

# КП № 26 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НЕСТАБИЛНА ФОРМА НА АНГИНА ПЕКТОРИС С ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ

## 1. Минимален болничен престой - 2 дни

### 2.1 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ДИАГНОЗИ ПО МКБ 10

#### Стенокардия

##### **I20.0 Нестабилна стенокардия**

Стенокардия:

- кресчендо
- новопоявила се при усилие
- влошаваща се при усилие

Интермедиерен коронарен синдром

Прединфарктен синдром

##### **I20.1 Стенокардия с документиран спазъм**

Стенокардия:

- ангиоспастична
- на Prinzmetal
- причинена от спазъм
- вариантна

##### **I20.9 Стенокардия, неуточнена**

Стенокардия:

- БДУ
- сърдечна

Стенокарден синдром

Исхемична гръдна болка

#### Остър инфаркт на миокарда

**Включва:** инфаркт на миокарда уточнен като остър или с установена продължителност 4 седмици (28 дена) или по-малко от началотому

**Не включва:** някои текущи усложнения след остър инфаркт на миокарда (I23.—) инфаркт на миокарда:

- стар (I25.2)
- уточнен като хроничен или с установена продължителност над 4 седмици (над 28 дена) от началотому (I25.8)
- повторен (I22.—)  
постинфарктен миокарден синдром (I24.1)

##### **I21.4 Остър субендокарден инфаркт на миокарда**

Нетрансмурален инфаркт на миокарда БДУ

### 3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

#### ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

##### **Сърдечна катетеризация**

**Включва:** измерване на сърдечен дебит  
контраст разширителни криви  
стрес тест с физическо натоварване  
флуороскопия  
оксиметрия  
детекция на шънт

**Не включва:** при коронарна ангиография (38218 [668])

38200-00 Дясна сърдечна катетеризация

38203-00 Лява сърдечна катетеризация

38206-00 Дясна и лява сърдечна катетеризация

### Друга ангиография

59718-00 Флебография  
Венография  
*Не включва:* такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

### Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография  
Ангиокардиография на:  
• пулмонална клапа  
• десни:  
• предсърдие  
• камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография  
Ангиокардиография на:  
• аортна клапа  
• леви:  
• предсърдие  
• камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

### Коронарна ангиография

*Кодирай също когато е направена:*  
• аортография (59903-03 [1990])  
• вентрикулография (59903 [607])  
38215-00 Коронарна ангиография

### Ултразвук на сърце

Ехокардиография

*Включва:* такъв изпълнен:  
• използвайки:  
• мапиране с цветен поток  
• Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)  
• механично секторно сканиране  
• трансдюсер с фазово излъчване  
• с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерентрансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

55131-00 Интраваскуларен ултразвук на сърце (IVUS)

### Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]  
*Не включва:* тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

**минимум три от следните медико-диагностични изследвания:**

### 1924 Биохимична изследвания

91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол

91910-21 Клинично-химични изследвания за LDL-холестерол

91910-22 Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол

91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди

91910-28	Креатинкиназа (КК)
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35	Клинично-химични изследвания за Фосфати

#### **1934 Други лабораторни изследвания**

91911-01	Изследване на МВ фракция на креатинкиназа
91911-02	Количествено изследване на тропонин I

#### **1934 Други лабораторни изследвания**

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

### **ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ**

#### **Транслуменна коронарна ангиопластика**

*Кодирай също когато е направена:*

- коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

*Не включва:* с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

38300-00	Перкутаннатранслуменнабалоннаангиопластика на 1 коронарна артерия Перкутаннатранслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на 1 коронарна артерия
----------	---

#### **Ексцизни процедури на коронарни артерии**

*Кодирай също когато е направена:*

- коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

38309-00	Перкутаннатранслуминална коронарна ротационна атеректомия (PTCRA), 1 артерия <i>Включва:</i> балоннаангиопластика
----------	--

#### **Транслуменна коронарна ангиопластика**

*Кодирай също когато е направена:*

- коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

*Не включва:* с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

38300-00	Перкутаннатранслуменнабалоннаангиопластика на 1 коронарна артерия Перкутаннатранслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на 1 коронарна артерия
----------	---

#### **Ексцизни процедури на коронарни артерии**

*Кодирай също когато е направена:*

- коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

38309-00	Перкутаннатранслуминална коронарна ротационна атеректомия (PTCRA), 1 артерия <i>Включва:</i> балоннаангиопластика
----------	--

#### **Хирургична периферна артериална или венозна катетеризация**

*Не включва:* нехирургично прилагане на тромболитичен или химиотерапевтичен медикамент (виж блок [1920])

35317-00	Перкутанна периферна артериална или венозна катетеризация с прилагане на тромболитик или химиотерапевтик с продължителна инфузия
----------	--

### Транслуменна коронарна ангиопластика

*Кодирай също когато е направена:*

• коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

*Не включва:* с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

38303-00 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика на  $\geq 2$  коронарни артерии  
Перкутаннатранслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на  $\square$  2 коронарни артерии

### Хирургична периферна артериална или венозна катетеризация

*Не включва:* нехирургично прилагане на тромболитичен или химиотерапевтичен медикамент (виж блок [1920])

35317-00 Перкутанна периферна артериална или венозна катетеризация с прилагане на тромболитик или химиотерапевтик с продължителна инфузия

### Транслуминална коронарна ангиопластика със стентирание

Транслуменнабалоннаангиопластика

*Включва:* балоннадилатация на артерия със стент(ове) излъчващ медикамент

*Кодирай също когато е направена:*

• коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

*Не включва:* с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

38306-00 Перкутанно поставяне на 1 транслумененстент в една коронарна артерия  
Перкутанно имплантиране на 1 стент в една коронарна артерия

38306-01 Перкутанно поставяне на  $\geq 2$  транслуменнистента в една коронарна артерия  
Перкутанно имплантиране на  $\geq 2$  стента в една коронарна артерия

38306-02 Перкутанно поставяне на  $\geq 2$  транслуменнистента в множество коронарни артерии  
Перкутанно имплантиране на  $\geq 2$  стента в няколко коронарни артерии

### Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38362-00 Перкутанно поставяне на интрааортнабалонна помпа

### Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Поставяне на временен ендокарденпейсмейкър

*Не включва:* изпълнена във връзка със сърдечна хирургия – пропусни кода

38256-00 Поставяне на временен трансвенозен електрод в предсърдие

38256-01 Поставяне на временен трансвенозен електрод в камера

### Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

*Виж допълнителни знаци*

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

*Кодирай също когато е направена:*

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

*Не включва:* хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

*Виж допълнителни знаци*

*Кодирай също когато е направена:*

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-10 Интравенозно приложение на тромبوцитен инхибитор

*Виж допълнителни знаци*

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

*Кодирай също когато е направена:*

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

*Не включва:* хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

*Кодирай също когато е направена:*

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

*Не включва:* хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

**Изискване:** Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени четири основни диагностични процедури (91910-20/ 91910-21/ 91910-22/ 91910-23/ 91910-28/ 91910-33/ 91910-34/ 91910-35/ 91911-01/ 91911-02), 11700-00, 55113-00, 55131-00 или 55118-00 и една от посочените интервенционални - 38203-00 или 38215-00) и две основни терапевтични процедури (задължително е една от процедурите да е коронарна интервенция - 38300-00 или 38309-00 или 35317-00 или 38303-00 или 38306-00 или 38306-01 или 38306-02), посочени в таблица **Кодове на основни процедури**. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1924 – Биохимични изследвания и 1934 - Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират необходимите кодове от блока, като същевременно следва да бъде изпълнено условието, „Включва минимум три от следните медико-диагностични изследвания: Електролити, МВ фракция, Тропонин I - количествено изследване, Липидограма – LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При пациентите с кардиогенен шок се осъществява максимална реваскуларизация (многосъдова ПТКА със стентирание).

Националната здравноосигурителна каса при необходимост заплаща до четири стента едноактно и не повече от осем годишно за един ЗОЛ, в рамките на една календарна година, от подгрупа 4.1 „Коронарен стент“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“. За всеки поставен стент след четвъртия, съответната РЗОК извършва проверка преди заплащане.

Да се прецизира приложението на медицински изделия от подгрупите 4.1.3 и 4.1.4. само за пациенти, при които това е медицински обосновано, като се спазват индикациите за имплантирането им, както следва:

Индикациите за имплантиране на „бифуркационен“ стент от подгрупа 4.1.3 „Бифуркационни стентове“ са:

1) Стеснение на коронарна артерия, включващо изхода на голям клон с калибър над 2 мм, кръвоснабдяващ голяма зона на витален миокард.

2) Необходимо е да се документира в протокола диаметъра на страничния клон, който налага използване на бифуркационен стент и задължително да се изисква заснемане на 2 коронарни интервенционални водача поставени през бифуркационната лезия във филма на пациента.

Индикациите за имплантиране на коронарен стент без полимер при пациенти с висок риск на кървене от подгрупата 4.1.4 „Стентове без полимер за пациенти с висок риск на кървене; конусовиден, наличен втори слой, блокиращ дисталната миграция на плака и тромб; резорбируеми“ са:

Използване на комбинация с антикоагулант след ПКИ (перкутанна коронарна интервенция).

Възраст  $\geq 75$  години.

Изходен хемоглобин  $< 110\text{g/l}$  или документирана хемотрансфузия, в предходния на ПКИ месец.

Всеки документиран предшестваш хеморагичен инсулт.

Хоспитализация за остро кървене, в предходната ПКИ година.

Текуща химиотерапия.

Хронична бъбречна недостатъчност ( $eGFR < 40\text{ml/min}$ ).

Тромбоцитопения ( $PLT < 100\ 000/\text{mm}^3$ ).

Тежка чернодробна болест дефинирана, като варици на хранопровода 2-3 ст., асцит, енцефалопатия или повишен билирубин.

За пациент с висок риск от кървене се приема такъв с наличие на поне 1 критерий.

При необходимост и след преценка от лекуващия екип се прилага временна кардиостимулация. При код 38256-00 и 38256-01 „Поставяне на временна трансвенозна пейсмейкърна система“, лечебното заведение се отчита с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бланка №7 МЗ-НЗОК) и “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура”. Серийният номер на опаковката се записва във “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура” в графата „фабричен номер”. Опаковката се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. **Задължително се прави рентгенография или запис от катетеризационната процедура на пациента за верифициране позицията на електрода. Неразделна част от ИЗ на пациента става “ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА” за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната процедура.**

При нестабилна стенокардия задължително се изследват **СРК- МВ** и количествено изследване на тропонин за отдиференциране на инфаркт на миокарда.

**В рамките на 30 дни от дехоспитализацията по предходната КП, в едно и също ЛЗБП, на едно ЗЗОЛ, когато се отчитат КП № 25 и КП № 26, НЗОК заплаща само КП № 26, при условие, че са спазени изискванията за завършена КП.**

**Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.**

Извършва се оценка на риска за възникване на миокарден инфаркт или смърт при болни с остър коронарен синдром без персистираща СТ сегмент елевация според GRACE скалата в първите 24 часа.

Извършва се инвазивна диагностика на болни с НАП и установен висок и умерен риск.

Извършва се оценка на терапевтичните алтернативи за консервативно и интервенционално лечение, при наличие на подходяща коронарна анатомия.

За последващо лечение пациентът се консултира от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, като за спешни пациенти това се прави непосредствено преди изписването и задължително се отразява в ИЗ. Съответното обсъждане/съгласуване с участниците може да се извършва и дистанционно .

#### **4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА**

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология".

#### **4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ**

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена /медицинска апаратура

1. Клиника/отделение по кардиология
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часованепрекъсната дейност (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол.
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивнокардиологично лечение
4. Клиничналаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазаеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтермониторирание)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура.

Съгласно медицинския стандарт по „Кардиология“ задължителните звена по т. 1,2,3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

### **ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ**

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

<b>Задължително звено/медицинска апаратура</b>
1. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 90 минути
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

### **46. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.**

**Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:**

- в клиника/отделение по кардиология – **четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури, двама от които, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ.

- в клиника/отделение по инвазивна кардиология – двама кардиолози, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

- в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – минимум 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. По изключение се допуска 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;



**За извършване на ехокардиография на експертно ниво:** лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа (**разположение**) на ангиографската зала/катетеризационна лаборатория.

### **ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:**

- за клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите. При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален**.

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 90 минути**).

**Осигуряването на 24-часова връзка и достъп с медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" е на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.**

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

## **5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ**

### **5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.**

1. Диагностика и започване на консервативно лечение на болни с акселерирала стабилна стенокардия; новопоявила се стенокардия в покой; остър коронарен синдром без ST елевация, проявяващи се с болка и специфични за наличието на нестабилна стенокардия ЕКГ-ски промени, придружаващи болката:

- динамична депресия на ST сегмент, по-голяма от 1 мм в две и повече съседни отвеждания;
- инверсия на Т-вълна (по-голяма от 1 мм) в отвежданията с преобладаващ R-зъбец;
- преходен бедрен блок (ЛББ).

2. Оценка на риска за възникване на миокарден инфаркт или смърт при болни с остър коронарен синдром без персистираща ST сегмент елевация според GRACE скалата в първите 24 часа.

3. Инвазивна диагностика на болни с НАП и установен висок и умерен риск.

4. Оценка на терапевтичните алтернативи за консервативно и интервенционално лечение, при наличие на подходяща коронарна анатомия.

5. Осигуряване на 24-часова връзка и достъп с медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

## 56. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

### Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 6-ия час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 60-та минута от началото на хоспитализацията. Ехокардиография се извършва до 12-ия час от началото на хоспитализацията.

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

Специфични за наличието на нестабилна стенокардия са следните ЕКГ-ски промени, придружаващи болката:

- динамична депресия на ST –сегмент, по-голяма от 1 мм в две и повече съседни отвеждания;

- инверсия на Т-вълна (по-голяма от 1 мм) в отвежданията с преобладаващ R-зъбец;

- преходен бедрен блок (ЛББ).

До 24-ия час задължително се прави **оценка на риска\*** от клиничното протичане на заболяването и данните от неинвазивните лабораторни изследвания. По-нататъшното терапевтично поведение се определя от оценката на риска. При неизвършена такава оценка, клиничната пътека не се счита за завършена.

**\*Оценка на риска за възникване на миокарден инфаркт или смърт при болни с остър коронарен синдром - прави се в първите 24 часа според GRACE скала:**

[http://www.outcomes-umassmed.org/grace/acs\\_risk/acs\\_risk\\_content.html](http://www.outcomes-umassmed.org/grace/acs_risk/acs_risk_content.html)

Разпечатката от интернет страницата се прилага в ИЗ, а оценката на риска **като степен се отразява** в епикриза, съгласно следните таблици:

**Риск от болнична смъртност при пациенти с нестабилна ангина и ОКС без персистираща ST-сегмент елевация, съгласно GRACE скала**

нисък риск	1-108 т.	< 1 %
умерен риск	109 – 140 т.	1-3 %
висок риск	> 140 т.	> 3 %

**Оценката на риска** от клиничното протичане на заболяването и данните от неинвазивните лабораторни изследвания, която може да е извършена в друго ЛЗБП, задължително се отразява в ИЗ и епикриза.

Болните с нестабилна стенокардия с висок и умерен риск се хоспитализират спешно и се започва консервативно лечение, както при остър коронарен синдром.

**При болни с НАП и висок и умерен риск се провежда задължително селективна коронарна ангиография и при подходяща коронарна анатомия се осъществява спешна интервенционална лечебна процедура.**

При наличие на допълнителен рисков фактор като рецидив на ангина или миокардна исхемия, повишаване и последващо понижаване на тропонин, захарен диабет, предшестваща коронарна реваскуларизация, високорискова камерна аритмия, GFR под 60 мл/мин/1,73 кв.м., ЛК ФИ под 40%, независимо от оценката по GRACE скалата, може да се проведе селективна коронарна ангиография и при неподходяща коронарна анатомия за интервенционално лечение тези болни се насочват за оперативна реваскуларизация.

Консервативната терапия при болни с нестабилна ангина пекторис с висок и умерен риск се провежда с нитропрепарати, бета блокери, антиагреганти, антикоагуланти (нефракциониран хепарин, нискомолекулен хепарин и др.), АСЕ инхибитори, калциеви антагонисти, статини (интензивна доза), обезболяващи медикаменти (опиати).

## **6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.**

Съобразно клиничната картина, електрокардиограма, лабораторните изследвания (СК, СК-МВ, тропонин, липидограма), ехокардиографията, СКАГ.

## **7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.**

### **Медицински критерии за дехоспитализация:**

Контрол на здравето състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- стабилно клинично състояние;
- овладяване на основните патологични симптоми, в т. ч. липса на белези за миокардна исхемия в продължение на 24 часа;
- свалена превръзка, без кръвене или други усложнения от пункционното място, налагащо болнично лечение.

Обективното състояние на пациента при изписването се отразява в приложения "Фиш за дехоспитализация", който става неразделна част от История на заболяването.

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология, с квалификация в областта на ехокардиографията, притежаващ свидетелство за професионална квалификация по ехокардиография; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за професионална квалификация, с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Дигиталният носител на извършеното ангиографско изследване се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

## **8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА**

**1.ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА** се документира в "История на заболяването" (ИЗ) и в част II на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7.

**2.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ** – в "История на заболяването".

**3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:**

- "История на заболяването";

- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

**4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....)** – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от "История на заболяването".



--	--	--	--	--	--	--	--

					<b>Обща стойност:</b>		
--	--	--	--	--	-----------------------	--	--

дата на изписване:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ден	месец	година			

## **ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**

### **НЕСТАБИЛНА АНГИНА ПЕКТОРИС – КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ, АНГИОГРАФИЯ И КОРОНАРНА ИНТЕРВЕНЦИЯ**

Нестабилната ангина се проявява най-често като гръдни болки (тежест, парене, притискане), които са непредвидими, обикновено настъпват в покой и са значително по-тежки от тези при стабилната ангина. Това състояние се дължи на различни промени в коронарните артерии – възпалена “активирана” атеросклеротична плака, тромб, коронарен артериален спазъм или комбинация от изброените причини и има значително по-лоша прогноза от стабилната стенокардия.

Диагнозата се поставя по оплакванията и състоянието на пациента, серийно проследяване на ЕКГ и лабораторни изследвания. Разликата между малък миокарден инфаркт и нестабилна ангина е в положителните лабораторни проби за миокарданекроза, които също се проследяват във времето. Лечението обикновено се провежда в болница, с венозни медикаменти, които противодействат на свръхактивираната система на съсирване (антикоагуланти), антиагреганти (аспирин и др.), обезболяващи, нитроглицерин и т.н.

В понятието “нестабилна стенокардия” се включват различни по прогноза и риск пациенти. Факторите, които определят по-висок риск от смърт и усложнено протичане на заболяването включват често рецидивиращи гръдни болки в покой, особено в съчетание с промени в електрокардиограмата, съпътстващи прояви на сърдечна недостатъчност или нарушения на сърдечния ритъм, положителни лабораторни изследвания (сърдечен тропонин и други маркери за риск).

Пациентите без посочените рискови фактори са с нисък риск и се нуждаят само от медикаментозно лечение. При тези болни, след трайно обезболяване и стабилизиране, се прави велоергометричен тест преди изписването от болница. Въз основа на резултата от теста се преценява по-нататъшното поведение – лечение с медикаменти в дома под контрол на личен лекар и кардиолог или насочване към високо специализирана болница за коронарография и ревакуларизация.

Високо рисковите болни се лекуват интензивно с венозни медикаменти и прогнозата при тях се подобрява от възстановяване на нормалния кръвоток в коронарните артерии (ревакуларизация). За да се постигне ревакуларизация се прави диагностична коронарография – през артерия на ръката или крака в коронарните артерии се вкарват специални катетри под рентгенов контрол и се впръсква контрастна материя (получава се цветна снимка на коронарните артерии – артериалната система, която кръвоснабдява сърцето).

След установяване на коронарната анатомия се определя метода на ревакуларизация – интервенционален или оперативен (аортокоронарен бай-пас).

Интервенционалният метод на коронарна ревакуларизация включва балоннадилатация (разширяване) на коронарното стеснение с интракоронарен балонен катетър, като понякога се поставя и интракоронарен стент (метална мрежичка, която поддържа проходимостта на съда). След интервенционална коронарна процедура е задължително продължителното антиагрегантно лечение – аспирин за цял живот и по препоръка на лекуващия кардиолог и втори антиагрегант (най-често клопидогрел).

Оперативната ревакуларизация се прави чрез поставяне на коронарен бай-пас по хирургичен път – подробна информация може да получите от лекуващия лекар.

След изписване от болница, независимо от начина на лечение на нестабилната ангина, е наложително да съобразите начина си на живот с препоръките, които ще Ви бъдат дадени от лекуващия екип – съответна диета, двигателен режим, редовно медикаментозно лечение, строг контрол на т.нар. рискови фактори – артериална хипертония, захарен диабет, дислипидемия, затлъстяване и др. Лечението Ви в амбулаторни условия ще се провежда от Вашия личен лекар и кардиолог.