN. Shared decision making in cardiovascular patient care to address cardiovascular disease disparities. *J Am Heart Assoc.* 2021 Oct;10(20):e018183. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.018183>.
 - [23] Consensus and position papers on prevention and rehabilitation. European Society of Cardiology (ESC) [Internet]. [cited 2025 Oct 24]. Available from: <https://www.escardio.org/Guidelines/Scientific-Documents/EAPC-Publications>.
 - [24] Thomas RJ, et al. Home-based cardiac rehabilitation: a scientific statement from the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, the American Heart Association, and the American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol.* 2019 Jul;74(1):133–153. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.008>.

- [25] Shang P, et al. Association between medication adherence and 1-year major cardiovascular adverse events after acute myocardial infarction in China. *J Am Heart Assoc.* 2019 May;8(9):e011793. <https://doi.org/10.1161/JAHA.118.011793>.
- [26] Smoking cessation strategies after acute coronary syndrome. *J Clin Med* [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 24]. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/14/4/1388>
- [27] Visseren FLJ, et al. 2021 ESC guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021 Sep;42(34):3227–3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>.
- [28] Perpetua EM, et al. JACC: Advances expert panel perspective: shared decision-making in multidisciplinary team-based cardiovascular care. *JACC Adv.* 2024 Jul;3(7):100981. <https://doi.org/10.1016/j.jacadv.2024.100981>.
- [29] Gao L, et al. Impact of continuous pharmaceutical care led by clinical pharmacists during transitions of care on medication adherence and clinical outcomes for patients with coronary heart disease: a prospective cohort study. *Front Pharmacol.* 2023;14:1249636. <https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1249636>.
- [30] Weeda E, et al. Impact of pharmacist-driven transitions of care interventions on post-hospital outcomes among patients with coronary artery disease: a systematic review. *J Pharm Pract.* 2023 Jun;36(3):668–678. <https://doi.org/10.1177/08971900211064155>.
- [31] Yadav S, Kalal N, Sharma SK, Deora S. The development and randomised feasibility trial of a nurse-led lifestyle modification follow-up programme among post-myocardial infarction patients. *J Res Nurs.* 2023 May;28(3):230–246. <https://doi.org/10.1177/17449871231163983>.
- [32] Dhanyabad A, Narayanan V. Impact of cardiac rehabilitation on quality of life of cardiac patients: a systematic review. *Int J Adv Res Med Surg Nurs.* 2022 Jul;4(2):132–136. <https://doi.org/10.33545/surgicalnursing.2022.v4.i2b.107>.
- [33] Arshed M, Mahmud AB, Minhat HS, Ying LP, Umer MF. Effectiveness of mHealth interventions in medication adherence among patients with cardiovascular diseases: a systematic review. *Diseases.* 2023 Mar;11(1):41. <https://doi.org/10.3390/diseases11010041>.
- [34] Yu C, et al. Smartphone-based application to improve medication adherence in patients after surgical coronary revascularization. *Am Heart J.* 2020 Oct;228:17–26. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2020.06.019>.
- [35] Cho J, et al. Projected cost savings with optimal medication adherence in patients with cardiovascular disease requiring lipid-lowering therapy: a multinational economic evaluation study. *J Am Heart Assoc.* 2024 Nov;13(22):e037792. <https://doi.org/10.1161/JAHA.124.037792>.
- [36] Rodriguez F, Maron DJ, Knowles JW, Virani SS, Lin S, Heidenreich PA. Association of statin adherence with mortality in patients with atherosclerotic cardiovascular disease. *JAMA Cardiol.* 2019 Mar;4(3):206–213. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2018.4936>.
- [37] Zhao B, He X, Wu J, Yan S. Adherence to statins and its impact on clinical outcomes: a retrospective population-based study in China. *BMC Cardiovasc Disord.* 2020 Jun;20(1):282. <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01566-2>.

Отказ от ответственности/Примечание издателя: Заявления, мнения и данные, содержащиеся во всех публикациях, принадлежат исключительно отдельным лицам. Авторы и участники, а Журнал и редакторы. Журнал и редакторы не несут ответственности за любой ущерб, нанесенный людям или имуществу, возникшее в результате любых идей, методов, инструкций или продуктов, упомянутых в контенте.

Disclaimer of liability/Publisher's Note: The statements, opinions and data contained in all publications belong exclusively to individuals. The authors and participants, and the Journal and the editors. The journal and the editors are not responsible for any damage caused to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products mentioned in the content.