

ԿՈՐՈՆԱՐ ԱՆԳԻՈՊԼԱՍՏԻԿԱՅԻ ԿԱՆԽԱՏԵՍՈՒՄԱՅԻՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ՍՐՏԱՄԿԱՆԻ ՍՈՒՐ ԻՆՖԱՐԿՏՈՎ ՏԱՐԵՑ ԶԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ՇՐՋԱՆՈՒՄ

Ռափյան Ա.Ա.*, Սիսակյան Յ.Ս.
ԵՊԲԶ, սրտաբանության ամբիոն

Ստացված է՝ 07.02.2022, գրախոսված է՝ 04.03.2022, ընդունված է՝ 19.04.2022

Բանալի բառեր՝ տարեց հիվանդներ, կորոնար անգիոպլաստիկա, պահպանողական բուժում, ուղեկցող հիվանդություններ, մահացություն, կրկնակի հոսպիտալացում:

Ժամանակակից սրտաբանական պրակտիկայում կորոնար ինվազիվ միջամտություն անցնող տարեց հիվանդների քանակն աստիճանաբար մեծանում է [2, 4, 22]: Մեծահասակների շրջանում սրտանոթային ռիսկի գործոնները և իշեմիկ հիվանդության դրսևորման հավանականությունն ավելի մեծ են, ուստի ռեվասկուլյարիզացիան կարևոր բուժական մոտեցում է այդ տարիքային խմբի հիվանդների համար [6,7,8]: Մյուս կողմից հաճախադեպ են տարիքային փոփոխություններով և ուղեկցող հիվանդություններով պայմանավորված բարդությունները [9,10,13]:

Մեծահասակ հիվանդների շրջանում հաճախադեպ են բրոնխիալ և հիվանդությունները, ինչպիսիք են նորագոյացությունները, ստամոքս-աղիքային համակարգի հիվանդությունները (պեպտիկ խոց, գաստրիտ), թոքերի բրոնխիալ օբստրուկտիվ հիվանդությունը, շաքարային դիաբետը, երիկամային դիսֆունկցիան, ձախ փորոքի թուլյ կծկողականությունը [1,3,17]: Հաճախադեպ են նաև կորոնար և ցերեբրովասկուլյար հիվանդությունները: Ուղեկցող հիվանդությունները և կրած ինսուլտները կորոնար անգիոգրաֆիկ հետազոտություն կատարելու դեպքում անկախ ռիսկի գործոններ են և երբեմն կարող հակացուցում լինել այն կատարելու համար [16,19,23]:

Այս տարիքային խմբում կատարված որոշ հետազոտությունների արդյունքները՝ պայմանավորված տարեցների շրջանում առաջնային միջմաշկային կորոնար միջամտությամբ, հակասական են [10,13,19,21]:

Նշված հետազոտություններում կորո-

նար անգիոպլաստիկան տարեց խմբի հիվանդների շրջանում վիճարկվում է՝ հաշվի առնելով արյունահոսության և մահացության բարձր ռիսկերը: Սակայն մյուս կողմից շեշտվում է հաջողված անգիոպլաստիկայի դրական կանխորոշման մասին: Ուստի անհրաժեշտություն է առաջանում նշված խմբի հիվանդների շրջանում մշակել լրացուցիչ մոտեցումներ՝ հիվանդության ելքի բարելավման համար:

Կլինիկական տեսանկյունից կարևոր է նշել, որ միայն տարիքը չպետք է հանդիսանա գործոն ռուտին միջամտական լուծումից հրաժարվելու համար: Զիվանդների համալիր կլինիկական գնահատումը հնարավորություն կտա գնահատել այդ հիվանդների ռիսկը հնարավոր միջամտությունից առաջ: Ուղեկցվող հիվանդությունների առկայության ուսումնասիրումը և գնահատումը որպես հնարավոր ռիսկերի և արյունահոսությունների գործոններ, կարող է հիմք հանդիսանալ նոր չափորոշիչների մշակման համար, ինչով և պայմանավորված է տվյալ հետազոտության նորույթը:

Նպատակը

Այս հետազոտության նպատակն է սրտամկանի սուր ինֆարկտով տարբեր տարիքային խմբերի հիվանդների շրջանում կատարել մահացության և ռեհոսպիտալիզացիայի ցուցանիշների համեմատական վերլուծություն երեք տարվա դիտարկմամբ, ինչպես նաև վերլուծել վերոնշյալ ցուցանիշների կապը ուղեկցող այլ հիվանդությունների հետ:

Նյութերը և մեթոդները

Հետազոտությունը իրականացվել է դեպք-հսկողության ձևաչափով արխիվային տվյալների և հետազոտվողի (կամ անմիջական հարազատի) հարցման արդյունքում դեպքերի գրանցման միջոցով:

Հետազոտության ընթացքում օգտագործվել են թիվ 1 ՀԿԶ-ի ընդհանուր և ինվազիվ սրտաբանության բաժանմունքի 2011-2016 թվականների հիվանդների արխիվային տվյալները:

* ՆԱՄԱԿԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՑԵ

Ա.Ա. Ռափյան
ԵՊԲԶ, սրտաբանության ամբիոն
Հասցե՝ ՀՀ, Երևան, 0025, Աբովյան 58
Էլ. փոստ՝ raphyanianivetik@gmail.com
Հեռ.՝ (+374) 93 40 53 69

Հետազոտվել է սրտամկանի սուր ինֆարկտով 439 հիվանդ, որոնք բաժանվել են 3 խմբի: 1-ին խմբում ընդգրկվել է 75 տարեկանից մեծ տարիք ունեցող և կորոնար անգիոպլաստիկայի (ԿԱՊ) ենթարկված 58 հիվանդ, որոնցից 22-ը՝ տղամարդ և 36-ը՝ կին: Այս խմբում հիվանդների միջին տարիքը եղել է 79±3,8: 2-րդ խմբում ընդգրկվել է 75 տարեկանից մեծ տարիք ունեցող և կոնսերվատիվ բուժման (ԿԲ) ենթարկված 97 հիվանդ, որոնցից 48-ը՝ տղամարդ, 49-ը՝ կին: Այս խմբում հիվանդների միջին տարիքը եղել է 80±4,1: 3-րդ խմբում ընդգրկվել է 75 տարեկանից փոքր տարիք ունեցող և կորոնար անգիոպլաստիկայի ենթարկված 284 հիվանդ, որոնցից 238-ը՝ տղամարդ, 46-ը՝ կին (ստուգիչ խումբ): Այս խմբում հիվանդների միջին տարիքը եղել է 57±9,0: Կատարվել է վերոնշյալ խմբերում մահացության և ռեհոսպիտալիզացիայի ցուցանիշների համեմատական վերլուծություն 3 տարվա դիտարկմամբ: Հետազոտվել է նշված ցուցանիշների փոխկապակցվածությունն ուղեկցող այլ հիվանդությունների հետ: Որպես ուղեկցող հիվանդություններ՝ դիտարկվել են զարկերակային հիպերտենզիան (ԶՀ), շաքարային դիաբետ (ՇԴ), քրոնիկական սրտային անբավարարությունը (ՔՍԱ), երիկամների քրոնիկական հիվանդությունը (ԵԶ) և թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությունը (ԹԶՕՀ):

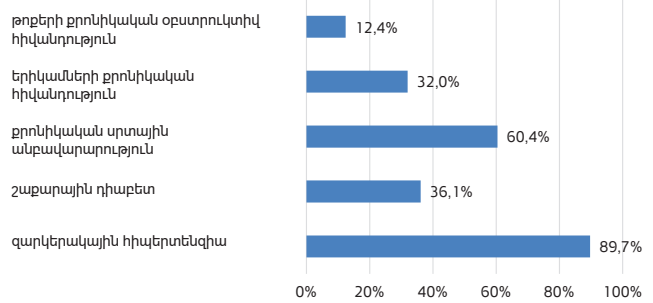
Հետազոտության ընթացքում վիճակագրական վերլուծությունը կատարվել է ոչ պարամետրիկ՝ ստուգում ըստ 2 գործակցի թեստով: Կորելյացիոն վերլուծության մեթոդով գնահատվել են ցուցանիշների միջև եղած գծային կապի առկայությունը, բնույթը և ուժգնությունը: Գնահատվել է նաև կորելյացիոն գործակցի հավաստիությունը:

Արդյունքները

ԿԱՊ խմբում ներառված հիվանդների շրջանում ուղեկցող հիվանդությունների դրսևորման հաճախականությունն ունեցել է հետևյալ նկարագիրը՝ զարկերակային հիպերտենզիա (ԶՀ)՝ 86,2%, շաքարային դիաբետ (ՇԴ)՝ 21,1%, քրոնիկական սրտային անբավարարություն (ՔՍԱ)՝ 31,0%, երիկամների քրոնիկական հիվանդություն (ԵԶ)՝ 15,5%, թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն (ԹԶՕՀ)՝ 3,4% (նկ. 1):

ԿԱՊ խմբում մահ արձանագրվել է 25,9% դեպքերում, ընդ որում՝ սրտամկանի ինֆարկտով պայմանավորված են եղել ընդհանուր մահերի 60%-ը: Կրկնակի հոսպիտալացում դիտվել է 41,4% դեպքերում, ընդ որում՝ կրկնակի ինֆարկտով պայմանավորված է եղել ռեհոսպիտալիզացիաների 41,7%-ը: Ստենտթրոմբոզ դիտվել է 1,7% դեպքերում:

ԿԱՊ խումբ



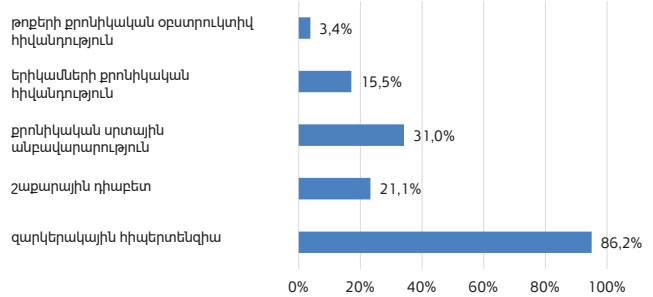
Նկ. 1. Կորոնար անգիոպլաստիկայի ենթարկված (ԿԱՊ) խմբում ներառված հիվանդների շրջանում ուղեկցող հիվանդությունների դրսևորման հաճախականության նկարագիրը

ԿԱՊ խմբում ներառված հիվանդների շրջանում ուղեկցող հիվանդությունների և ելքերի միջև վիճակագրորեն հավաստի կոռելյացիոն կապ չի արձանագրվել:

ԿԲ խմբում ներառված հիվանդների շրջանում ուղեկցող հիվանդությունների դրսևորման հաճախականությունն ունեցել է հետևյալ նկարագիրը՝ ԶՀ՝ 89,7%, ՇԴ՝ 36,1%, ՔՍԱ՝ 60,4%, ԵԶ՝ 32,0%, ԹԶՕՀ՝ 12,4% (նկ. 2):

ԿԲ խմբում մահ արձանագրվել է 70,1% դեպքերում, ընդ որում՝ սրտամկանի ինֆարկտով պայմանավորված են եղել ընդհանուր մահերի 54,4%-ը: Կրկնակի հոսպիտալացում դիտվել է 44,3% դեպքերում, ընդ որում՝ կրկնակի ինֆարկտով պայմանավորված է եղել ռեհոսպիտալիզացիաների 48,8%-ը:

ԿԲ խումբ



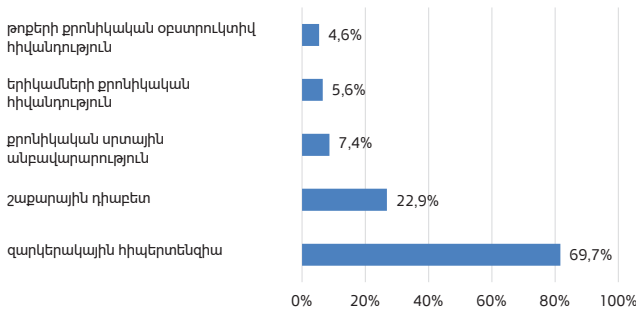
Նկ. 2. Կոնսերվատիվ բուժում ստացած (ԿԲ) խմբում ներառված հիվանդների շրջանում ուղեկցող հիվանդությունների դրսևորման հաճախականության նկարագիրը

ԿԲ խմբում արձանագրվել է միջին ուժգնության ուղիղ համեմատական կոռելյացիոն կապ երիկամների քրոնիկական հիվանդության և մահերի միջև (r=0,31, p<0,05), ինչպես նաև քրոնիկական սրտային անբավարարության և մահերի միջև (r=0,37, p<0,05):

Ստուգիչ խմբում ներառված հիվանդների շրջանում ուղեկցող հիվանդությունների դրսևորման հաճախականությունն ունեցել է հետևյալ նկարագիրը՝ ՉՂ՝ 69,7%, ՇԴ՝ 22,9%, ԶՍԱ՝ 7,4%, ԵԲՂ՝ 5,6%, ԹԲՕՂ՝ 4,6% (նկ. 3):

Ստուգիչ խմբում մահ արձանագրվել է 4,6% դեպքերում, ընդ որում՝ սրտամկանի ինֆարկտով պայմանավորված են եղել ընդհանուր մահերի 61,5%-ը: Կրկնակի հոսպիտալացում դիտվել է 42,6% դեպքերում, ընդ որում՝ կրկնակի ինֆարկտով պայմանավորված են եղել ռեհոսպիտալիզացիաների 41,3%-ը: Ստենտ թրոմբոզ դիտվել է 8,5% դեպքերում:

Ստուգիչ խումբ



Նկ. 3. Ստուգիչ խմբում ներառված հիվանդների շրջանում ուղեկցող հիվանդությունների դրսևորման հաճախականության նկարագիրը

Ստուգիչ խմբում արձանագրվել է ուղիղ համեմատական կոռելյացիոն թույլ կապ շաքարային դիաբետի և մահերի միջև ($r=0,29, p<0,05$), ինչպես նաև ուղիղ համեմատական թույլ կոռելյացիոն կապ քրոնիկական սրտային անբավարարության և մահերի միջև և ($r=0,26, p<0,05$):

Ըստ համապատասխանության գործակցի արժեքի՝ կարող ենք փաստել, որ ձևավորված խմբերի և ուղեկցող հիվանդությունների դրսևորման հաճախականության միջև կապի բացակայության մասին գրոյական վարկածը հաստատվում է:

Միաժամանակ հարկ է նշել, որ ձևավորված խմբերի և ընտրված ելքերի դրսևորման հաճախականության միջև կապի բացակայության մասին գրոյական վարկածը ժխտվում է, իսկ այլընտրանքայինը՝ հաստատվում (աղ. 1):

Աղյուսակ 1.

Ուղեկցող հիվանդությունների հանդիպման հաճախականությանը ձևավորված խմբերում

| | Մահ | Կրկնակի հոսպիտալացում | Ստենտ թրոմբոզ |
|-----------------------|------------|-----------------------|---------------|
| ԿԱՊ (n=58) | 15 (25,9%) | 24 (41,4%) | 1 (1,7%) |
| ԿԲ (n=97) | 68 (70,1%) | 43 (44,3%) | 0 |
| Ստուգիչ խումբ (n=284) | 13 (4,6%) | 121 (42,6%) | 24 (8,5%) |

$\chi^2=11,4, p<0,05$

Քննարկում

Մեր կողմից կատարված հետազոտության արդյունքները ցույց են տալիս, որ տարեց պոպուլյացիայի հիվանդների շրջանում կորոնար անգիոպլաստիկ միջամտությունը 3 տարի դիտարկման ընթացքում ուղեկցվել է մահացության նվազմամբ պահպանողական բուժում ստացող խմբի համեմատ (25,9%, 70,1%): Մինչդեռ կրկնակի հոսպիտալացումները կորոնար անգիոպլաստիկ միջամտության ենթարկված հիվանդների խմբում և պահպանողական բուժում ստացած խմբում եղել են համեմատական (41,4%; 44,3%):

Պետք է նշել, որ երկու խմբերում միջին տարիքը և ուղեկցող հիվանդությունների դրսևորման հաճախականությունը եղել են համեմատելի:

Սրտամկանի ինֆարկտի բուժումը տարեց հիվանդների պոպուլյացիայում խնդրահարույց է՝ հաշվի առնելով ախտորոշիչ դժվարությունները, ուղեկցող հիվանդությունների առկայությունը և դեղորայքային բուժման կողմնակի ազդեցությունների մեծ հավանականությունը [5,11,12]:

Չնայած միջազգային ուղեցույցներում խորհուրդ է տրվում ռուտին ինվազիվ մոտեցումը, սակայն մի շարք հետազոտություններ ցույց են տալիս, որ սրտի կաթետերավորումը տարեցների պոպուլյացիայում կարող է ուղեկցվել մեծ մահացությամբ [15,18,20]:

Մեր կողմից իրականացված հետազոտության մեջ ընդգրկված են սրտամկանի ինֆարկտով 75 և ավելի տարիք ունեցող հիվանդներ, որտեղ ապացուցվել է միջամտական մոտեցման արդյունավետությունը երկարատև դիտարկման դեպքում:

Եզրակացություն

Ռուտին միջամտական մոտեցումը սրտամկանի ինֆարկտով տարեց հիվանդների շրջանում նվազեցնում է մահացությունը 3 տարի դիտարկման ընթացքում: Կատարված հետազոտության արդյունքները հաստատում են այն, որ տարեց հիվանդների շրջանում միջամտական մոտեցման իրականացումը չպետք է ունենա ընտրողական բնույթ: Կլինի-

կական տեսանկյունից կարևոր է նշել, որ միայն տարիքը չպետք է ռուտին միջամտական լուծումից հրաժարվելու գործոն դառնա [14]: Հիվանդների համալիր կլինիկական գնահատումն այս դեպքում սրտամկանի ինֆարկտով տարեց հիվանդների շրջանում կարող է ավելի որոշիչ դեր ունենալ՝ պահպանողական կամ միջամտական բուժման մարտավարությունն ընտրելու համար:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Гулян Р.Г., Ушанова А.М., Рытова Ю.К., Певзнер Д.В., Меркулов Е.В., Бойцов С.А. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST у пациентов старческого возраста и долгожителей. Особенности лечения. Обзор литературы и клинический случай. Российский кардиологический журнал 2021;26(11):4524; doi:10.15829/1560-4071-2021-4524
2. Калашникова Ю.С., Магилевец А.И., Пек Д.В., Бабкина К.Г., Золотухин П.Ю., Гришин А.А., Гломозда Г.А., Шварев Н.Ю., Исаян М.В., Шнейдер Ю.А. Ранняя инвазивная стратегия у пациентов старше 75 лет с острым коронарным синдромом. Результаты одноцентрового исследования. Кардиология. 2019; (8):15-24
3. Antonsen L., Jensen L.O., Terkelsen C.J. et al. Outcomes after primary percutaneous coronary intervention in octogenarians and nonagenarians with ST-segment elevation myocardial infarction: From the Western Denmark heart registry. *Catheter Cardiovasc. Interv.*, 2013; 81: 912-919
4. Cimic L., Btil V., Ricci B., Vasiljevic Z., Kedev S., Gustiene O., Trinic D., Knevi B., Mili D., Dilic M., Manfrini O., Cenko E., Badimon L., Bugiardini R., Scafa-Udrite A., Tutu O., Dorobanu M. Factors associated with use of percutaneous coronary intervention among elderly patients presenting with ST segment elevation acute myocardial infarction (STEMI): Results from the ISACS-TC registry. *International Journal of Cardiology* 2016;217:S21-S26
5. Conrotto F., Scacciarella P., D'Ascenzo F. et al. Long-term outcomes of percutaneous coronary interventions or coronary artery bypass grafting for left main coronary artery disease in octogenarians (from a drug-eluting stent for left main artery registry sub-study). *Am. J. Cardiol.*, 2014; 113: 2007-2012
6. Dangas G.D., Singh H.S. Primary percutaneous coronary intervention in octogenarians: navigate with caution. *Heart* 2010; 96: 813-814
7. Devlin G., Gore J.M., Elliott J. et al. Management and 6-month outcomes in elderly and very elderly patients with high-risk non-ST-elevation acute coronary syndromes: The global registry of acute coronary events. *Eur. Heart J.*, 2008; 29: 1275-1282
8. Fach A., Bnger S., Zabrocki R., Schmucker J., Conradi P., Garstka D., Fiehn E., Hambrecht R., Wienbergen H. Comparison of Outcomes of Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Treated by Primary Percutaneous Coronary Intervention Analyzed by Age Groups (<75, 75 to 85, and >85 Years); (Results from the Bremen STEMI Registry). *Am. J. Cardiol.*, 2010;106: 1382-1388
9. Gale C.P., Cattle B.A., Woolston A., Baxter P.D., West T.H., Simms A.D. et al. Resolving inequalities in care? Reduced mortality in the elderly after acute coronary syndromes. The Myocardial Ischaemia National Audit Project 2003-2010. *European Heart Journal*. 2012;33(5):630-9. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr381>
10. Gnanenthiran S.R., Kritharides L., D'Souza M., Lowe H.C., Brieger D.B. Revascularisation compared with initial medical therapy for non-ST-elevation acute coronary syndromes in the elderly: a meta-analysis. *Heart*, 2017 Dec;103(24):1962-1969. doi: 10.1136/heartjnl-2017-311233. Epub 2017 Jun 16.
11. Guagliumi G., Stone G.W., Cox D.A. et al. Outcome in elderly patients undergoing primary coronary intervention for acute myocardial infarction: results from the Controlled Abciximab and Device Investigation to Lower Late Angioplasty Complications (CADILLAC) trial. *Circulation* 2004; 110: 1598-1604
12. Johnman C., Oldroyd K.G., Pell J.P. Elective percutaneous coronary intervention in the elderly patient. *Aging Health* 2011; 7: 271-281
13. Kolte D., Khera S., Palaniswamy C. et al. Early invasive versus initial conservative treatment strategies in octagenarians with UA/STEMI. *Am. J. Med.*, 2013; 126: 1076-1083
14. O'Neill D.E., Knudtson M.L., Kieser T.M., Graham M.M. Considerations in Cardiac Revascularization for the Elderly Patient: Age Isn't Everything. *Can. J. Cardiol.*, 2016:S0828-282X(16)30085-X
15. Rana O., Moran R., O'Kane P. et al. Percutaneous coronary intervention in the very elderly (≥ 85 years): trends and outcomes. *Br. J. Cardiol.*, 2013; 20: 27-31.
16. Rathod K., Knight C. Percutaneous coronary intervention in old age—effective or intrusive? *Br. J. Cardiol.*, 2013; 20: 6-7
17. Shan L., Saxena A., McMahon R. A systematic review on the quality of life benefits after percutaneous coronary intervention in the elderly. *Cardiology*, 2014; 129: 46-54
18. Shanmugam V.B., Harper R., Meredith I., Malaiapan Y., Psaltis P.J. An overview of PCI in the very elderly. *Journal of geriatric cardiology: JGC*. 2015; 12(2): 174-84. <https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2015.02.012>
19. Sonali R.G., Leonard K., Mario D., Harry C.L., David B.B. Revascularization compared with initial medical therapy for non-ST-elevation acute coronary syndromes in the elderly: a meta-analysis. *Heart Online First*, published on June 16, 2017 as 10.1136/heartjnl-2017-311233
20. Spoon D.B., Psaltis P.J., Singh M. et al. Trends in cause of death after percutaneous coronary intervention. *Circulation* 2014; 129: 1286-1294
21. Tegn N., Abdelnoor M., Aaberge L. et al. After Eighty study investigators. Invasive versus conservative strategy in patients aged 80 years or older with non-ST-elevation myocardial infarction or unstable angina pectoris (After Eighty study): an open-label randomised controlled trial. *Lancet*, 2016;387:1057-65
22. Wang T.Y., Gutierrez A., Peterson E.D. Percutaneous coronary intervention in the elderly. *Nat. Rev. Cardiol.*, 2011;8:79-90
23. Zuhdi A., Ahmad W., Zaki R., Mariapun J., Ali R., Sari N. et al. Acute coronary syndrome in the elderly: the Malaysian National Cardiovascular Disease Database- Acute Coronary Syndrome registry. *Singapore Medical Journal*, 2016;57(04):191-7. <https://doi.org/10.11622/smedj.2015145>

РЕЗЮМЕ

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Рапян А.А., Сисакян А.С.

ЕГМУ, Кафедра кардиологии

Ключевые слова: пожилые пациенты, коронарная ангиопластика, консервативное лечение, сопутствующие заболевания, летальность, повторная госпитализация.

Целью нашего исследования является проведение сравнительного анализа показателей летальности и повторной госпитализации среди больных различных возрастных групп с острым инфарктом миокарда за трехлетний период, а также анализ связи вышеперечисленных показателей с сопутствующими заболеваниями.

По результатам трехлетних наблюдений следует, что коронарная ангиопластика связана со снижением смертности в пожилом возрасте по сравнению с группой лиц, получавших консервативное лечение (25,9% и 70,1% соответственно). Однако повторные госпитализации были сопоставимы в группе больных, перенесших коронарную ангиопластику, и в группе консервативно леченых больных (41,4% и 44,3% соответственно).

Следует отметить, что в обеих группах средний возраст больных и частота сопутствующих заболеваний были сопоставимы.

Лечение инфаркта миокарда у пациентов пожилого возраста проблематично в связи с трудностями диагностики, наличием сопутствующих заболеваний, высокой вероятностью

развития побочных эффектов назначаемых лекарств.

Невзирая на международные рекомендации о рутинном инвазивном подходе лечения, в многочисленных исследованиях было показано, что катетеризация сердца у пожилых людей при остром инфаркте миокарда может быть связана с высокой смертностью. В наше исследование были включены пожилые пациенты (75 лет и выше) с инфарктом миокарда, у которых при длительном наблюдении была доказана эффективность интервенционного подхода.

Рутинное инвазивное вмешательство снижает смертность пожилых пациентов с инфарктом миокарда, как это было показано в течение наших трехлетних наблюдений. Результаты исследования подтверждают, что реализация интервенционного подхода лечения у пациентов пожилого возраста не должна носить избирательный характер. Следует отметить, что с клинической точки зрения возраст сам по себе не должен становиться фактором противопоказания для рутинного инвазивного вмешательства. Более решающую роль в выборе тактики консервативного или интервенционного лечения пожилых пациентов с инфарктом миокарда может сыграть комплексная клиническая оценка состояния данных больных.

SUMMARY

PREDICTIVE PERFORMANCE OF CORONARY ANGIOPLASTY IN ELDERLY PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Rapyan A.A., Sisakyan H.S.

YSMU, Department of Cardiology

Keywords: elderly patients, coronary angioplasty, conservative treatment, comorbidities, mortality, re-hospitalizations.

The purpose of this study was to perform a comparative analysis of mortality and rehabilitation rates with three-year follow-up in patients with acute myocardial infarction in different age groups and to analyze the correlations of the above mentioned indicators with comorbid diseases.

The results of our study show that coronary angioplasty is associated with the reduction of mortality in the elderly population compared with the conservative treatment at a three-year follow-up (25.9%; 70.1%). However, re-hospitalizations were comparable in the group of patients undergoing coronary angioplasty and in the group of conservative treatment (41.4%; 44.3%).

It should be mentioned that in both groups, the average age of patients and the frequency of comorbid diseases were comparable.

The treatment of myocardial infarction in elderly patients has a problematic approach, due to the difficulties of diagnosis, the presence of comorbid diseases, and the high likelihood of drug

side effects.

Numerous studies have shown that cardiac catheterization in case of acute myocardial infarction may be associated with high mortality in the elderly population. Although international guidelines recommend a routine invasive treatment approach, our study included elderly patients with myocardial infarction aged 75 years and older, for whom the effectiveness of an interventional approach was proven with long-term follow-up.

Routine invasive intervention reduces mortality in elderly patients with myocardial infarction during a three-year follow-up. The results of the study confirm that the implementation of an interventional approach should not be selective in elderly patients. It should be mentioned that the age of a patient should not be a contraindication for a routine invasive intervention. A comprehensive clinical assessment of the condition of patients may have a more decisive role for choosing the tactics of conservative or interventional treatment in case of elderly patients with myocardial infarction.