

КП № 27 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЪР КОРОНАРЕН СИНДРОМ С ФИБРИНОЛИТИК

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър инфаркт на миокарда

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

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 началото му (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

Повторен инфаркт на миокарда

Включва: рецидивиращ инфаркт на миокарда

Не включва: уточнен като хроничен или с установена продължителност над 4 седмици (над 28 дена) от началото му (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

122.8 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 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

**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

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания

ЦИРКУЛАТОРНО МОНИТОРИРАНЕ

**89.61 МОНИТОРИРАНЕ НА СИСТЕМНО АРТЕРИАЛНО НАЛЯГАНЕ

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

**89.62 МОНИТОРИРАНЕ НА ЦЕНТРАЛНО ВЕНОЗНО НАЛЯГАНЕ

11600-02 Мониториране 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 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 ПЕЙСМЕКЪРНИ ПРОВОДНИЦИ, ИНСЕРЦИЯ НА ВРЕМЕННА ПЕЙСМЕКЪРНА СИСТЕМА ИЛИ РЕВИЗИЯ НА ДЖОБА НА ПЕЙСМЕКЪРА

***37.78 ПОСТАВЯНЕ НА ВРЕМЕННА ТРАНСВЕНОЗНА ПЕЙСМЕКЪРНА СИСТЕМА**

Изключва:

интраоперативен сърдечен пейсмейкър - 39.64

Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Поставяне на временен ендокарден пейсмейкър

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

***99.10 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ТРОМБОЛИТИЧНО ВЕЩЕСТВО**

Фибринолитична терапия с тъканен плазминоген активатор

Приложение на фармакотерапия

96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент

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])

***99.19 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИКОАГУЛАНТИ**

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])

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

***99.29 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНФУЗИЯ 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)) и две основни терапевтични процедури (едната, от които е задължително ***99.10** (96199-01)), посочени в блок **Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ.**

При отчитане на направения фибринолитик (99.10 (96199-01) в РЗОК се представя сериен номер на опаковката на лекарството и при проверка в ЛЗ, подлежи на контрол.

При необходимост и след преценка от лекуващия екип се прилага временна кардиостимулация. При код ***37.78** (38256-00 или 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”. Сериеният 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.**

Извършва се конвенционална терапия, независимо от провежданата фибринолиза.

Извършва се проследяване на терапевтичния ефект от проведената фибринолиза и вземане на решение за терапевтично поведение - консервативно или интервенционално, и организиране на приема и транспорта на пациента за коронарна ангиография и реваскуларизация в първите 24 часа.

Извършва се клинична стабилизация на пациента, лечение на усложненията при хемодинамична нестабилност и рискове от транспорт в първите 24 часа.

Всички пациенти се насочват за спешно инвазивно изследване в друго лечебно заведение за ранна коронарна ангиография и/или интервенция и клиничната пътека се счита за завършена, ако няма противопоказания за транспортиране.

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".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кардиология”.

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:

- минимален брой лекари – 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 кардиология III-то ниво на компетентност, притежаваща звено за инвазивно (интервенционално) лечение, сърдечна и/или съдова хирургия - III-то ниво на компетентност, 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.

А. Диагностика на пациенти със:

- сигурен остър коронарен синдром (остър миокарден инфаркт) с персистираща ST сегмент елевация с давност до 12-я час;
- суспектен остър коронарен синдром (остър миокарден инфаркт) с персистираща ST сегмент елевация с давност до 12-я час;
- сигурен или суспектен остър коронарен синдром и новопоявил се ляв бедрен блок с давност до 12-я час;
- ниска сърдечна честота, водеща до хемодинамични нарушения, които се считат за преходни, са индицирани за временна кардиостимулация.

Б. Фибринолитично лечение при наличие на:

- давност на симптомите до 12-я час;
- продължителност на симптомите над 30 минути;
- ЕКГ данни за едно от следните показания:
 - ST елевация над 1 мм в поне 2 периферни отвеждания или 2 от прекордиалните отвеждания, V4-6;

- ST елевация над 2 мм в поне две съседни прекордиални отвеждания, V1-3;
- нововъзникнал ляв бедрен блок.

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 определяне на диагностично-лечебен план.

Конвенционална терапия, независимо от провежданата фибринолиза.

Проследяване на терапевтичния ефект от проведената фибринолиза и вземане на решение за терапевтично поведение - консервативно или интервенционално, и организиране на приема и транспорта на пациента за коронарна ангиография и реваскуларизация в първите 24 часа. – при неуспешна фибринолиза.

Клинична стабилизация на пациента, лечение на усложненията при хемодинамична нестабилност и рискове от транспорт в първите 24 часа.

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 приемането, на 30, 60, 90 и 120 минута след започване на фибринолитика и при изписването и насочването към друго ЛЗБП за спешна катетеризация и при при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения).

2.1. Начало на лечението, преди приложението на фибринолиза;

- Acidum acethylsalicylicum - ако болният не е приел;
- обезболяване;
- кислородотерапия;
- интравенозни нитрати;
- бета - блокери.

2.2. Фибринолитична терапия с тъканен плазминоген активатор

2.2.1. ФИБРИНОЛИЗА ПРИ ОСТЪР КОРОНАРЕН СИНДРОМ СЪС ST СЕГМЕНТ ЕЛЕВАЦИЯ

ПОКАЗАНИЯ	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ
1. До 12-ия час от началото на симптомите	1. Активен вътрешен кръвоизлив*
2. Продължителност на симптомите над 30 минути	2. Съмнение за аортна дисекация*
3. ЕКГ със:	3. Предишен хеморагичен мозъчен инсулт, независимо от давността; други инсулти или мозъчно-съдови усложнения с давност до 6 месеца*
а) ST елевация над 1мм в поне 2 периферни отвеждания или 2 от прекордиалните отвеждания, V ₄₋₆ или	5. Известна интракраниална неоплазма*
б) ST елевация над 2 мм в поне две съседни прекордиални отвеждания, V ₁₋₃ или	5. Тежка неконтролирана артериална хипертония при представянето (АН ≥180/110 mm Hg)**
в/ нововъзникнал ЛББ	6. Анамнеза за предшествващ мозъчно-съдов инцидент или известна интрацеребрална патология, непокриваща посочените горе противопоказания**
	7. Прилагане на антикоагуланти в терапевтични

	дози (INR \geq 2 - 3), известна хеморагична диатеза** 8. Скорошна травма или дълготрайна (повече от 10 минути) кардиопулмонална ресусцитация, или голяма операция (до 3 седмици)** 9. Некомпресирана скорошна съдова пункция** 10. Скорошен (до 2-4 седмици) вътрешен кръвоизлив** 11. Бременност** 12. Активна пептична язва** 13. Анамнеза за хронична тежка хипертония**
Пациентът е подходящ за фибринолиза, ако отговаря ЕДНОВРЕМЕННО на т. 1, 2 и 3	Пациентът е неподходящ за фибринолиза, ако има поне едно от тези противопоказания

* абсолютни противопоказания

**релативни противопоказания

ПОВЕДЕНИЕ	ИЗСЛЕДВАНИЯ
1. Ацетизал 250 - 500 мг, сдъвкан (освен, ако не е приел дозата в същия ден преди постъпването)	1. Проследяване на болката до 120-та минута
2. Фибринолитик венозно	2. ЕКГ – на 30, 60, 90 и 120-та минута от началото на инфузията с фибринолитик
3. Две периферни венозни линии	3. Ензими с КК-МВ – в началото и на 120-та минута от инфузията с фибринолитик

2. 3. Останалата (конвенционална) терапия, независимо от провеждането или не на фибринолиза, включва:

- нитропрепарати;
- бета блокери;
- антиагреганти (тромбоцитни антиагреганти);
- антикоагуланти (нефракциониран хепарин); нискомолекулярни хепарини;
- АСЕ инхибитори;
- калциеви антагонисти (без нифедипин) - при съответни индикации;
- статини/ фибрати;
- обезболяващи медикаменти (опиати и др.)

2. 4. Лечение според клиничното протичане – към конвенционалната терапия:

А) Нискодебитна сърдечна недостатъчност: кислород, катехоламини интравенозно, мониториране на хемодинамиката с плаващ катетър тип Swan-Ganz/при показания/, поставяне на интрааортна балонна помпа (при показания), преценка за инвазивна диагностика.

Б) Пълнен AV блок – атропин, поставяне на временен венозен електрокардиостимулатор, при персистиране на проводните нарушения след 25-я ден – преценка за постоянен електрокардиостимулатор.

В) Застойна сърдечна недостатъчност – кислород, диуретици, АСЕ инхибитори, венозен нитрат, апаратна вентилация (при показания).

Г) Предсърдно мъждене - възстановяване на синусов ритъм с медикаменти или електрокардиоверсия, нефракциониран хепарин.

Д) Камерни аритмии - антиритъмна терапия или електрическа регуларизация.

Е) Рекурентна исхемия – нитрат (венозно или перорално), бета-блокери до постигане на бета-блокада, Са антагонист, нефракциониран хепарин, нискомолекулярен хепарин, преценка за инвазивна диагностика.

Ж) Пациенти с ниска сърдечна честота, водеща до хемодинамични нарушения, които се считат за преходни са индицирани за временна кардиостимулация.

Стандартното лечение се продължава с антиагреганти, бета-блокери, АСЕ-инхибитори, статини/фибриати, нитрати при показания, нефракциониран хепарин (до 48-я час, след това само при определени болни).

Критерии за успешна фибринолиза – овладяване на болката, спад на ST елевацията с $\geq 50\%$ (като сума от елевацията във всички отвеждания в инфарктната зона), ранен пик на ензимите, повишаване на СК-МВ над 2 пъти на втория час след началото на фибринолизата.

Пациентите след проведена фибринолиза се изписват и насочват (в първите 24 часа) към друго ЛЗБП за инвазивно изследване и ревакуларизация. Насочването в друго ЛЗБП става с епикриза, в която са отразени индикациите за фибринолиза, вид и доза на фибринолитика, точни часове на начало и край на фибринолизата, усложнения от фибринолизата и/или от инфаркта, пълна информация за проведеното лечение (с часове и дози), резултатите от лабораторните изследвания или телефон за връзка ако не са получени до момента на изписването, с приложени серийни ЕКГ по време и след фибринолиза. Болният се изписва и насочва към друго ЛЗБП за спешна коронарна ангиография и ревакуларизация в стабилно хемодинамично състояние и със съответен транспорт (линейка с лекар, перфузори, дефибрилатор) след предварително обаждане в ЛЗБП, което ще приеме болния, което също се документира в епикризата.

Контролни клинично- лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой.

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, електрокардиограмата, лабораторните и инструментални изследвания (СК, СК-МВ, ехокардиография).

4. 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 терапевтичния ефект от проведената фибринолиза;

- при успешна фибринолиза - овладяване на болката, спад на ST елевацията с $\geq 50\%$ (като сума от елевацията във всички отвеждания в

инфарктната зона), ранен пик на ензимите, повишаване на СК-МВ над 2 пъти на втория час след началото на фибринолизата;

- при хемодинамична нестабилност и рискове от транспорта в първите 24 часа - осигурена клинична стабилизация на пациента и овладяване на усложненията.

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 /PM):

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:

- **ФИШ ЗА ЛЕЧЕНИЕ С АКТИВАТОР НА ТЪКАНИЯ ПЛАЗМИНОГЕН ИЛИ ФИБРИН-НЕСПЕЦИФИЧЕН ФИБРИНОЛИТИК.**

Фишът за лечение с Фибринолитична терапия с тъканен плазминоген активатор става неразделна част от ИЗ на пациента.

Флаконите, употребени при лечение, да се съхраняват в клиниката или отделението до 1 година и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП №

(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:

.....

ЕГН

ИЗ №:

ЛЕЧЕНИЕ с Фибринолитична терапия с тъканен плазминоген активатор – фабричен № на флакона.....

Обща стойност:							

дата на изписване: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> ден месец година </div>		
Директор на лечебното заведение: <div style="text-align: center; font-size: x-small;">подпис и печат на лечебното заведение</div>	Лекар, вложил МИ: <div style="text-align: center; font-size: x-small;">фамилия, подпис</div>	

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ОСТЪР МИОКАРДЕН ИНФАРКТ – ЛЕЧЕНИЕ С ФИБРИНОЛИТИК

Острият инфаркт на миокарда е животозастрашаващо състояние. Дължи се на запушване на артериален кръвоносен съд на сърцето (коронарна артерия) от тромб (съсирек). Тромбът обикновено се натрупва върху “активирана” атеросклеротична плака. Когато кръвоснабдяването на част от сърцето се наруши, след запушения участък мускулът на сърцето умира и това е миокардният инфаркт. Колкото по-бързо се възстанови кръвоснабдяването, толкова по-малък е инфарктът и по-редки са усложненията му.

Целта на лечението е максимално бързо запушеният участък да стане проходим за кръвта. Най-добре е тази реканализация при остър миокарден инфаркт да бъде постигната в първите 12 часа от началото му (колкото по-рано, толкова по-добре) и когато в електрокардиограмата е налице СТ елевация. Това се постига в интензивно отделение с венозно приложени лекарства или с механично отпушване чрез интракоронарна процедура.

Лечението с фибринолитичен агент цели разбиване на тромба, който е запушил коронарната артерия и е причинил инфаркта. Това лечение е най-широко прилаганото третиране на острия инфаркт и е достъпно във всяка болница. В хода на фибринолизата могат да се получат някои аритмии, които посочват, че е възстановен кръвотока. Могат да се получат и някои усложнения, като кръвоизливи в различни системи на тялото, включително в мозъка, които да инвалидизират пациента. При спазени показания и противопоказания мозъчна хеморагия се получава изключително рядко. В първите няколко дни след фибринолиза се продължава лечението с венозни антикоагуланти (хепарин) при съответен лабораторен контрол.

Съществуват два вида фибринолитици – фибрин-специфични и фибрин-неспецифични. Фибрин-специфичните фибринолитици (тъканният активатор на плазминогена, рапилизин и др.) са получени по пътя на генното инженерство продукти

от човешки клетки и действат само върху фибриногена в образуваните тромби, нискоалергенни са и са с кратък полуживот, което налага успоредното прилагане на хепарин или нискомолекулни хепарини за поне 48 часа.

Фибрин - неспецифичният фибринолитик стрептокиназа е препарат, получен от стрептококи, по-често дава алерични реакции, атакува както фибрина в образуваните тромби, така и фибриногена в системното кръвообращение, поради което дава продължителни отклонения в коагулационния статус, не изисква едновременно приложение на хепарин или нискомолекулен хепарин.

Когато са изминали повече от 12 часа от началото на инфаркта, когато в електрокардиограмата липсва СТ елевация, или когато са налице противопоказания за фибринолитична терапия, лечението се провежда с венозни лекарства в интензивно отделение, без да се прилага венозна фибринолиза.

Ако инфарктът е голям, той може да доведе до усложнения, които могат да застрашат живота на пациента – ритъмни и проводни нарушения, сърдечна недостатъчност, рецидив на миокардна исхемия и болки в гърдите, разкъсване на миокард или на поддържащия апарат на митралната клапа. Лечението се извършва с активното съдействие на болния и спазване на всички инструкции, дадени от лекаря, сестрата и рехабилитатора. Престоят в болницата може да бъде удължен, когато се налагат допълнителни диагностични процедури и лечебни мерки.

Ако след инфаркта болките в гърдите продължат, може да се наложи сърдечна катетеризация, чрез която да се прецени дали да се извърши разширяване на артерия на сърцето или болния да бъде опериран – да се постави бай-пас.

След инфаркта трябва да се промени начина на живот (диетична храна, без тютюнопушене, подходящ двигателен режим, нормализиране на холестерола и кръвната захар) и непрекъснато да се приемат назначените лекарства, които намаляват вероятността от усложнения или друг инфаркт.