

**ԵՐԵՎԱՆԻ ՄԻԽԻԹԱՐ ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ  
ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ**

**ԱՆԻ ԱՎԵՏԻՔԻ ՌԱՓՅԱՆ**

**ԿՈՐՈՆԱՐ ԱՆԳԻՈՊԼԱՍՏԻԿԱՅԻ ԵՐԿԱՐԱՏԵՎ ԿԱՆԽԱՏԵՍՈՒՄԸ  
ՍՐՏԱՄԿԱՆԻ ՍՈՒՐ ԻՆՖԱՐԿՏՈՎ ՏԱՐԵՑ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՄԲՈՒՄ**

ԺԴ.00.04 «Սրտաբանություն» մասնագիտությամբ  
բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի հայցման  
ատենախոսության

**ՍԵՂՄԱԳԻՐ**

**Երևան - 2026**

---

**ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМ. М. ГЕРАЦИ**

**РАПЯН АНИ АВЕТИКОВНА**

**ДОЛГОСРОЧНЫЙ ПРОГНОЗ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У  
ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**диссертация на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук  
по специальности 14.00.04 - “Кардиология”**

**Ереван – 2026**

Ատենախոսության թեման հաստատվել է Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի գիտակոորդինացիոն խորհրդի նիստում:

**Գիտական ղեկավար՝**

բ.գ.դ., պրոֆ. Սիսակյան Համայակ Սուսի

**Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝**

բ.գ.դ., պրոֆ. Չիլինգարյան Արամ Լևոնի

**Առաջատար**

բ.գ.թ. Մակարյան Յուրի Սուրիկի

**կազմակերպություն՝**

Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ

Պաշտպանությունը կայանալու է 2026թ. մարտի 20-ին՝ ժամը 15:00-ին Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի 028 «Թերապիա» մասնագիտական խորհրդի նիստում (հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0025, Կորյուն փ. 2):

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքված է 2026թ. փետրվարի 16-ին:

028 Մասնագիտական խորհրդի գիտական քարտուղար



բ.գ.դ., պրոֆ. Թունյան Լ. Գ.

---

Тема диссертации утверждена в Ереванском Государственном Медицинском Университете им. Мхитара Гераци на заседании Научно-координационного совета

**Научный руководитель:**

д.м.н., проф. Сисакян Амаяк Сосович

**Официальные оппоненты:**

д.м.н., проф. Чилингарян Арам Левонович

к.м.н. Макарян Юрий Сурикович

**Ведущая организация:**

Национальный институт здравоохранения

имени академика С. Авдалбекяна

Защита состоится 20-ого марта 2026г. в 15:00 на заседании специализированного совета 028 «Терапия» при Ереванском государственном медицинском университете им. М. Гераци (адрес: РА, г. Ереван, 0025, ул. Корюна 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЕрГМУ им. Мхитара Гераци.

Автореферат разослан 16-ого февраля 2026г.

Ученый секретарь

специализированного совета 028



д.м.н., проф. Тунян Л.Г.

## ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

### Թեմայի արդիականությունը

Սրտամկանի սուր ինֆարկտը (ՍՍԻ) շարունակում է մնալ սիրտանոթային մահացության և հաշմանդամության հիմնական պատճառներից մեկը թե՛ զարգացած, թե՛ զարգացող երկրներում: Տարիքային առաջընթացի հետ սիրտանոթային հիվանդությունների տարածվածությունը զգալիորեն ավելանում է [Galati G, Germanova O, et al., 2025; Zhu X, Ding L, et al., 2024; Alonso Salinas GL, Cepas-Guillén P, et al, 2024]: 75 տարեկանից բարձր տարիք ունեցող հիվանդները համարվում են առանձնահատուկ բարձր ռիսկի խումբ, որոնց մոտ ՍՍԻ-ն ուղեկցվում է ծանր ընթացքով, ավելի բարձր մահացությամբ և բարդություններով [Xu Z, Wang Y, et al., 2025; Colantonio LD and Bittner V, 2025; Гүлян РГ, Ушанова АМ, et al., 2021]:

Կորոնար անգիոպլաստիկան տարեցների շրջանում կազմում է ընդհանուր իրականացվող անգիոպլաստիկաների շուրջ 25-30%-ը: Չնայած վերջին տասնամյակներում բժշկագիտության կարևոր ձեռքբերումներին՝ ներառյալ ժամանակակից դեղորայքային թերապիայի և ինվազիվ միջամտությունների զարգացմանը, ՍՍԻ-ով տարեց հիվանդների բուժման մարտավարության ընտրությունը հաճախ շարունակում է մնալ վիճահարույց [Colantonio LD and Bittner V, 2025; Rout A, Moumneh MB, et al., 2024]: Միջազգային մասնագիտական կազմակերպությունների (ESC, AHA) ուղեցույցները շեշտադրում են, որ միայն տարիքը չպետք է դիտարկվի որպես հակացուցում ինվազիվ մոտեցման համար [Roffi M, Patrono C, et al., 2026; Amsterdam EA, Wenger NK, et al., 2024; Steg PG, James SK, et al., 2012; O’Gara PT, Kushner FG, et al., 2013]: Այնուամենայնիվ, իրական կլինիկական պրակտիկայում երբեմն կարող է նախընտրություն տրվել բուժման կոնսերվատիվ մոտեցմանը՝ պայմանավորված միջամտական բարդությունների բարձր ռիսկով, ուղեկցող հիվանդություններով և տարեց հիվանդներին բնորոշ խոցելիությամբ (frailty) [Alfredsson J and Alexander KP, 2016; Walker DM, Gale CP, et al., 2018]: Այս հակասությունը՝ ուղեցույցների առաջարկների և պրակտիկ իրականության միջև, ձևավորում է խնդրի արդիականությունը:

Գրականության մեջ առկա են տարբեր դիտարկումներ տարեց հիվանդների բուժման արդյունավետության վերաբերյալ: Մասնավորապես, մի շարք մեծ հետազոտություններ (After Eighty trial, RINCAL trial) ցույց են տվել, որ ինվազիվ մոտեցումը տարեցների խմբում ապահովում է կյանքի տևողության և կրկնակի ինֆարկտի կանխարգելման ավելի բարենպաստ

ելքեր [Belder A, Myat A, et al., 2021]: Միևնույն ժամանակ, կան տվյալներ, որոնք վկայում են, որ տարեց հիվանդների շրջանում միջամտական բուժումն ուղեկցվում է ոչ միայն արդյունավետությամբ, այլ նաև բարձր ռիսկերով, մասնավորապես՝ ներհիվանդանոցային արյունահոսությամբ, ստենտ-թրոմբոզների բարձր հաճախականությամբ, սուր երիկամային անբավարարությամբ [Numasawa Y, Kohsaka S, et al., 2017; Corpataux N, Spirito A, et al., 2020; Rout A, Moumneh MB, et al., 2024]: Նշված բարդություններն առաջ են բերում հետագա ուսումնասիրությունների անհրաժեշտությունը:

Տարեց հիվանդների ելքերի վրա էական ազդեցություն ունեն ուղեկցող հիվանդությունները (զարկերակային հիպերտենզիա, շաքարային դիաբետ, քրոնիկ սրտային անբավարարություն, երիկամների քրոնիկ հիվանդություն և այլն): Այս գործոնները ոչ միայն բարդացնում են ՍՍԻ-ի ընթացքը, այլև սահմանափակում են ինվազիվ միջամտությունների իրականացման հնարավորությունները [Rout A, Moumneh MB, et al., 2024]: Հատկապես բարձր է խոցելիության ռեքը, որն ապացուցված է որպես ռիսկի անկախ գործոն տարեց հիվանդների ելքերի համար: Այնուամենայնիվ, առկա հետազոտություններում խոցելիության ստանդարտացված գնահատումը հաճախ բացակայում է [Walker DM, Gale CP, et al., 2018]: Այլ գործոններից են համարվում ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակումը, հոգեկան խանգարումները, որոնք հաճախ են հանդիպում տարեցների շրջանում և կարող են բարդացնել ինվազիվ միջամտությունից հետո անհրաժեշտ լրացուցիչ բուժական մոտեցումների իրականացումը և ռեաբիլիտացիոն գործընթացը:

Վերոնշյալից ելնելով՝ սրտամկանի սուր ինֆարկտով տարեց հիվանդների բուժման ռազմավարության ընտրության հիմնավորված ուսումնասիրությունը հանդիսանում է բժշկագիտական արդի խնդիր: Այս հետազոտության նպատակը ոչ միայն միջամտական և կոնսերվատիվ բուժման երկարաժամկետ ելքերի համեմատական գնահատումն է, այլև դրանց արդյունավետության և անվտանգության հավասարակշռված վերլուծությունը: Ստացված տվյալները կարող են լրացնել առկա գիտական բացերը և նպաստել առավել հիմնավոր կլինիկական որոշումների կայացմանը:

## **Հետազոտության նպատակն ու խնդիրները**

Հետազոտության նպատակն է գնահատել սրտամկանի սուր ինֆարկտով տարեց հիվանդների շրջանում կորոնար անգիոպլաստիկայի կանխատեսումը և ռիսկերը՝ նույն տարիքային խմբի հիվանդների կոնսերվատիվ բուժման համեմատ: Ելնելով նպատակից՝ առաջադրվել են հետևյալ խնդիրները՝

1. Գնահատել սրտամկանի սուր ինֆարկտով տարեց հիվանդների շրջանում սիրտ-անոթային պատահարները՝ կորոնար անգիոպլաստիկայից հետո 3 տարվա ընթացքում, մասնավորապես՝ կրկնակի ինֆարկտը, ստենտ-թրոմբոզը, արյունահոսությունները, սիրտ-անոթային և ընդհանուր մահացությունը:
2. Վերլուծել սիրտ-անոթային պատահարների վրա հնարավոր կլինիկական գործոնների ազդեցությունը, մասնավորապես՝ ուղեկցող անեմիայի, շաքարային դիաբետի, երիկամների քրոնիկ հիվանդության, քրոնիկ սրտային անբավարարության, զարկերակային հիպերտենզիայի, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդության:
3. Դիտարկել արյունահոսությունների հաճախությունը համակցված հակաազդեգանտ թերապիայի կիրառման դեպքում և արյունահոսության փոխկապակցվածությունն ուղեկցվող կլինիկական պայթուցիկների հետ նշված խմբերում:
4. Հետազոտել ուղեցույցերով հիմնված օպտիմալ դեղորայքային բուժման կիրառման օբյեկտիվ սահմանափակումները նշված խմբերում՝ պայմանավորված հիվանդների տարիքով և ուղեկցող հիվանդություններով:

## **Գիտական նորույթը**

Հետազոտությունը համապարփակ կերպով գնահատում է սրտամկանի սուր ինֆարկտով տարեց հիվանդների երկարաժամկետ ելքերը՝ ընդգծելով բուժման տարբեր ռազմավարությունների (միջամտական և կոնսերվատիվ) ինչպես առավելությունները, այնպես էլ ռիսկերը: Ուսումնասիրվել և հայտնաբերվել է, որ սրտամկանի սուր ինֆարկտով տարեց հիվանդների շրջանում միջամտական բուժումը (կորոնար ստենտավորումը) ապահովում է զգալի բարձր ապրելիության ցուցանիշ՝ ի համեմատ կոնսերվատիվ բուժման: Ցույց է տրվել, որ կրկնակի հոսպիտալացման հավանականությունն ավելի բարձր է կոնսերվատիվ բուժման խմբում՝ ի համեմատ ինվազիվ բուժման խմբի: Հայտնաբերվել է, որ ներհիվանդանոցային մահացությունը տարեց

հիվանդների շրջանում ավելի բարձր է կոնսերվատիվ բուժման դեպքում՝ համեմատած ինվազիվ միջամտություն ստացածների:

### **Գործնական նշանակությունը**

- Ստացված արդյունքները հիմնավորում են սրտամկանի սուր ինֆարկտով տարեց հիվանդների բուժման դեպքում ինվազիվ մոտեցման կարևորությունը, սակայն որոշման կայացման ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել ինչպես հնարավոր առավելությունները, այնպես էլ միջամտության սահմանափակումներն ու ռիսկերը:
- Ստացված տվյալները կարող են կիրառվել սրտաբանության և ինտերվենցիոն սրտաբանության պրակտիկայում՝ նպաստելով տարեց հիվանդների բուժման եղանակի ընտրության օպտիմալացմանը սրտամկանի սուր ինֆարկտի դեպքում: Հետազոտությունը ցույց է տալիս, որ բուժման միջամտական և կոնսերվատիվ ռազմավարությունների արդյունավետության և անվտանգության համեմատական գնահատման համար անհրաժեշտ է բազմադիսցիպլինար մոտեցում՝ հաշվի առնելով հերիատրիկ ֆիզիոլոգիական փոփոխությունները և ուղեկցող հիվանդությունները:
- Ստացված տվյալների կիրառումը հնարավորություն է տալիս մանրամասն գնահատել սրտամկանի սուր ինֆարկտով տարեց հիվանդների կլինիկական վիճակը և նվազեցնել կրկնակի հոսպիտալացման դեպքերը, ինչը կարևոր է ոչ միայն հիվանդի կյանքի որակի, այլև առողջապահական համակարգի արդյունավետության տեսանկյունից:

### **Ատենախոսության նախնական փորձաքննություն**

Ատենախոսության հիմնական դրույթները ներկայացվել և քննարկվել են Հայաստանի սրտաբանների ասոցիացիայի XII վեհաժողովում՝ 2019 թ-ին, ԵՊԲՀ տարեկան ամփոփիչ գիտաժողովում՝ 2025թ-ին, «ESC Acute CardioVascular Care 2026» կոնգրեսին՝ 2026թ-ին:

### **Հրապարակումներ**

Ատենախոսության թեմայով ՀՀ և միջազգային պարբերականներում տպագրվել է 5 գիտական աշխատանք՝ 4 գիտական հոդված, որից 1-ը առանց համահեղինակների և 1 թեզիս:

## **Ատենախոսության կառուցվածքը և ծավալը**

Ատենախոսությունը բաղկացած է 117 էջից և ներառում է Ներածություն, չորս գլուխներ՝ «Գրականության վերլուծություն», «Հետազոտության նյութը և մեթոդները», «Հետազոտության արդյունքները», «Արդյունքների քննարկում», Եզրակացություններ, Գործնական առաջարկություններ և Գրականության ցանկ: Օգտագործված գրականության ցանկը կազմված է 138 սկզբնաղբյուրներից, որոնցից 134-ը՝ անգլալեզու և 4-ը՝ ռուսալեզու: Ատենախոսությունում առկա են 14 աղյուսակ և 12 գծապատկեր:

## **ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ**

**Հետազոտության բնութագիրը (դիզայնը):** Հետազոտությունը իրականացվել է դեպք-հսկիչ ձևաչափով՝ 3 տարվա դիտարկումով, արխիվային տվյալների և հետազոտվողի (կամ անմիջական հարազատի) հարցման արդյունքում դեպքերի գրանցման միջոցով: Հետազոտության ընթացքում օգտագործվել են «Հերացի» թիվ 1 հիվանդանոցային համալիրի ընդհանուր և ինվազիվ սրտաբանության բաժանմունքի 2012-2017 թվականների հիվանդների արխիվային տվյալները:

**Խմբերի նկարագիրը:** Հետազոտվել է սրտամկանի սուր ինֆարկտով 439 հիվանդ, որոնք բաժանվել են 3 խմբի: 1-ին խմբում ընդգրկվել է 75 տարեկանից բարձր տարիք ունեցող և կորոնար անգիոպլաստիկայի ենթարկված 58 հիվանդ (Ինտերվենցիոն բուժման խումբ՝ ԻԲԽ): 2-րդ խմբում ընդգրկվել է 75 տարեկանից բարձր տարիք ունեցող և կոնսերվատիվ բուժման ենթարկված 97 հիվանդ (Կոնսերվատիվ բուժման խումբ՝ ԿԲԽ): 3-րդ խմբում ընդգրկվել է 75 տարեկանից ցածր տարիք ունեցող և կորոնար անգիոպլաստիկայի ենթարկված 284 հիվանդ (Հսկիչ խումբ՝ ՀԽ):

Միջամտական կամ կոնսերվատիվ բուժման մոտեցման որոշումը կայացվել է հերթապահ/պատասխանատու սրտաբանի կողմից՝ հաշվի առնելով նպատակահարմարությունը, արդյունավետությունը և միջամտական կամ սկզբնական կոնսերվատիվ բուժում իրականացնելու ռիսկերը:

Մասնավորապես հաշվի են առնվել ուղեկցող հիվանդությունները, ակնկալվող կյանքի տևողությունը (<1 տարի), մեծ արյունահոսությունների առաջացման բարձր ռիսկերը:

Կատարվել է վերոնշյալ խմբերում մահացության և կրկնակի հոսպիտալացման ցուցանիշների համեմատական վերլուծություն 3 տարվա

դիտարկմամբ: Հետազոտվել է նշված ցուցանիշների փոխկապակցությունն ուղեկցող այլ հիվանդությունների հետ: Որպես ուղեկցող հիվանդություններ՝ դիտարկվել են զարկերակային հիպերտենզիան (ՁՀ), շաքարային դիաբետը (ՇԴ), քրոնիկ սրտային անբավարարությունը (ՔՍԱ), երիկամների քրոնիկ հիվանդությունը (ԵՔՀ) և թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունը (ԹՔՕՀ):

Նշված երեք խմբերում ընդգրկված հիվանդների շրջանում սրտամկանի սուր ինֆարկ ախտորոշումը դրվել է գործող ուղեցույցներում սահմանված չափանիշների համաձայն (2012 ESC/ACCF/AHA/WHF Third Universal Definition of MI) [Thygesen K, Alpert JS, et al., 2012]:

Հաշվի են առնվել արյան մեջ Տրոպոնինի մակարդակը, ԷՍԳ փոփոխությունները, կլինիկական դրսևորումները, Էխո-սրտագրական փոփոխությունները: Ելնելով ԷՍԳ փոփոխություններից՝ հիվանդները բաժանվել են երկու ենթախմբերի՝ ST սեգմենտի բարձրացումով և առանց ST սեգմենտի բարձրացման սրտամկանի սուր ինֆարկտ ախտորոշումներով:

**Վիճակագրական վերլուծությունը:** Հետազոտության ընթացքում վիճակագրական վերլուծությունը կատարվել է ոչ պարամետրիկ՝ ստուգում ըստ  $\chi^2$  գործակցի թեստով: Նկարագրական վիճակագրության կիրառմամբ բնութագրվել է դեպք-հսկիչ հետազոտությունը: Բոլոր տվյալները ենթարկվել են իրենց բաշխման բնույթի վերլուծության: Հետազոտության մասնակիցների սոցիալ-ժողովրդագրական և կլինիկական բնութագրերի նկարագրական վերլուծության համար որակական փոփոխականների դեպքում ներկայացվել են բացարձակ թվերն ու հանդիպման հաճախականությունները (n, %), իսկ քանակական փոփոխականների դեպքում՝ նորմալ բաշխման դեպքում հաշվարկվել է միջին արժեքը և ստանդարտ շեղումը (SD) կամ միջին արժեքի ստանդարտ սխալը (SE), իսկ ոչ նորմալ բաշխման դեպքում՝ մեդիանը և միջքվարտիլային միջակայքը (IQR):

Երկու անկախ խմբերի համեմատության համար կիրառվել է երկկողմանի t թեստ, իսկ նույն մասնակցի տվյալներում քանակական փոփոխականի փոփոխությունը ժամանակի ընթացքում գնահատելու համար՝ կախյալ ընտրանքների t թեստ (paired samples t-test):

Երկու և ավելի որակական փոփոխականների միջև կախվածությունը գնահատելու համար կիրառվել է համապատասխանության գործակիցը (կամ Fisher-ի ճշգրիտ թեստ՝ ըստ անհրաժեշտության): Երկու խմբերում

որակական փոփոխականների տարածվածությունը համեմատելու համար կիրառվել է z թեստ:

Նշված երեք խմբերում կատարվել է եռամյա ապրելիության և կրկնակի հոսպիտալացման ցուցանիշների վերլուծություն ըստ Կապլան-Մեյերի: Ստացված կորերի միջև տարբերությունները գնահատվել են Լոգ-Ռանկ (Log-Rank) թեստով, որը հայտնի է նաև որպես Մանտել-Կոքս (Mantel-Cox) մեթոդ: Խմբերի համեմատելիությունն ապահովելու համար կիրառվել է Propensity Score-ի մոտեցումը: PS-ի հաշվարկման համար իրականացվել է բինար լոգիստիկ ռեգրեսիա, որտեղ կախյալ փոփոխականը միջամտության ստացումն էր (1=ԻԲԽ, 0=ԿԲԽ), իսկ անկախ փոփոխականներն են՝ տարիքը, սեռը, ծխելը, քրոնիկ սրտային անբավարարությունը, երիկամների քրոնիկ հիվանդությունը և զարկերակային հիպերտենզիան: Լոգիստիկ ռեգրեսիայի մոդելից ստացվել է կանխատեսված հավանականությունը (propensity score) յուրաքանչյուր մասնակցի համար:

Այնուհետև կատարվել է PS-ի շերտավորում հինգ քվինտիլի՝ ստեղծելով համեմատելի ենթախմբեր՝ յուրաքանչյուր քվինտիլի ներսում համեմատական Propensity Score-ներով: Յուրաքանչյուր շերտում գնահատվել է միջամտության և ելքային փոփոխականների (մահացություն, կրկնակի հոսպիտալացում) միջև կապը՝  $\chi^2$  վերլուծության միջոցով: Այնուհետև ընդհանուր համակցված ազդեցության գնահատման նպատակով օգտագործվել է Mantel-Haenszel թեստը:

### **ՇԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ**

Աղյուսակ 1-ում ներկայացված են հիվանդների դեմոգրաֆիկ նկարագրերը տարբեր (երեք) խմբերում:

Ինչպես երևում է Աղյուսակ 1-ից, ՀԽ-ի հիվանդների միջին տարիքը զգալի ցածր է և այդ տարիքային տարբերությունը հնարավորություն է ընձեռնում տարիքային տարբեր խմբերում իրականացնել սրտամկանի ինֆարկտի վարման գնահատական՝ կախված տարիքից:

### Աղյուսակ 1. Հիվանդների դեմոգրաֆիկ նկարագրերը

		<b>ԻԲԽ n=58</b>	<b>ԿԲԽ n=97</b>	<b>ՀԽ n=284</b>
<b>Միջին տարիք</b>		<b>79±3.8</b>	<b>80±4.1</b>	<b>57±9.0</b>
Սեռ	Տ	22 (37.9%)	48 (49.5%)	238 (83.8%)
	Կ	36 (62%)	49 (50.5%)	46 (16.2%)
Ուղեկցող հիվանդություներ	ԹՔՕՀ	2 (3.4%)	12 (12.4%)	13 (4.6%)
	ԵՔՀ (ԿՖԱ<30)	9 (15.5%)	31 (32%)	16 (5.6%)
	ՔՍԱ (ԱՖ<35%)	18 (31%)	58 (59.8%)	21 (7.4%)
	ՇԴ	12 (20.7%)	35 (36.1%)	65 (22.9%)
	ԶՀ	50 (86.2%)	87 (89.7%)	198 (69.4%)
	Անեմիա (HGB<100)	11 (19%)	11 (11.3%)	8 (2.8%)
<b>Ծխողներ</b>		<b>6 (13.44%)</b>	<b>6 (6.2%)</b>	<b>173 (60.9%)</b>
ST-էլևացիայով ՍԻ		29 (50%)	24(24.74%)	164 (57.75%)
Առանց ST-էլևացիայի ՍԻ		29 (50%)	73(75.26%)	120 (42.25%)
ՍՍԱ		29 (50%)	31 (32%)	13 (4.6%)
<b>Բազմանոթ հիվանդություն</b>		<b>46 (79.3%)</b>	<b>-</b>	<b>189 (66.5%)</b>

ԻԲԽ- Ինֆերվենցիոն բուժման խումբ, ԿԲԽ-Կոնսերվատիվ բուժման խումբ, ՀԽ-Հսկիչ խումբ, Տ- Տղամարդ, Կ-Կին, ԹՔՕՀ- Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն, ԵՔՀ- Երիկամների քրոնիկ հիվանդություն, ԿՖԱ-Կծիկային ֆիլտրացիայի արագություն, ՔՍԱ- Քրոնիկ սրտային անբավարարություն, ԱՖ-Արտամղման ֆրակցիա, ՇԴ- Շաքարային դիաբետ, ԶՀ.- Զարկերակային հիպերտենզիա, HGB- Hemoglobin, ՍԻ-Սրտամկանի ինֆարկտ, ՍՍԱ- Սուր սրտային անբավարարություն

Հիվանդանոցային բուժման ընթացքում հետազոտվող խմբերում վերլուծվել է դեղորայքային բուժումը, որը ներկայացված է Աղյուսակ 2-ում:

Ինչպես երևում է նշված աղյուսակից, դեղորայքային բուժումն ունեցել է որոշ առանձնահատկություններ տարբեր խմբերում, ինչը պայմանավորված է անգիոպլաստիկ միջամտությամբ:

**Աղյուսակ 2.** Դեղորայքային բուժումը

	<b>ԻԲԽ n=58</b>	<b>ԿԲԽ n=97</b>	<b>ՀԽ n=284</b>
Էպտիֆիբրատիդ	31 (53.4%)	0 (0%)	204 (71.8%)
Ասպիրին	56 (96.6%)	90 (92.8%)	275 (96.8%)
Կլոպիդոգրել	57 (98.3%)	71 (73.2%)	265 (93.3%)
ԱՓՖ-ի ինհիբիտոր	39 (67.2%)	50 (51.5%)	161 (56.7%)
Յ-պաշարիչ	47 (81%)	61 (62.9%)	240 (84.5%)
Հեպարին	54 (93.1%)	50 (51.5%)	250 (88%)
Ֆոնդապարինուքս	7 (12.1%)	47 (48.5%)	54 (19%)
Սպիրոնոլակտոն	30 (51.7%)	59 (60.8%)	78 (27.5%)

*ԻԲԽ- Ինտերվենցիոն բուժման խումբ, ԿԲԽ-Կոնսերվատիվ բուժման խումբ, ՀԽ- Հսկիչ խումբ, ԱՓՖ-ինհիբիտոր- Անգիոթենզին-փոխակերպող ֆերմենտի ինհիբիտոր*

Աղյուսակ 3-ում պատկերված է Ներհիվանդանոցային արյունահոսության (ՆՀԱ) հանդիպման համեմատական նկարագրությունը դիտարկվող երեք խմբերում:

**Աղյուսակ 3.** ՆՀԱ-ի հանդիպման համեմատական նկարագրությունը

	<b>ԻԲԽ</b>		<b>ԿԲԽ</b>		<b>ՀԽ</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Այո	6	10.34%	4	4.12%	15	5.28%
Ոչ	52	89.66%	93	95.88%	269	94.72%
<b>Ընդհանուր</b>	<b>58</b>	<b>100.00%</b>	<b>97</b>	<b>100.00%</b>	<b>284</b>	<b>100.00%</b>

*ԻԲԽ- Ինտերվենցիոն բուժման խումբ, ԿԲԽ-Կոնսերվատիվ բուժման խումբ, ՀԽ-Հսկիչ խումբ*

Ստացված տվյալների համաձայն ՆՀԱ դրսևորվել է ԻԲԽ-ում հիվանդների 10.34%-ի մոտ, որն ավելի բարձր է, քան ԿԲԽ-ում և ՀԽ-ում, ինչը խոսում է այն մասին, որ տարեց հիվանդների շրջանում ինվազիվ միջամտությունն ուղեկցվում է արյունահոսության բարձր ռիսկով:

Նշված հետազոտության շրջանակում վերլուծվել է մահացության և կրկնակի հոսպիտալացման փոխկապվածությունն ուղեկցող հիվանդությունների հետ: ԻԲԽ-ում ներառված պացիենտների շրջանում ուղեկցող հիվանդությունների և ելքերի միջև վիճակագրորեն հավաստի կապ չի արձանագրվել: Սակայն դիտվել է միջամտական և սիրտանոթային բարդությունների բարձր ռիսկ երկու և ավելի ուղեկցող հիվանդությունների առկայության պարագայում: ԿԲԽ-ում արձանագրվել է միջին ուժգնության ուղիղ համեմատական կապ երիկամների քրոնիկ հիվանդության և մահերի միջև ( $p < 0.05$ ), ինչպես նաև քրոնիկ սրտային անբավարարության և մահերի միջև ( $p < 0.05$ ): Հսկիչ խմբում արձանագրվել է թույլ ուղիղ համեմատական կապ շաքարային դիաբետի և մահերի միջև ( $p < 0.05$ ), ինչպես նաև թույլ ուղիղ համեմատական կապ քրոնիկ սրտային անբավարարության և մահերի միջև և ( $p < 0.05$ ): Ելնելով համապատասխանության գործակցի արժեքից, կարող ենք փաստել, որ ձևավորված խմբերի և ուղեկցող հիվանդությունների հանդիպման հաճախականության միջև կապի բացակայության մասին զրոյական վարկածը հաստատվում է:

Միաժամանակ հարկ է նշել, որ ձևավորված խմբերի և ընտրված ելքերի հանդիպման հաճախականության միջև կապի բացակայության մասին զրոյական վարկածը ժխտվում է, իսկ պլտերնատիվն հաստատվում (Աղյուսակ 4):

**Աղյուսակ 4.** Համեմատավող խմբերում ընտրված ելքերի նկարագիրը

	Մահ	Կրկնակի հոսպիտալացում	Ստենտ-թրոմբոզ
<b>ԻԲԽ (n=58)</b>	15 (25.9%)	24 (41.4%)	1 (1.7%)
<b>ԿԲԽ (n=97)</b>	68 (70.1%)	43 (44.3%)	0 (0%)
<b>ՀԽ (n=284)</b>	13 (4.6%)	121 (42,6%)	24 (8.5%)
			$\chi^2=11.4$ $p < 0.05$

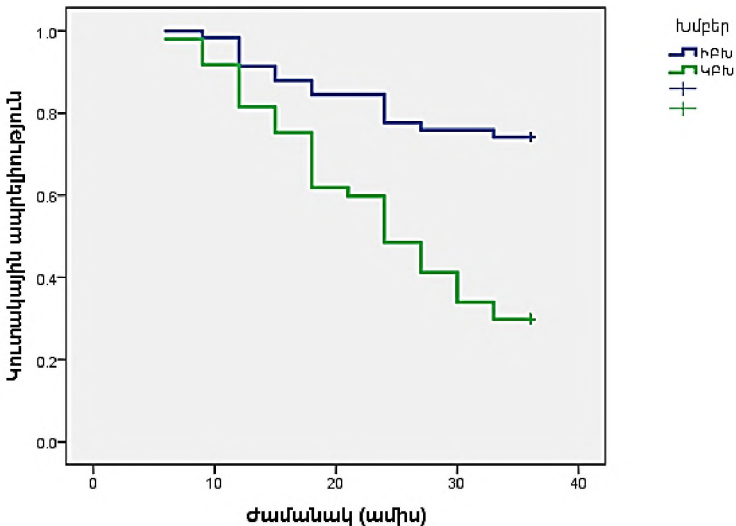
*ԻԲԽ- Ինսերվենցիոն բուժման խումբ,*

*ԿԲԽ-Կոնսերվատիվ բուժման խումբ, ՀԽ-Հսկիչ խումբ*

Նշված խմբերում կատարվել է ընդհանուր ապրելիության և կրկնակի հոսպիտալացման ցուցանիշների համեմատական վերլուծություն Կապլան-Մեյերի եղանակով: Ստացված տվյալների համաձայն 3 տարվա ապրելիության հավանականությունն էպես ավելի բարձր է ԻԲԽ-ում՝ 74.1%, ԿԲԽ-ի հետ համեմատած՝ 29.9% ( $p < 0.001$ ) (**Գծապատկեր 1**):

Բացի այդ, հիվանդի տարիքը սրտամկանի սուր ինֆարկտի ախտորոշման պահին նույնպես ազդեցություն ունի ապրելիության ցուցանիշի վրա՝ յուրաքանչյուր բուժման խմբում ավելի երիտասարդ հիվանդներն ընդհանուր առմամբ ավելի բարձր ապրելիության հավանականություն ունեն, քան տարեցները: Այս արդյունքներն ընդգծում են ինչպես բուժման մեթոդի, այնպես էլ տարիքի դերը սրտամկանի սուր ինֆարկտից հետո ապրելիության ցուցանիշի վրա երկարաժամկետ դիտարման դեպքում:

Ապրելիության միջին տևողությունը ԻԲԽ-ում կազմել է 31 ամիս (95% ՎՄ 29.35-33.65), իսկ ԿԲԽ-ում՝ 24.6 ամիս (95% ՎՄ 22.71-26.59) ( $p < 0.001$ ):

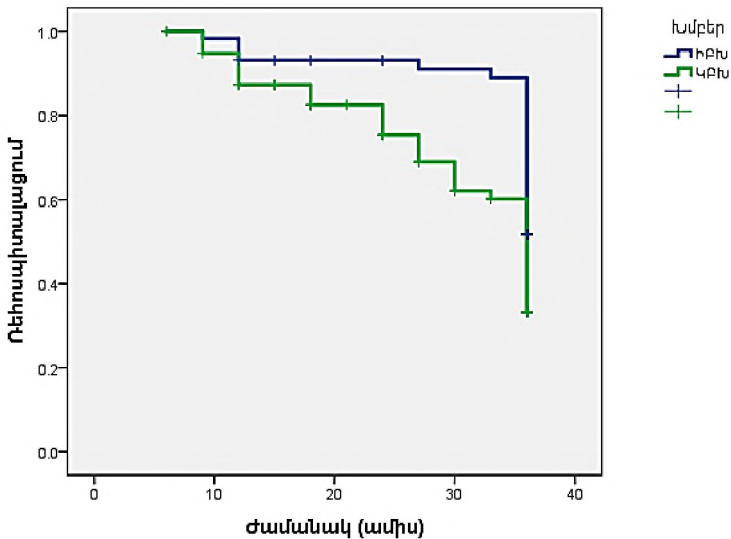


**Գծապատկեր 1.** Կապլան-Մեյերի գծապատկերը. կուտակային ապրելիության գնահատում՝ ըստ բուժման մեթոդի:

3 տարվա դիտարկման ընթացքում կրկնակի հոսպիտալացման չդիտման հավանականությունը ԻԲԽ-ում կազմել է 51.7%, իսկ ԿԲԽ-ում՝ 33.2% ( $p < 0.01$ ): Բացի այդ, տարիքը նույնպես դեր ունի՝ ավելի երիտասարդ հիվանդներին

շրջանում կրկնակի հոսպիտալացման ցուցանիշն ընդհանուր առմամբ ավելի ցածր է յուրաքանչյուր բուժման խմբում: Ստացված արդյունքներն ընդգծում են ինչպես բուժման մեթոդի, այնպես էլ տարիքի դերը սրտամկանի սուր ինֆարկտից հետո կրկնակի հոսպիտալացման դեպքում ապրելիության հավանականության վրա (**Գծապատկեր 2**):

Հոսպիտալացման չդիտման միջին տևողությունը ուսումնասիրված բոլոր հիվանդների դիտարկմամբ կազմել է 31.67 ամիս (95% ՎՄ 30.32-33.21): ԻԲԽ-ում միջին տևողությունը մինչև կրկնակի հոսպիտալացում եղել է 34.05 ամիս (95% ՎՄ 32.34-35.72), իսկ ԿԲԽ-ում՝ 30.03 ամիս (95% ՎՄ 28.13-31.93) ( $p=0.004$ ):



**Գծապատկեր 2.** Կապլան-Մեյերի գծապատկերը. կուտակային՝ կրկնակի հոսպիտալացման չդիտման գնահատումը ռիսկի տեսանկյունից՝ ըստ բուժման մեթոդի:

Հետազոտվող երեք խմբերում ուսումնասիրվել են ներհիվանդանոցային մահացության ցուցանիշները: ԻԲԽ-ում ներհիվանդանոցային մահերի թիվը 5 է՝ 8.6%, ԿԲԽ-ում՝ 20՝ 20.6%, իսկ ՀԽ-ում՝ 3՝ 1.1%: Ուղեկցող հիվանդությունների զուգահեռ վերլուծության արդյունքում ստացվել է, որ նվազած արտամղման ֆրակցիայով ՔՍԱ-ը մյուս դիտարկված ուղեկցող

հիվանդությունների համեմատ ավելի մեծ տոկոս է կազմել ներհիվանդանոցային մահերի մեջ՝ ԻԲԽ-ում կազմելով 60%, ԿԲԽ-ում՝ 80%, ՀԽ-ում՝ 67%:

## ՔՆՆԱՐԿՈՒՄ

Սրտամկանի ինֆարկտի բուժումը տարեց հիվանդների շրջանում խնդրահարույց է՝ պայմանավորված ախտորոշիչ դժվարություններով, ուղեկցող հիվանդությունների առկայությամբ և դեղորայքային բուժման կողմնակի ազդեցությունների մեծ հավանականությամբ, որոնք բարձրացնում են մահացության ռիսկն ինչպես ինֆարկտի սուր փուլում, այնպես էլ կորոնար ռեվասկուլյարիզացիայի ընթացքում: Բացի այդ, տարեց հիվանդներին բնորոշ է խոցելիության (frailty) բարձր մակարդակը, ինչը ևս բացասաբար է ազդում կանխատեսման վրա:

Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ հիվանդների տարիքի աճի հետ մեկտեղ ինվազիվ միջամտություններն ավելի հաճախ են հետաձգվում կամ չեղարկվում: Հարկ է նշել, որ տարեց հիվանդների շրջանում միջամտական բուժումն ասոցացվում է ինչպես մեծ, այնպես էլ փոքր արյունահոսությունների հետ, ինչը կարող է նպաստել մահացության ցուցանիշի վրա երկարաժամկետ դիտարկման դեպքում: Սակայն վերջին տարիներին այդ հաճախականությունը նվազել է՝ շնորհիվ հակաթրոմբոցիտար բուժման ավելի ընտրողական կիրառման:

Գործող ուղեցույցները շեշտադրում են անհատականացված մոտեցման անհրաժեշտությունը՝ հաշվի առնելով ինչպես հիվանդի կլինիկական վիճակը, այնպես էլ ուղեկցող հիվանդությունների առկայությունը: Այնուամենայնիվ, անհրաժեշտ է նշել, որ այսօր դեռևս սակավաթիվ են սրտամկանի սուր ինֆարկտով տարեց հիվանդների շրջանում ինվազիվ միջամտությունների արդյունավետությունը գնահատող ռանդոմիզացված վերահսկվող փորձարկումները, ինչն էլ նպաստում է կլինիկական որոշումների կայացման բարդացմանը: Նշված փորձարկումներն անհրաժեշտ են տարեցների շրջանում սրտամկանի սուր ինֆարկտի արդյունքների վերաբերյալ առավել վստահելի պատկերացում ստանալու համար: Այնուամենայնիվ, մեր տվյալները կարող են ունենալ կլինիկական նշանակություն՝ նման հիվանդների բուժման ռազմավարության ձևավորման համար:

Ամփոփելով հետազոտության արդյունքները՝ կարելի է նշել, որ կորոնար անգիոպլաստիկան սրտամկանի սուր ինֆարկտով տարեց հիվանդների շրջանում հանգեցնում է ապրելիության ցուցանիշի բարելավման և սիրտանոթային բարդությունների նվազման՝ 3 տարվա դիտարկման արդյունքում:

Մեր ուսումնասիրության արդյունքները խրախուսում են ինտերվենցիոն մոտեցման կիրառումը այս հիվանդների շրջանում և հաստատում են այն, որ տարեց հիվանդների խմբում միջամտական բուժման իրականացումը չպետք է ունենա ընտրողական բնույթ: Հիվանդների համալիր կլինիկական գնահատումը սրտամկանի ինֆարկտով տարեց հիվանդների շրջանում կարող է ավելի որոշիչ դեր ունենալ՝ կոնսերվատիվ կամ միջամտական բուժման մարտավարությունն ընտրելու համար:

## **ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ**

1. Բացահայտվել է, որ սրտամկանի սուր ինֆարկտով տարեց հիվանդների խմբում բուժման ինվազիվ մոտեցումը (կորոնար ստենտավորումը) ապահովում է զգալի բարձր ապրելիություն՝ ի համեմատ կոնսերվատիվի:
2. Նկատվել է, որ տարեց հիվանդների շրջանում ուսումնասիրված երկու խմբերում կրկնակի հոսպիտալացման ցուցանիշները համեմատական են, սակայն Կապլան-Մեյերի եղանակով կատարված վերլուծության համաձայն կրկնակի հոսպիտալացման հավանականությունն ավելի բարձր է կոնսերվատիվ բուժման խմբերում՝ ի համեմատ ինտերվենցիոն բուժման խմբի:
3. Արձանագրվել է վիճակագրորեն հավաստի միջին ուժգնության փոխկապակցվածություն երիկամների քրոնիկ հիվանդության, ինչպես նաև քրոնիկ սրտային անբավարարության և ելքերի միջև կոնսերվատիվ բուժման խմբում՝ ի համեմատ ինտերվենցիոն բուժման խմբի, որտեղ ուղեկցող հիվանդությունների և ելքերի միջև վիճակագրորեն հավաստի կապ չի դիտվել: Սակայն դիտվել է միջամտական և սիրտանոթային բարդությունների բարձր ռիսկ երկու և ավելի ուղեկցող հիվանդությունների առկայության պարագայում:
4. Բացահայտվել է, որ ներհիվանդանոցային մահացությունը տարեց հիվանդների շրջանում ավելի բարձր է կոնսերվատիվ բուժման դեպքում՝ ի համեմատ ինվազիվ միջամտություն ստացածների:

5. Արձանագրվել է ներհիվանդանոցային արյունահոսության ավելի բարձր հաճախականություն ինտերվենցիոն բուժման խմբում՝ ի համեմատ կոնսերվատիվի: Ինչպես նաև նկատվել է բազմակոմպոնենտ հակաթրոմբոցիտար բուժման ավելի բարձր կիրառելիություն ինտերվենցիոն բուժման խմբում՝ ի համեմատ կոնսերվատիվի:
6. Չնայած ինվազիվ բուժման ռազմավարության առավելություններին, տարեց հիվանդների շրջանում առկա են նաև որոշ ռիսկեր, ինչպիսիք են ներհիվանդանոցային արյունահոսության բարձր հաճախականությունը, ստենտ թրոմբոզի հավանականությունը:

### **ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ**

- Ստացված արդյունքների համաձայն՝ ինվազիվ մոտեցումը տարեց հիվանդների շրջանում ունի կանխատեսողական առավելություններ, սակայն պահանջում է ռիսկ-օգուտ մանրակրկիտ գնահատում և հիվանդների բուժման անհատականացված մոտեցում:
- Կլինիկական տեսանկյունից կարևոր է նշել, որ միայն տարիքը չպետք է հանդիսանա միջամտական կամ դեղորայքային բուժման ընտրության գործոն: Հիվանդների համալիր կլինիկական գնահատումը սրտամկանի սուր ինֆարկտով տարեց հիվանդների շրջանում կարող է առավել որոշիչ դեր ունենալ՝ կոնսերվատիվ կամ միջամտական բուժման մարտավարությունն ընտրելու համար:
- Օպտիմալ դեղորայքային բուժման կիրառումը սրտամկանի սուր ինֆարկտով տարեց հիվանդների խմբում ունի որոշ սահմանափակումներ, ինչը կարող է բարդացնել հիվանդների վարման գործընթացը և նպաստել անցանկալի կլինիկական ելքերի զարգացմանը:

## ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒԹՅԱՆ ԹԵՄԱՅՈՎ ՏՊԱԳՐՎԱԾ ԱՇԽԱՏԱՆՔՆԵՐԸ

1. Ռափյան Ա. Կորոնար ինվազիվ միջամտության արդյունքների վերլուծությունը տարեց հիվանդների պոպուլյացիայում սրտամկանի սուր ինֆարկտի դեպքում: Տեսական և կլինիկական բժշկության հարցեր: 2016; 5 (108): 54-57:
2. Ռափյան Ա., Պետրոսյան Լ., Ներսոյան Հ. Սրտամկանի սուր ինֆարկտով պացիենտների մահացության ցուցանիշի վերլուծությունը տարբեր տարիքային խմբերում երեք տարվա դիտարկումով: Հայաստանի սրտաբանների ասոցիացիա, XII վեհաժողով: 2019; 25-26:
3. Ռափյան Ա., Սիսակյան Հ. Կորոնար անգիոպլաստիկայի պրոգնոստիկ արդյունավետությունը սրտամկանի սուր ինֆարկտով տարեց հիվանդների պոպուլյացիայում: Բժշկություն, գիտություն և կրթություն գիտատեղեկատվական հանդես: 2022; 33: 14-17:
4. Rapyan A., Chopikyan A., Sargsyan T., Sisakian H. Comparative outcomes following percutaneous coronary intervention and conservative treatment in elderly patients with acute myocardial infarction: single center retrospective cohort analysis. The New Armenian Medical Journal. 2025; 19: 95-103.
5. Rapyan A., Chopikyan A., Jndoyan Z., Tavaratsyan A., Kocharyan A., Mahrokhian S., Sisakian H. Percutaneous coronary intervention in elderly patients: clinical benefits and challenges from single center experience. American Journal of Cardiovascular Disease. 2025;15(2):123–130.

**Рапан Ани Аветиковна**

## **ДОЛГОСРОЧНЫЙ ПРОГНОЗ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

### **Резюме**

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) продолжает оставаться одним из основных факторов глобальной сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, представляя собой значительное бремя для систем здравоохранения как в развитых, так и в развивающихся странах. Несмотря на существенный прогресс в профилактических стратегиях, диагностических методах и терапевтических вмешательствах, ОИМ по-прежнему занимает ведущие позиции среди причин неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов и летальности во всем мире. Частота сердечно-сосудистых заболеваний существенно возрастает с увеличением возраста, при этом пациенты старше 75 лет формируют группу особенно высокого риска, характеризующуюся более тяжелым клиническим течением и повышенными показателями смертности.

Хотя достижения в области фармакотерапии, реперфузионных технологий и инвазивных кардиологических вмешательств способствовали улучшению клинических исходов, выбор оптимальной тактики ведения пациентов пожилого возраста остается предметом дискуссий. Современные международные клинические рекомендации, включая документы Европейского общества кардиологов (ESC) и Американской кардиологической ассоциации (АНА), подчеркивают, что хронологический возраст сам по себе не должен рассматриваться в качестве противопоказания к инвазивному лечению. Тем не менее, в реальной клинической практике нередко отдается предпочтение консервативной тактике, что обусловлено опасениями относительно повышенного риска процедурных осложнений, наличия множественных сопутствующих заболеваний и синдрома старческой астении.

Целью данного исследования было оценить долгосрочную клиническую эффективность коронарной ангиопластики (инвазивного лечения) по сравнению с консервативным подходом у пожилых пациентов с ОИМ.

В исследование было включено 439 пациентов с ОИМ. Инвазивная группа (ИГ, n=58, ≥75 лет) подверглась коронарной ангиопластике, консервативная группа (КГ, n=97, ≥75 лет) получила стандартное консервативное лечение, контрольная группа (КГр, n=284, <75 лет) также прошла коронарную ангиопластику. Среди пожилых пациентов чаще встречались сопутствующие заболевания, включая хроническую сердечную недостаточность, хроническую болезнь почек, сахарный диабет и

артериальную гипертензию, при этом значительная часть имела признаки хрупкости или множественные сопутствующие патологии.

Анализ выживаемости по методу Каплана–Мейера показал трехлетнюю вероятность выживания 74,1% в ИГ против 29,9% в КГ ( $p < 0,001$ ). Показатели повторной госпитализации составили 51,7% в ИГ и 33,2% в КГ ( $p < 0,01$ ). Молодые пациенты (<75 лет) в контрольной группе продемонстрировали более высокую выживаемость и меньшую частоту повторных госпитализаций, что подчеркивает влияние возраста на исходы.

Статистический анализ показал, что хроническая болезнь почек и хроническая сердечная недостаточность значимо ассоциированы с летальностью в консервативной группе ( $p < 0,05$ ). Другие сопутствующие заболевания, такие как сахарный диабет, артериальная гипертензия и хроническая обструктивная болезнь легких, продемонстрировали более слабую статистическую связь с летальностью. Однако было отмечено повышение риска интервенционных и сердечно-сосудистых осложнений при наличии двух и более сопутствующих заболеваний.

Внутрибольничная смертность составила 8,6% в ИГ, 20,6% в КГ и 1,1% в контрольной группе. Сниженная фракция выброса левого желудочка способствовала более высокой доле летальных исходов во всех группах: ИГ — 60%, КГ — 80%, контрольная группа — 67%.

Результаты исследования подчеркивают важность персонализированного подхода к лечению пожилых пациентов с ОИМ. Инвазивное лечение обеспечивает значительные долгосрочные преимущества, повышая выживаемость и снижая частоту повторных госпитализаций. Хотя возраст сам по себе не должен быть противопоказанием к коронарной ангиопластике, наличие сопутствующих заболеваний и признаков слабости следует учитывать при выборе терапии. Несмотря на более высокий риск внутрибольничных кровотечений и стент-осложнений, долгосрочные клинические преимущества перевешивают эти риски. Комплексная клиническая оценка позволяет оптимизировать лечебную тактику, улучшить исходы пациентов и рационально использовать ресурсы здравоохранения.

**LONG-TERM PROGNOSIS OF CORONARY ANGIOPLASTY IN ELDERLY PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION**

**Summary**

Acute myocardial infarction (AMI) continues to represent a major contributor to global cardiovascular morbidity and mortality, imposing a substantial health burden across both developed and developing countries. Despite advances in preventive strategies, diagnostic modalities, and therapeutic interventions, AMI remains a leading cause of adverse cardiovascular outcomes and death worldwide. The incidence of cardiovascular diseases increases markedly with advancing age, with patients aged over 75 years constituting a particularly high-risk population characterized by more severe clinical presentations and higher mortality rates. Although recent advances in pharmacological therapy, reperfusion techniques, and invasive cardiovascular interventions have led to improved clinical outcomes, optimal management strategies in elderly patients remain a subject of ongoing debate. Current international guidelines, including those of the European Society of Cardiology (ESC) and the American Heart Association (AHA), underscore that chronological age alone should not be considered a contraindication to invasive treatment. Nonetheless, in real-world clinical practice, conservative management is frequently favored due to concerns regarding procedural risk, multiple comorbidities, and frailty.

The aim of this study was to evaluate the long-term clinical effectiveness of coronary angioplasty (invasive treatment) compared with conservative treatment in elderly patients with AMI.

A total of 439 patients with AMI were included. Invasive treatment group (ITG, n=58,  $\geq 75$  years) underwent coronary angioplasty, Conservative treatment group (CTG, n=97,  $\geq 75$  years) received standard non-invasive therapy and Control group (CG, n=284,  $< 75$  years) underwent coronary angioplasty. Comorbidities, including chronic heart failure, chronic kidney disease, diabetes mellitus, and arterial hypertension, were more prevalent in the elderly population, with a significant fraction displaying frailty or multiple comorbid conditions.

Kaplan–Meier survival analysis revealed a three-year survival probability of 74.1% in the ITG versus 29.9% in the CTG ( $p<0.001$ ). Rehospitalization rates were 51.7% in ITG and 33.2% in CTG ( $p<0.01$ ). Younger patients ( $<75$  years) in the control group demonstrated overall higher survival and lower rehospitalization, underscoring the influence of age on outcomes.

Statistical analysis indicated that chronic kidney disease and chronic heart failure were significantly associated with mortality in the conservative treatment group ( $p<0.05$ ). Other comorbidities, such as diabetes mellitus, arterial hypertension and chronic obstructive pulmonary disease, showed weaker statistical association with mortality.

In-hospital mortality was 8.6% in ITG, 20.6% in CTG, and 1.1% in CG. Reduced left ventricular ejection fraction contributed to a higher proportion of deaths in all groups, with ITG 60%, CTG 80%, and CG 67%.

The findings of this study emphasize the critical importance of individualized management in elderly patients with acute myocardial infarction, highlighting that invasive treatment can offer substantial long-term benefits when carefully balancing risks and expected outcomes. While age alone should not preclude coronary angioplasty, the presence of comorbidities and frailty must be carefully considered to optimize treatment decisions. The results demonstrate that invasive management is associated with higher survival rates and lower rates of rehospitalization compared to conservative approaches. Although procedural risks, including in-hospital bleeding and stent-related complications, are more common with invasive therapy, these are outweighed by the significant long-term advantages in survival and clinical outcomes. Overall, these data support the use of invasive strategies in appropriately selected elderly patients and underscore that a comprehensive clinical evaluation-taking into account comorbid conditions, frailty, and individual risk–benefit profiles-should guide therapeutic decisions, ultimately improving patient outcomes, reducing rehospitalizations, and optimizing healthcare resource utilization.

