

**КП № 16 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НЕСТАБИЛНА
ФОРМА НА АНГИНА ПЕКТОРИС/ОСТЪР МИОКАРДЕН
ИНФАРКТ БЕЗ ИНВАЗИВНО ИЗСЛЕДВАНЕ И/ИЛИ
ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ
МИНИМАЛЕН БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ 3 ДНИ**

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
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: някоитекущи 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)

I21.0 Остър трансмурален инфаркт на миокарда на предната стена

Трансмурален инфаркт (остър)(на):

- преден (предната стена) БДУ
- предно-върхов
- предно-латерален
- предно-септален

I21.1 Остър трансмурален инфаркт на миокарда на долната стена

Трансмурален инфаркт (остър)(на):

- диафрагмалната стена
- долен (долната стена) БДУ
- долно-латерален
- долно-заден

I21.2 Остър трансмурален инфаркт на миокарда с други уточнени локализации

Трансмурален инфаркт (остър):

- върхово-латерален
- базално-латерален
- висок латерален
- латерален (латералната стена) БДУ
- заден (истински)

- задно-базален
- задно-латерален
- задно-септален
- септален БДУ

I21.4 Остър субендокарден инфаркт на миокарда

Нетрансмурален инфаркт на миокарда БДУ

Повторен инфаркт на миокарда

Включва: рецидивиращ инфаркт на миокарда
Не включва: уточненкатохроничен или с
установенапродължителност над 4 седмици (над 28 дни) от
началотому (I25.8)

I22.0 Повторен инфаркт на миокарда на предната стена

Повторен инфаркт (остър)(на):

- преден (предната стена) БДУ
- предно-върхов
- предно-латерален
- предно-септален

I22.1 Повторен инфаркт на миокарда на долната стена

Повторен инфаркт (остър)(на):

- диафрагмалната стена
- долен (долната стена) БДУ
- долно-латерален
- долно-заден

I22.8 Повторен инфаркт на миокарда с друга уточнена локализация

Повторен инфаркт на миокарда (остър):

- върхово-латерален
- базално-латерален
- висок латерален
- латерален (латералната стена) БДУ
- заден (истински)
- задно-базален
- задно-латерален
- задно-септален
- септален БДУ

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

****88.72 ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК НА СЪРЦЕ**

ехокардиография (трансторакална и/или трансезофагеална)
интраваскуларен ултразвук на сърце

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

**** 89.41 СЪРДЕЧНО - СЪДОВ ТЕСТ С НАТОВАРВАНЕ (БЯГАЩА ПЪТЕЧКА)**

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

11712-00 Кардиоваскуларен стрес тест
Двустъпков тест на Master
Многоканално ЕКГ мониториране и запис по време на упражнения или фармакологичен стрес
Thallium стрес тест

Включва: непрекъснато мониториране на кръвно налягане
измерване при упражнения с:

- колело
- изкачване на стълбичка
- тредмил

запис на други параметри
ЕКГ при почивка

** 89.43 СЪРДЕЧНО - СЪДОВ СТРЕС ТЕСТ С ВЕЛОСИПЕДЕН ЕРГОМЕТЪР

11712-00 Кардиоваскуларен стрес тест
Двустъпков тест на Master
Многоканално ЕКГ мониториране и запис по време на упражнения или фармакологичен стрес
Thallium стрес тест

Включва: непрекъснато мониториране на кръвно налягане
измерване при упражнения с:

- колело
- изкачване на стълбичка
- тредмил

запис на други параметри
ЕКГ при почивка

** 89.44 ДРУГ СЪРДЕЧНО - СЪДОВ СТРЕС ТЕСТ- ФАРМАКОЛОГИЧЕН

11712-00 Кардиоваскуларен стрес тест
Двустъпков тест на Master
Многоканално ЕКГ мониториране и запис по време на упражнения или фармакологичен стрес
Thallium стрес тест

Включва: непрекъснато мониториране на кръвно налягане
измерване при упражнения с:

- колело
- изкачване на стълбичка
- тредмил

запис на други параметри
ЕКГ при почивка

ДРУГИ НЕОПЕРАТИВНИ СЪРДЕЧНИ И СЪДОВИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Изключва:
ЕКГ на плод - 75.32

**89.50 МОНИТОРИРАНЕ НА СЪРДЕЧНИЯ РИТЪМ (НА ЕКГ)

24-часово ЕКГ мониториране (тип Holter)

Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]

Включва: интерпретация и доклад за записите
анализ, базиран на микропроцесор

Не включва: такава с < 12 часа – пропусни кода

11708-00 Амбулаторен непрекъснат електрокардиографски запис

** 89.52 ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАМА ЕКГ (с 12 и повече отвеждания)

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

ЦИРКУЛАТОРНО МОНИТОРИРАНЕ

****89.61 МОНИТОРИРАНЕ НА СИСТЕМНО АРТЕРИАЛНО НАЛЯГАНЕ**

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониторинг на системно артериално налягане

****89.62 МОНИТОРИРАНЕ НА ЦЕНТРАЛНО ВЕНОЗНО НАЛЯГАНЕ**

11600-02 Мониторинг на централно венозно налягане

****89.68 МОНИТОРИРАНЕ НА СЪРДЕЧЕН МИНУТЕН ОБЕМ ЧРЕЗ ДРУГА ТЕХНИКА (ЧРЕЗ ТЕРМОДИЛУЦИОНЕН ИНДИКАТОР)**

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92056-00 Мониторинг на сърдечен дебит или кръвен ток, неклассифицирано другаде

****90.59 ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ**

Включва минимум три от следните медико-диагностични изследвания:

Електролити

МВ фракция

Тропонин I - количествено изследване

Липидограма – LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ИНСЕРЦИЯ, РЕВИЗИЯ, СМЯНА И ОТСТРАНЯВАНЕ НА ПЕЙСМЕЙКЪРНИ ПРОВОДНИЦИ, ИНСЕРЦИЯ НА ВРЕМЕННА ПЕЙСМЕЙКЪРНА СИСТЕМА ИЛИ РЕВИЗИЯ НА ДЖОБАНА ПЕЙСМЕЙКЪРА

***37.78 ПОСТАВЯНЕ НА ВРЕМЕННА ТРАНСВЕНОЗНА ПЕЙСМЕЙКЪРНА СИСТЕМА**

Изключва:

интраоперативен сърдечен пейсмейкър - 39.64

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

***99.19 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИКОАГУЛАНТИ**

Приложение на фармакотерапия

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])

Невключва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

***99.29 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ДРУГО ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО**

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 процедури, от които задължително ****90.59**, ****89.52** (11700-00), ****88.72** (55113-00 или 55118-00) и две основни терапевтични процедури, посочени в блок Кодове на основни процедури **по МКБ-9** КМ.

При усложнено протичане или висок риск, налагащо спешно инвазивно изследване и лечение, пациентът задължително се насочва в друго лечебно заведение. Клиничната пътека се счита за предсрочно завършена, ако пациентът е насочен в друго лечебно заведение за инвазивна диагностика или интервенционално лечение и са извършени задължителните диагностични и терапевтични процедури, без да е спазан минималният болничен престой.

При отчетена основна диагноза **I20.0; I 20.1 и I 20.9** задължително се отчита като **четвърта диагностична процедура *89.41** (11712-00) или ***89.43** (11712-00), с изключение на тези с умерен и висок клиничен риск.

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

Задължително се изследват СРК- МВ и количествено изследване на тропонин за диференциална диагноза нестабилна стенокардия и инфаркт на миокарда.

При код ***37.78** (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, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура”. Серийният номер на опаковката се записва във “Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната 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, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура” за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната процедура.**

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;

- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

I. 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 най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести".

1. 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, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Легла за интензивно лечение в клиника/отделение по вътрешни болести или КАИЛ/ОАИЛ
3. Клинична лаборатория, с възможност за изследване на коагулация
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиография, с възможност за неотложно 24-часово извършване.

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

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

- в звеното по кардиология в болничната структура по вътрешни болести – двама лекари със специалност по вътрешни болести, от които един със специалност по кардиология/ревмокардиология;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

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

3. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки с останалите звена на клиниката/отделението по вътрешни болести и специално с отделението за интензивно лечение на вътрешните болести, както и с болничните структури или структури извън болницата по образна диагностика, самостоятелна клиника/отделение по кардиология, притежаваща звено

заинвазивно (интервенционално) лечение, 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**. Договорът трябва да осигурява достъп на пациентите до такива специализирани звена (например препоръчително в рамките най-много на **120 минути** за пациенти с остър коронарен синдром със СТ елевация).

Осигуряването на 24-часова връзка с медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиология", "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.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Диагностика и консервативно лечение на пациенти със:

- **сигурен остър коронарен синдром (остър миокарден инфаркт) със ST сегмент елевация повече от 24 часа от началото на клиничната симптоматика или без персистираща ST сегмент елевация;**
- **суспектен остър коронарен синдром (остър миокарден инфаркт) без персистираща ST сегмент елевация;**
- **нестабилна стенокардия;**
- **акцелерирала стабилна стенокардия;**
- **новопоявила се стенокардия в покой;**
- **съмнение за остър коронарен синдром.**

2. Оценка на терапевтичните алтернативи и насочване и транспорт на пациентите с остър миокарден инфаркт за интервенционално лечение.

3. 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.

4. Насочване и транспорт на пациентите с висок и умерен клиничен риск според GRACE скалата за инвазивно изследване

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен 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 остър коронарен синдром 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 T-вълна (по-голяма от 1 мм) в отвежданията с преобладаващ R-зъбец;
- преходен бедрен блок (ЛББ).

Болните с ОКС, с персистираща ST-сегмент елевация, с давност над 24 часа, се насочват в първите 24 – 48 часа за хоспитализация към високоспециализирано ЛЗБП до 48 час, препоръчително до 24-ия час, като в ИЗ и епикризата се отбелязва ЛЗБП, към което е насочен пациентът.

При болните с ОКС, без персистираща ST-сегмент елевация 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 без персистираща ST-сегмент елевация - прави се в първите 24 часа според GRACE скалата на интернет страницата на GlobalRegistry of AcuteCoronaryEvents:

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 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 %

При наличие на висок и умерен клиничен риск болният се насочва за ранно диагностично инвазивно изследване към високоспециализирано ЛЗБП до 48 час препоръчително до 24-ия часкато в ИЗ и епикризата се отбелязва ЛЗБП, към което е насочен пациентът.

При наличие на допълнителен рисков фактор като рецидив на ангина или миокардна исхемия, повишаване и последващо понижение на тропонин, захарен диабет, предшестваща коронарна реваскуларизация, високорискова камерна аритмия, GFR под 60 мл/мин/1,73 кв.м., ЛК ФИ под 40%, пациентът може да се насочи към високоспециализирано ЛЗБП за диагностично инвазивно изследване независимо от оценката по GRACE скалата.

На изпращащото ЛЗБП се заплаща тази (настоящата) пътека, при спазени критерии за завършена клинична пътека. Болният се изписва и насочва към друго ЛЗБП за спешна коронарна ангиография и реваскуларизация със съответен транспорт (линейка с лекар, перфузори, дефибрилатор), след предварително обаждане в ЛЗБП, което ще приеме болния, което също се документира в епикризата.

След стабилизирането им, болните с нисък риск подлежат на неинвазивна оценка на коронарния резерв, последвана при необходимост от инвазивна оценка.

Болни със суспектна за стенокардия клиника и липса на данни за миокарден инфаркт, подлежат на неинвазивна и при необходимост - инвазивна диагностика.

Консервативната терапия при болни с остър коронарен синдром се провежда с нитропрепарати, бетаблокери, антиагреганти, антикоагуланти (нефракциониран хепарин,

нискомолекулен хепарин), АСЕ инхибитори, калциеви антагонисти (без нифедипин), статини, обезболяващи медикаменти.

При противопоказания или невъзможност от страна на пациента да проведе РЕП, (записани в ИЗ и в епикризата), оценката се извършва посредством фармакологичен стрес-тест, ако няма контраиндикации.

Здравни грижи.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната картина, електрокардиограма, лабораторните изследвания (СК, СК-МВ, тропонин – количествено изследване, липидограма), ехокардиографията, сърдечните стрес-тестове и/или фармакологичен стрес тест.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Болният се дехоспитализира при:

- овладяване на клиничните симптоми;
- възможност за продължаване на лечението в амбулаторни условия;
- определена терапевтична стратегия - консервативна или инвазивна, включително насочване за извършване на интервенционална процедура.

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.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредбата за диспансеризация, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложените алгоритъм в Наредбата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: чисто ВД

друго (опиши)

Ритъм: синусов

друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

нормален

друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”.

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата в отговор на постоянната и/или временна кардиостимулация, когато се налага:

- **ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ /МИ/, СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНАТА ПРОЦЕДУРА;**

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА / АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА

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 миокарднанекроза, 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 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 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 впръсква 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).

Оперативната реваскуларизация 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.