

КП № 25 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НЕСТАБИЛНА ФОРМА НА АНГИНА ПЕКТОРИС С ИНВАЗИВНО ИЗСЛЕДВАНЕ

1. Минимален болничен престой - 2 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ 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

Ишемична 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 началото

Не включва: някои тежки 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 началото (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
38207-00	Оценка на коронарния резерв, чрез прилагане на специална катетърна методика FFR
Друга ангиография	
59718-00	Флебография Венография <i>Не включва:</i> 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	
38215-00	<i>Кодирай също когато е направена:</i> • аортография (59903-03 [1990]) • вентрикулография (59903 [607]) Коронарна ангиография
Коронарна ангиография	
38215-00	<i>Кодирай също когато е направена:</i> • аортография (59903-03 [1990]) • вентрикулография (59903 [607]) Коронарна ангиография
Ултразвук на сърце	
	Ехокардиография <i>Включва:</i> 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	Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време
55131-00	Интраваскуларен ултразвук на сърце (IVUS)

Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
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
1934	Други лабораторни изследвания
91911-01	Изследване на MB фракция на креатинкиназа
91911-02	Количествено изследване на тропонин I
11208-00	Оптическа кохерентна томография (ОСТ)
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта	
38362-00	Перкутанно поставяне на интрааортнабалонна помпа
Приложение на фармакотерапия	
96199-11	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96200-11	Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант <i>Виж допълнителни знаци</i> <i>Кодирай също когато е направена:</i> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96199-10	Интравенозно приложение на тромбоцитен инхибитор <i>Виж допълнителни знаци</i>

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 три основни диагностични (като един от кодовете за коронарна ангиография от 59903-01, 59903-00, 59903-02 и 38215-00 включително е задължителен) и две основни терапевтични процедури, **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 всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура, , 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 нестабилна стенокардия задължително се изследват СРК-МВ и количествено изследване на тропонин в рамките на оценка на риска.

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

При насочване за спешно кардиохирургично лечение с престой до 1 ден – случаите подлежат на проверка.

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 нестабилна ангина пекторис (НАП) и установен висок и умерен риск.

Извършва се оценка на терапевтичните алтернативи и решение за консервативно или интервенционално лечение, като при неподходяща коронарна анатомия за интервенционално лечение пациентът се насочва за оперативна реваскуларизация.

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 интензивно кардиологично лечение
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазаология
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 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.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория

4б. 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/инвазивна детска 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**. Лечебното заведение, което осигурява в тези случаи може да е на територията на друга РЗОК.

- 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 – 150 минути**).

Осигуряването на 24-часова връзка и достъп до 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

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Диагностика и консервативно лечение при болни със:

- акселерирала стабилна стенокардия;
- новопоявила се стенокардия в покой;
- болни със съмнение за остър коронарен синдром.

2. 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.

3. Инвазивна диагностика на болни с нестабилна ангина пекторис (НАП) и установен висок и умерен риск.

4. Оценка на терапевтичните алтернативи и решение за консервативно или интервенционално лечение, като при неподходяща коронарна анатомия за интервенционално лечение пациентът се насочва за оперативна реваскуларизация.

56. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-терапевтичен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 6 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

Разпечатката от интернет страницата се прилага в ИЗ, а оценката на риска като **степен се отразява** в епикризата, 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 %

Риск от болнична смъртност при пациенти с ОКС, с персистираща ST-сегмент елевация, съгласно GRACE скала

нисък риск	49-125 т.	< 2%
умерен риск	126 – 154 т.	2-5 %

висок риск

> 155 т.

> 5 %

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 неподходяща коронарна анатомия за интервенционално лечение се насочват за оперативна реваскуларизация.

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 сепроведе 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, бетаблокери, антиагреганти, антикоагуланти (нефракциониран хепарин, нискомолекулен хепарин и др.), ACE 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 здравното 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:

- определена терапевтична стратегия;
- липса на белези за миокардна исхемия в продължение на поне 24 часа;
- свалена превръзка, без кръвене или други усложнения от пункционното място, налагащи лечение в болнични условия.

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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

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. Непредвидими са, защото оплакванията обикновено не се провокират от физическо усилие или стрес (за разлика от стабилната ангина), по-чести са, по-тежки са и най-често настъпват в покой. 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 е 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 рецидивирани 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 реваскуларизация.

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

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

Интервенционалният метод на коронарна реваскуларизация включва балоннадилатация (разширяване) на коронарното стеснение с интракоронаренбалонен катетър, като понякога се поставя и интракоронаренстент (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).

Оперативнатареваскуларизация 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.

Изход от КП № 25

„Нестабилна форма на ангина пекторис с инвазивно изследване“

Отчетен период (месец)				
1	2	3	4	5
ЕГН на пациенти по КП № 25, с извършена коронарография: кодове на процедури по КСМП: 59903-01; 59903-00; 38215-00 ; 38215-00; 38215-00	Пациенти, преминали към КП № 26 или 28	Пациенти, насочени за кардиохирургично/неврохирургично или съдово хирургично лечение	Пациенти, извън посочените в колони 2 и 3, (с болести на миокарда и перикарда, БХ,симптоматични клапни пороци, очакващи сърдечна трансплантация), показани за инвазивна оценка за изключване на коронарна болест	Пациенти, които поради нормална ангиографска находка не преминават за лечение по други клинични пътеки
общо	общо	общо	общо	общо

Отчетът по КП 25 се прилага от всички лечебни заведения, работещи по тази клинична пътека, и се предава заедно с месечните отчети.

В случай, че броят на пациентите, при които след извършена коронарография се установява ангиографска находка без патологични промени (колона 5), е над 30% от общия брой пациенти с извършена коронарография (колона 1), това е повод за извършване на проверка от НЗОК и в случаите над 30% се заплащат с 30% занижение на цената на КП.