

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ МИОКАРДЕН ИНФАРКТ-  
СЕКУНДАРНА ПРЕВЕНЦИЈА**

**Член 1**

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при миокарден инфаркт-секундарна превенција.

**Член 2**

Начинот на медицинското згрижување при миокарден инфаркт- секундарна превенција е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

**Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при миокарден инфаркт- секундарна превенција по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

**Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-3156/1  
09 март 2015 година  
Скопје

**МИНИСТЕР**  
**Никола Тодоров**

---

---

# **МИОКАРДЕН ИНФАРКТ – секундарна превенција**

**Секундарна превенција во примарната и во секундарната  
нега за пациентите по миокарден инфаркт**

Објавено: ноември 2013 год.

**NICE клинички упатства 172**  
[guidance.nice.org.uk/cg172](http://guidance.nice.org.uk/cg172)

---

# Содржина

<b>Вовед</b> .....	<b>1</b>
Препораки за медикаменти .....	2
<b>Пациентот во центарот на грижата</b> .....	<b>3</b>
<b>Клучни приоритети за имплементација</b> .....	<b>4</b>
Срцева рехабилитација по акутен миокарден инфаркт (МИ) .....	4
Промена на животниот стил по МИ .....	4
Медикаментозна терапија .....	4
Разговор за дијагнозата и совет .....	5
<b>1. Препораки</b> .....	<b>6</b>
1.1 Срцева рехабилитација по акутен миокарден инфаркт (МИ) .....	6
1.2 Промена на животниот стил по МИ .....	9
1.3 Терапија со лекови .....	11
1.4 Коронарна ревакуларизација по МИ .....	16
1.5 Селектирани пациенти под групи .....	16
1.6 Дискусија за дијагнозата и совети .....	16
<b>2. Препораки за истражување</b> .....	<b>17</b>
2.1 Кај пациенти кои не биле подложени на ревакуларизација по МИ, дали clopidogrel и плацебо имаат подобар исход од clopidogrel и аспирин? .....	17
2.2 Дали продолжување на третманот со бета-блокатор третман повеќе од една година по МИ го подобрува исходот кај пациенти со нормална левокоморна систолна функција? .....	17
2.3 Дали третманот со орален антикоагуланс, аспирин и clopidogrel се претпочита во однос на третманот со орален антикоагуланс и clopidogrel кај пациенти со МИ кои имаат индикација за орален антикоагуланс, а се третирани медикаментозно или со примарна ПКИ или со аортокоронарна бајпас хирургија? .....	18
2.4 Кои карактеристики се поврзани со uptake и адхеренција на кардио рехабилитација по акутен МИ кога рехабилитацијата е почната рано? .....	18
2.5 Дали кај пациенти со СТЕМИ кои се третирани со примарна ПКИ со БМС и 4 недели аспирин и clopidogrel има дополнителна корист од продолжување на clopidogrel за уште 11 месеци? .....	19
<b>3. Други информации</b> .....	<b>20</b>
3.1 Обем и како ова упатство беше развиено .....	20
3.2 Поврзани NICE упатства .....	20
<b>4. Група за развој на упатството, Национален центар за соработка и NICE проектен тим 2013</b> .....	<b>22</b>
4.1 Група за развој на упатството .....	22
4.2 Национален центар за клинички упатства .....	22
4.3 NICE проектен тим .....	22
<b>За ова упатство</b> .....	<b>23</b>
Информација за ажурирање .....	23
Препораки од NICE клиничкото упатство 48 кои беа променети .....	23
Силина на препораките .....	24
Други верзии од ова упатство .....	25
Имплементација .....	26
Ваша одговорност .....	26
Авторски права .....	26

## Вовед

Ова упатство го обновува и го заменува 'MI – secondary prevention' (NICE клиничкото упатство 48) и ги обновува и ги заменува препораките од NICE упатството за технолошки напредок 80. Препораките се обележани соодветно на тоа кога оригинално биле публикувани (за деталите види во [About this guideline](#)).

Миокардниот инфаркт (МИ) е една од најдраматичните презентации на коронарната артериска болест. Вообичаено е предизвикан од оклузија на коронарна артерија која резултира со ткивна смрт и консекутивно типични карактеристики на срцев удар: изразена градна болка, електрокардиографски (ЕКГ) промени и пораст на концентрацијата на протеини, ослободени од изумирачкото срцево ткиво во циркулацијата. МИ е поделен во два типа, во зависност од ЕКГ промените:

- МИ со ST-сегмент елевација (СТЕМИ), кој се должи на комплетна и перзистентна оклузија на коронарната артерија.
- МИ без ST-сегмент елевација (НСТЕМИ), кој се должи на парцијална или интермитентна оклузија на коронарната артерија.

Во Англија и во Велс во 2011/12 год. повеќе од 79,000 хоспитализации се должеле на МИ според податоците на Myocardial Ischaemia National Audit Project (MINAP). Од нив, 41% биле СТЕМИ и 59% биле НСТЕМИ. Бројот на мажите со МИ бил двојно поголем од бројот на жените.

Лицата со СТЕМИ и НСТЕМИ покажуваат корист од третманот за редукција на понатамошен МИ или другите манифестации на васкуларна болест. Ова е познато како секундарна превенција. Од доцните 1990-ти години MINAP има документирано редукција на морталитетот која се должи на промените во третманот на МИ и применувањето на мерки на секундарна превенција. Иако 30-дневниот морталитет за СТЕМИ беше скоро 13% во 2003/04 год., се намали на 8% во 2011/12 год., со слично намалување и за НСТЕМИ.

NICE упатството за секундарна превенција на МИ (NICE клиничко упатство 48) беше објавено во 2007 год., нудејќи сеопфатни совети за превенција на понатамошен МИ и прогресија на васкуларната болест кај лицата кои веќе искусиле МИ, било неодамна, било во минатото (пред >12 месеци). Од 2007 год. имаше големи промени во третманот на акутен МИ, СТЕМИ и НСТЕМИ, иако подраматични за СТЕМИ. Примарните перкутани коронарни интервенции (ППКИ) ја заменија тромболизата кај најголемиот број СТЕМИ МИ. Ова подобрување во акутниот третман може да има влијание врз ефикасноста на секундарната превенција, што претставува една од причините поради кои е потребно обновување на ова упатство.

Практикувањето на срцева рехабилитација сè уште е ниско, само 44% од лицата со МИ започнуваат со амбулантски програм на срцева рехабилитација во Англија, Северна Ирска и во Велс. Лицата со МИ чекаат просечно по 53 дена за започнување на амбулантски програм за срцева рехабилитација. Интервенции кои може да го подобрат практикувањето и придржувањето кон програмот за срцева рехабилитација се вклучени во ова обновено упатство од 2013 год.

Медикаментозниот третман за секундарна превенција ефикасно се применува на национално ниво, но новите податоци за антиромботична терапија, суплементите на омега-3 масни киселини, ангиотензин конвертирачки ензим (АКЕ) инхибитори и бета блокаторите исто така придонесоа кон потребата за обновување на ова упатство.

### ***Препораки за медикаменти***

Ова упатство ќе претпостави дека препишувачите ќе ги користат резимеата за карактеристиките на медикаментите во процесот на донесување информирана одлука од страна на пациентите при нивното препишување.

## Пациентот во центарот на грижата

Ова упатство ги нуди најдобрите практични совети за нега на адулти кои имале МИ.

Пациентите и здравствените професионалци имаат права и обврски, дефинирани во NHS Constitution for England – сите NICE упатства се напишани на начин да го одразуваат тоа. Третманот и негата треба да ги земат во предвид индивидуалните потреби и преференции на пациентот. Пациентите треба да имаат можност да донесуваат информирани одлуки за сопствената нега и третман, во партнерски однос со здравствените професионалци. Здравствените професионалци треба да ги следат советите на Department of Health's advice on consent (или, во Велс, advice on consent from the Welsh Government). Доколку некој нема капацитет за самостојно донесување одлуки, здравствените професионалци треба да го следат code of practice that accompanies the Mental Capacity Act и code of practice on deprivation of liberty safeguards.

NICE подготви и упатство за компонентите на добро искуство на пациентите во NHS службите за возрасни. Сите здравствени професионалци треба да ги следат препораките во Patient experience in adult NHS services.

## Клучни приоритети за имплементација

Следниве препораки се идентификувани како приоритети за имплементација. Целосната листа на препораки се наоѓа во делот 1 [section 1](#).

### *Срцева рехабилитација по акутен миокарден инфаркт (МИ)*

- Понудете програми за срцева рехабилитација, дизајнирани да ги мотивираат лицата да ги посетуваат и да ги комплетираат програмите. Објаснете ги бенефитите од посетата. **[ново во 2013]**
- Почнете срцева рехабилитација колку е можно побргу по приемот и пред исписот од болница. Поканете го лицето на сесија за срцева рехабилитација која треба да почне во текот на првите 10 дена по исписот од болница. **[ново во 2013]**

### *Промени на животниот стил по МИ*

- Советувајте ги лицата да се хранат со диета во медитерански стил (повеќе леб, овошје, зеленчук и риба; помалку месо; замена на путерот и сирењето со продукти, базирани на растителни масла). **[2007]**
- Советувајте ги лицата да бидат физички активни 20–30 минути дневно до точка на појава на лесна диспнеа (краток здив). Советувајте ги лицата кои не се активни до ова ниво да ја зголемат својата активност постепено, чекор по чекор, со цел да го зголемат нивниот капацитет за напор. Треба да започнат на ниво кое е комотно и постепено да го зголемуваат траењето и интензитетот на активноста, како што ќе стекнуваат форма. **[2007]**
- Советувајте ги сите лица кои пушат па престанат и понудете помош за прекин на пушењето, соодветно на [Brief interventions and referral for smoking cessation](#) (NICE упатство за јавно здравје 1). **[2007]**

### *Медикаментозна терапија*

- Понудете им на сите лица кои имале акутен МИ третман со следниве медикаменти:
  - АКЕ инхибитор.
  - Двојна антиагрегантна терапија (аспирин, плус втор антиагрегантен медикамент).
  - Бета-блокатор.
  - Статин. **[2007, променето 2013]**
- Понудете проценка на левокоморната функција на сите лица кои имале МИ. **[2013]**
- Правете нагорна титрација на дозата на АКЕ инхибитор во кратки интервали (на пример, секои 12–24 часа) пред лицето да ја напушти болницата до постигнување на максимално толерабилна или целна доза. Доколку не е можно да се заврши титрирањето во текот на овој период, тоа треба да биде комплетирано во текот на 4–6 недели од завршувањето на болничкото лекување. **[ново во 2013]**
- Договорете планови за нагорно титрирање на бета-блокаторите до максимално толерирачката или целната доза – на пример, во отпусното писмо. **[ново во 2013]**

## *Разговор за дијагнозата и совет*

- По акутен МИ, обезбедете следното да биде дел од отпусното писмо:
  - Потврда на дијагнозата на акутен МИ.
  - Резултати од иследувањата.
  - Некомплетно титрирање на лековите.
  - План за понатамошен третман.
  - Совет за секундарна превенција. **[2007, променето 2013]**



## 1. Препораки

Следното упатство е засновано на најдобрите достапни докази. Целосното упатство [full guideline](#) дава детали за методите и за доказите, користени за да се развие ова упатство.

Терминологијата, користена во препораките на ова упатство (на пример, зборовите како што се 'понуди' и 'размисли за') ја означуваат сигурноста со која препораката е направена (силината на препораката). За деталите види во [About this guideline](#).

### 1.1 Срцева рехабилитација по акутен миокарден инфаркт (МИ)

#### Сеопфатна срцева рехабилитација

- 1.1.1 На сите пациенти (независно од возраста) треба да им се даде совет и да им се понуди програм за срцева рехабилитација со компонента со напор. **[2007]**
- 1.1.2 Програмите за срцева рехабилитација треба да нудат опсег на можности и пациентите треба да се охрабруваат да ги посетуваат сите, соодветно на нивните клинички потреби. Не треба да се исклучат од целиот програм доколку одлучат да не посетуваат одредени компоненти од програмот. **[2007]**
- 1.1.3 Доколку пациентот има срцева или друга клиничка состојба која може да се влоши во текот на напор, таа треба да се третира по можност пред да му се понуди на пациентот компонентата на срцева рехабилитација со оптоварување со напор. За некои пациенти, компонентата на вежбање може да биде адаптирана од страна на соодветно квалификуван здравствен професионалец. **[2007]**
- 1.1.4 На пациентите со левокоморна дисфункција кои се стабилни, може безбедно да им се понуди срцева рехабилитација со компонента на оптоварување со напор. **[2007]**

#### Охрабрување на лицата да ги посетуваат програмите

- 1.1.5 Испорачувајте ја срцевата рехабилитација во неосудувачка средина, на респектабилен и културолошки соодветен начин. Размислете за вработување на двојазичен пар на едукатори или асистенти за срцева рехабилитација кои го одразуваат диверзитетот на локалната популација. **[ново во 2013]**
- 1.1.6 Утврдете ги верувањата на луѓето за здравјето и перцепцијата на нивната болест пред да им понудите совет за промена на животниот стил и да ги охрабрите да посетуваат програм за срцева рехабилитација. **[ново во 2013]**

- 1.1.7 Понудете програми за срцева рехабилитација кои се дизајнирани да ги мотивираат лицата да ги посетуваат овие програми. Објаснете ја користа од посетата на вакви програми. **[ново во 2013]**
- 1.1.8 Продискутирајте ги со поединецот причините поради кои тие не би посетувале програм за срцева рехабилитација, како, на пример, проблем со транспортот на пациентот. **[ново во 2013]**
- 1.1.9 Понудете програми за срцева рехабилитација со можност за избор на местото каде ќе се изведува (вклучително домот на пациентот, болницата и во социјалната средина) и избор на период во денот кога ќе се изведува, на пример, сесии вон работното време. Објаснете ги достапните опции. **[нов во 2013]**
- 1.1.10 Обезбедете распон на различни видови на оптоварување со напор, како дел од програмот за срцева рехабилитација, за да се одговори на потребите на лицата од сите возрасти или значајни коморбидитети. Немојте да ги исклучувате од целосниот програм лицата кои ќе одлучат да не посетуваат специфични компоненти на програмот. **[ново во 2013]**
- 1.1.11 Понудете програми за срцева рехабилитација, наменети за различните полови, доколку за тоа се појави соодветно барање. **[ново во 2013]**
- 1.1.12 Вклучете ги лицата кои прележале МИ во систем на структурирана нега, уверувајќи се претходно дека се јасни линиите на одговорност за организирање на рано започнување на срцева рехабилитација. **[ново во 2013]**
- 1.1.13 Почнете срцева рехабилитација колку е можно порано по приемот во болница, а пред испишувањето. Поканете го пациентот на сесија на срцева рехабилитација која треба да почне до 10 дена по завршувањето на болничкото лекување. **[ново во 2013]**
- 1.1.14 Контакттирајте ги лицата кои не започнале или не ја продолжуваат програмата на срцева рехабилитација со понатамошно потсетување од типот на:
- Мотивационо писмо.
  - Претходно договорена посета од страна на член на тимот за срцева рехабилитација.
  - Телефонски повик.
  - Комбинација на сето погоре наведено. **[ново во 2013]**
- 1.1.15 Барајте повратна реакција од лицата кои веќе го посетуваат програмот за срцева рехабилитација, со цел да го искористите за зголемување на бројот на лица кои ќе го започнат или ќе го продолжат програмот. **[ново во 2013]**
- 1.1.16 Бидете свесни за пошироките потреби за здравствена и социјална грижа на лицата со МИ. Понудете информации и извори на помош на:
- Економски прашања.
  - Права на здравствената благосостојба.
  - Прашања за социјална поддршка. **[ново во 2013]**

- 1.1.17 Направете ја срцевата рехабилитација подеднакво достапна и значајна за сите лица со прележан МИ, особено за лицата од групи за кои е помалку веројатно дека ќе пристапат до овие услуги. Ова ги вклучува лицата од црната и другите минорни етнички групи, постарите, лицата од пониските социоекономски групи, жените, лицата од руралните средини, лицата со онеспособеност за учење и лицата со ментални и физички здравствени состојби. **[2007, обновено 2013]**
- 1.1.18 Охрабрете го целиот персонал, вклучително и постариот медицински персонал, вклучени во пружањето нега на лица по МИ, за активна промоција на срцевата рехабилитација. **[2013]**

### **Здравствена едукација и потреба од информации**

- 1.1.19 Сеопфатни програми за срцева рехабилитација треба да вклучат здравствена едукација и компоненти на справување со стресот. **[2007]**
- 1.1.20 Програми, базирани на рехабилитација во домот, потврдени за лица со МИ (како The heart manual) кои вклучуваат едукација, оптоварување со напор и справување со стрес, со следење од обучен фацитатор може да се користат за да се обезбеди сеопфатна срцева рехабилитација. **[2007]**
- 1.1.21 Земете го во предвид физичкиот и психолошкиот статус на пациентот, природата на неговата работа и работната средина кога давате совет за враќање на работа. **[2007]**
- 1.1.22 Бидете запознаени со најновите упатства на Агенцијата за лиценцирање на возачи и возила (DVLA). Редовните обновувања се објавуваат на веб порталот DVLA website. **[2007]**
- 1.1.23 По некомплицирани МИ, лицата кои сакаат да патуваат со воздушен превоз треба да побараат совет од Civil Aviation Authority. Лицата кои имале комплициран МИ имаат потреба од индивидуален совет од експерт. **[2007, обновено 2013]**
- 1.1.24 Лицата кои имале МИ и имаат пилотска лиценца, треба да побараат совет од Civil Aviation Authority. **[2007]**
- 1.1.25 Земете ја во предвид физичката и психолошката состојба, како и видот на активност кога давате совет за времето на враќање кон нормалните активности. **[2007]**
- 1.1.26 Проценката на физичките барања на одредена активност и споредување меѓу активностите, може да се направи со користење на табели на метаболни еквиваленти (METS) на различни активности (за понатамошни информации обратете се на веб порталот на Centers for Disease Control and Prevention website). Советувајте ги пациентите како да ја користат скалата на напор за да им помогне да ги следат физиолошките барања. Пациентите кои имале комплициран МИ може да имаат потреба од експертски совет. **[2007]**

1.1.27 Советите за компетитивни спортови може да бараат проценка на функцијата и ризикот од страна на експерт и зависат од тоа за кој спорт станува збор и нивото на компетитивност. [2007]

### **Психолошка и социјална поддршка**

1.1.28 Понудете мерки за справување со стрес во склоп на сеопфатната срцева рехабилитација. [2007]

1.1.29 Немојте рутински да нудите комплексни психолошки интервенции, како што е когнитивната бихевиорална терапија. [2007]

1.1.30 Вклучете ги партнерите или негувателите во програмата на срцева рехабилитација, доколку пациентот тоа го сака. [2007]

1.1.31 За препораките за справување со пациенти со клиничка анксиозност или депресија, погледни ги Anxiety (NICE клиничкото упатство 113), Depression in adults (NICE клиничко упатство 90) и Depression in adults with a chronic physical health problem (NICE клиничко упатство 91). [2007]

### **Сексуална активност**

1.1.32 Убедете го пациентот дека по закрепнувањето од МИ, сексуалните активности не претставуваат поголем ризик за тригерирање на повторен МИ, отколку како никогаш да немале МИ. [2007]

1.1.33 Советувајте ги пациентите кои закрепнуваат од некомплицирани МИ дека може да продолжат со нивната сексуална активност кога тие ќе се чувствуваат комотно да го направат тоа, вообичаено по околу 4 недели. [2007]

1.1.34 Поттикнете го прашањето за сексуалната активност во контекст на срцевата рехабилитација и неа потоа. [2007]

1.1.35 Кога се третира еректилна дисфункција, третманот со PDE5 (phosphodiesterase type 5) инхибитори може да се разгледа кај мажи кои имале МИ пред повеќе од 6 месеци и кои сега се стабилни. [2007]

1.1.36 PDE5 инхибиторите мора да се избегнуваат кај пациенти, третирани со нитрати или nicogandil, бидејќи тоа може да води до тешка хипотензија. [2007]

## **1.2 Промена на животниот стил по МИ**

### **Промена на диетата**

1.2.1 Советувајте ги пациентите да се хранат со медитерански стил на диета (повеќе леб и да го заменат путерот и сирењето со продукти засновани на растителни масла). [2007]

- 1.2.2 Немојте рутински да препорачувате користење на мрсна риба единствено заради превенирање на нареден МИ. Доколку лице со прележан МИ се реши да конзумира мрсна риба, осигурете се да нема доказ за штета и рибата може да биде дел од медитеранската диета. **[ново во 2013]**
- 1.2.3 Не советувајте, не препорачувајте го следново за превенција на нареден МИ:
- Капсули на омега-3 масни киселини.
  - Храна, надолполнета со омега-3 масни киселини.
- Доколку лицето реши да зема капсули на омега-3 масни киселини или суплементи, уверете се да нема докази за штетност. **[ново во 2013]**
- 1.2.4 Советувајте ги лицата да не користат суплементи на бета-каротен. Не препорачувајте суплементи на антиоксиданси (витамин Е и/или С) или фолна киселина, со цел редукција на кардиоваскуларниот ризик. **[2007]**
- 1.2.5 Понудете индивидуална консултација за дискусија за исхраната, вклучувајќи ги индивидуалните консултации за актуелните навики на пациентот во исхраната и совети за нејзино подобрување. **[2007]**
- 1.2.6 Дајте им на лицата конзистентни диететски совети, соодветни на нивните потреби. **[2007]**
- 1.2.7 Дајте им на лицата совети за здрава исхрана кои може да бидат проширени на целото семејство. **[2007]**

### Консумација на алкохол

- 1.2.8 Советувајте ги лицата кои конзумираат алкохол да ја одржуваат неделната консумација во безбедни граници (не повеќе од 21 алкохолна единица неделно за мажите и 14 алкохолни единици неделно за жените) и да се избегнува “binge” пиење (повеќе од 3 алкохолни пијалаци во текот на 1–2 часа). **[2007]**

### Регуларна физичка активност

- 1.2.9 Советувајте ги лицата да имаат регуларна физичка активност, доволна да го зголеми нивниот капацитет за напор. **[2007]**
- 1.2.10 Советувајте ги лицата да бидат физички активни 20–30 минути дневно до точка на лесен губиток на здив. Советувајте ги лицата кои не се физички активни да ја зголемуваат нивната активност постепено, со цел да го зголемат нивниот капацитет за напор. Треба да започнат со ниво кое им е пријатно и да го продолжат траењето и интензитетот на активноста како ќе се стекнуваат со кондиција. **[2007]**
- 1.2.11 Советите за физичка активност треба да вклучат дискусија за актуелното и минатото ниво на активности и преференците. Корисноста од напорот може да се подобри со индивидуализирани совети од соодветно квалификувани професионалци. **[2007]**

## Прекин на пушење

- 1.2.12 Советувајте ги сите лица кои пушат да прекинат и понудете помош со услуги за прекин на пушењето во согласност со Brief interventions and referral for smoking cessation (NICE упатство за јавно здравје 1). **[2007]**
- 1.2.13 На сите пациенти кои пушат и кои изразиле желба да престанат, треба да им се понуди поддршка и совети и услуги за интензивна поддршка (на пример, NHS Stop Smoking Services), во согласност со Brief interventions and referral for smoking cessation (NICE упатство за јавно здравје 1). Ако пациентот не е во можност или не сака да го прифати советот, треба да му биде понудена фармакотерапија во согласност со препораките во Smoking cessation services (NICE упатство за јавно здравје 10). **[2007]**

## Справување со тежината

- 1.2.14 По МИ, понудете на сите пациенти кои се дебели или со прекумерна телесна тежина (ТТ) совет и поддршка да постигнат и одржат здрава ТТ, во согласност со Obesity (NICE клиничко упатство 43). **[2007]**

## 1.3 Терапија со лекови

- 1.3.1 Понудете им на сите пациенти со акутен МИ третман со следниве лекови:
- ACE (ангиотензин конвертирачки ензим) инхибитор двојна антиромбоцитна терапија (аспирин, плус втор антиромбоцитен агенс).
  - Бета-блокатор.
  - Статин. **[2007, изменето 2013]**
- 1.3.2 Осигурајте се дека има достапен јасен план за справување на пациентот со МИ и е пратен на GP, вклучувајќи:
- Детали и време на други титрации со лекови.
  - Мониторинг на крвен притисок.
  - Мониторинг на ренална функција. **[ново 2013]**
- 1.3.3 На сите пациенти кои имале МИ, понудете им проценка на ризикот од крвање на нивниот закажан термин за преглед. **[ново 2013]**
- 1.3.4 На сите луѓе кои имале МИ, понудете им проценка на лево вентрикуларната функција. **[2013]**

## АКЕ инхибитори

- 1.3.5 Понудете им на пациентите со акутен МИ АКЕ инхибитор во моментот кога ќе се хемодинамски стабилни. Продолжете со АКЕ инхибиторот. **[ново 2013]**
- 1.3.6 Титрирајте ја дозата на АКЕ инхибитор нагоре во кратки интервали (на пример, на секои 12-24 часа), пред лицето да излезе од болница до моментот кога ќе се постигне максимум толерирана или целна доза. Ако не е можно да се заврши

титрацијата во ова време, треба да биде завршена во рок од 4-6 недели од отпуштањето од болница. **[ново 2013]**

- 1.3.7 Не нудете комбиниран третман со АКЕ инхибитор и ангиотензин II рецептор блокатор (АРБ) на луѓето по МИ, освен ако не постојат други причини да се користи оваа комбинација. **[ново 2013]**
- 1.3.8 Понудете им на пациенти со МЕ кои се нетолерантни на АКЕ инхибитори АРБ наместо АКЕ инхибитор. **[ново 2013]**
- 1.3.9 Бубрежната функција, серумските електролити и крвниот притисок треба да се измерат пред да се почне со АКЕ инхибитор или АРБ и повторно во рок од 1 или 2 недели од почетокот на третманот. Пациентите треба да се следат како што е соодветно, како дозата се титрира нагоре, додека не се постигне максималната толерирана или целната доза, а потоа најмалку еднаш годишно. Почесто следење може да биде потребно кај пациенти кои се изложени на зголемен ризик од влошување на бубрежната функција. Пациентите со хронична срцева слабост треба да се следат во согласност со Chronic heart failure (NICE клиничко упатство 108). **[2007]**
- 1.3.10 Понудете АКЕ инхибитор на пациенти со МИ пред повеќе од 12 месеци. Титрирајте до максимум толерирана или таргет доза (преку 4–6-неделен период) и продолжете неограничено. **[ново 2013]**
- 1.3.11 Понудете им на пациенти со МИ пред повеќе од 12 месеци и кои се нетолерантни на АКЕ инхибитори АРБ наместо АКЕ инхибитор. **[ново 2013]**

### Антитромбоцитна терапија

- 1.3.12 Понудете аспирин на сите по МИ и продолжете неограничено, освен ако се нетолерантни на аспирин или имаат индикација за антикоагулација. **[2007, изменето 2013]**
- 1.3.13 Понудете аспирин на пациенти кои имале МИ пред повеќе од 12 месеци и продолжете неограничено. **[ново 2013]**
- 1.3.14 За пациенти со преосетливост на аспирин, треба да се размисли за монотерапија со clopidogrel како алтернативен третман. **[2007]**
- 1.3.15 Пациенти со историја на диспепсија треба да добијат третман во согласност со Dyspepsia (NICE клиничко упатство 17). **[2007, изменето 2013]**
- 1.3.16 По соодветен третман, кај пациенти со историја на аспирин-индуцирано улкусно крвавење, чии улкуси се заздравиени и кои се негативни за *Helicobacter pylori*, треба да се размисли за третман во согласност со Dyspepsia (NICE клиничко упатство 17). **[2007, изменето 2013]**

Ова упатство го вклучува NICE упатството за технолошка проценка 236 за ticagrelor во третманот на акутен коронарен синдром. Упатство за prasugrel во третманот на акутен

коронарен синдром не е вклучено во ова упатство, бидејќи овој технолошки пристап во моментот е закажан за ажурирање. За повеќе информации во врска со овој пристап, видете на веб страницата на [NICE website](#).

1.3.17 Ticagrelor во комбинација со ниско-дозен аспирин се препорачува како 12-месечна терапевтска можност кај пациенти со акутен коронарен синдром (АКС):

- МИ со ST-сегмент елевација (СТЕМИ) – дефиниран како ST елевација или новопојавен блок на лева гранка на ЕКГ – кој кардиолозите го третираат со примарна перкутана коронарна интервенција (PCI).
- МИ без ST-сегмент-елевација (НСТЕМИ).

Оваа препорака е од [Ticagrelor for the treatment of acute coronary syndromes](#) (NICE упатство за технолошки напредок 236). **[ново 2013]**

1.3.18 Понудете clopidogrel како терапевтска можност во текот на 12 месеци на:

- Пациенти кои имале НСТЕМИ, без разлика на третманот.
- Пациенти кои имале СТЕМИ и добиле необложен стент (БМС) или со лек обложен стент (ДЕС). **[ново 2013]**

1.3.19 Понудете clopidogrel како терапевтска можност за најмалку 1 месец и размислете за продолжување до 12 месеци кај:

- Пациенти со СТЕМИ и медикаментозен третман со или без реперфузионен третман со фибринолитички агенс. **[ново 2013]**

1.3.20 Продолжете го вториот антиромбоцитен агенс до 12 месеци кај пациенти со СТЕМИ кои биле третирани со аортокоронарна бајпас графт (CABG) операција. **[ново 2013]**

1.3.21 Понудете clopidogrel наместо аспирин на пациенти кои имаат и друга клинички манифестна васкуларна болест, во согласност со [Clopidogrel and modified-release dipyridamole for the prevention of occlusive vascular events](#) (NICE упатство за технолошки напредок 210) и кои:

- Имале МЃ и прекинале со двојна антиромбоцитна терапија.
- Имале МЃ пред повеќе од 12 месеци. **[ново 2013]**

### **Антиромбоцитна терапија кај лица со индикација за антикоагулација**

1.3.22 При донесување на одлука за третман на пациенти кои имале МИ и имаат индикација за антикоагулација, земете го во предвид следново:

- Ризик од крвавење.
- Тромбоемболичен ризик.
- Кардиоваскуларен ризик. **[ново 2013]**

1.3.23 Доколку нема висок ризик од крвавење, продолжете со антикоагулација и додадете аспирин во третманот на пациенти кои имале МЃ кои инаку имаат потреба од антикоагулација и кај кои:

- Бил применет медикаментозен третман.
- Биле подложени на балон дилатација.
- Биле подложени на аортокоронарна бајпас хирургија. **[ново 2013]**



- 1.3.24 Продолжете со антикоагулацијата и додадете clopidogrel во третманот на лицата со МИ, подложени на перкутана коронарна интервенција (ПКИ) со БМС или ДЕС и кои инаку имаат потреба од антикоагулација. **[ново 2013]**
- 1.3.25 Понудете clopidogrel со warfarin на пациенти со преосетливост на аспирин кои инаку имаат потреба од антикоагулација и аспирин и имале МИ. **[ново 2013]**
- 1.3.26 Не нудете рутински warfarin во комбинација со prasugrel или ticagrelor на пациенти кои имаат потреба од антикоагулација и имале МИ. **[ново 2013]**
- 1.3.27 По 12 месеци од МИ, продолжете со антикоагулација и разгледајте ја потребата за постоечка антитромбоцитна терапија, земајќи го во предвид следново:
- Индикација за антикоагулација.
  - Тромбоемболичниот ризик.
  - Ризикот од крвавење.
  - Кардиоваскуларниот ризик.
  - Желбите на пациентот. **[ново 2013]**
- 1.3.28 Не додавајте нов орален антикоагуланс (rivaroxaban, apixaban или dabigatran) во комбинација со двојна антитромбоцитна терапија кај пациенти кои имаат потреба од антикоагулација и имале МИ. **[ново 2013]**
- 1.3.29 Размислете за користење на warfarin и прекин на третманот со нов орален антикоагуланс (rivaroxaban, apixaban или dabigatran) кај пациенти кои имаат потреба од антикоагулација и имале МЃ, освен доколку нема специфична клиничка индикација да се продолжи. **[ново 2013]**

### Бета-блокатори

- 1.3.30 Понудете бета-блокатор колку е можно побргу по МИ, кога пациентот е хемодинамски стабилен. **[ново 2013]**
- 1.3.31 Дискутирајте за планот за титрирање на бета-блокатори до максималната толерирачка доза или целната доза, на пример, во отпусната листа. **[ново 2013]**
- 1.3.32 Продолжете со бета-блокатор барем 12 месеци по МИ кај пациентите без левокоморна систолна дисфункција или срцева слабост. **[ново 2013]**
- 1.3.33 Продолжете неограничено со бета-блокатор кај пациенти со левокоморна систолна дисфункција. **[ново 2013]**
- 1.3.34 Понудете на сите пациенти кои имале МИ пред повеќе од 12 месеци и имаат левокоморна систолна дисфункција бета-блокатор, без разлика дали имаат симптоми. За пациенти со срцева слабост, плус левокоморна дисфункција, третирајте ја состојбата во согласност со Chronic heart failure (NICE клиничко упатство 108). **[ново 2013]**
- 1.3.35 Не нудете на пациенти без левокоморна систолна дисфункција или срцева слабост, кои имале МИ пред повеќе од 12 месеци, третман со бета-блокатор,

освен ако има дополнителна клиничка индикација за бета-блокатор. **[ново 2013]**

### **Калциум канал блокатори**

- 1.3.36 Не нудете рутински калциум канал блокатори за намалување на кардиоваскуларен ризик по МЃ. **[2007]**
- 1.3.37 Ако бета-блокаторите се контраиндицирани или треба да се прекинат, diltiazem или verapamil може да се земат во предвид за секундарна превенција кај пациенти без белодробна конгестија или левокоморна систолна дисфункција. **[2007]**
- 1.3.38 За стабилни пациенти по МИ, калциум канал блокатори може да се користат за третирање хипертензија и/или ангина. За пациенти со срцева слабост користете amlodipine, и избегнете verapamil, diltiazem и кратко-делувачки dihydropyridine агенси, во согласност со Chronic heart failure (NICE клиничко упатство 108). **[2007]**

### **Калиум канал активатори**

- 1.3.39 Не нудете nicorandil за намалување на кардиоваскуларен ризик кај пациенти по МИ. **[2007]**

### **Алдостерон антагонисти кај пациенти со срцева слабост и левокоморна дисфункција**

- 1.3.40 За пациенти кои имале акутен МИ и кои имаат симптоми и/или знаци на срцева слабост и левокоморна систолна дисфункција, иницирајте терапија со алдостерон антагонист, регистриран за пост-МИ третман во првите 3-14 дена на МИ, по можност по терапијата со АКЕ инхибитор. **[2007]**
- 1.3.41 Пациенти кои неодамна имале акутен МИ и имаат клинички манифестна срцева слабост и левокоморна систолна дисфункција, но кои веќе се лекуваат со алдостерон антагонист за конкомитантна состојба (на пример, хронична срцева слабост), треба да продолжат со алдостерон антагонист или алтернатива, лиценцирана за ран пост-МИ третман. **[2007]**
- 1.3.42 За пациенти кои имале МИ во минатото и срцева слабост поради левокоморна систолна дисфункција, третманот со алдостерон антагонист треба да е во согласност со Chronic heart failure (NICE клиничко упатство 108). **[2007]**
- 1.3.43 Следете ја реналната функција и серумскиот калиум пред и за време на третман со алдостерон антагонист. Ако се јави хиперкалемија како проблем, преполовете ја дозата или прекинете го алдостерон антагонистот. **[2007]**

### **Статини и други агенси за намалување на липиди**

- 1.3.44 Статинска терапија се препорачува за адулти со клинички докази за кардиоваскуларна болест, во согласност со Statins for the prevention of

cardiovascular events (NICE упатство за технолошки развој 94) и Lipid modification (NICE клиничко упатство 67). [2007]

Препораките за статини и други агенси за намалување на липиди се отстранети од упатството. Препораките за употреба на статини и други агенси за намалување на липиди можат да се најдат во Lipid modification (NICE клиничко упатство 67) и Statins for the prevention of cardiovascular events (NICE упатство за технолошки развој 94).

## **1.4 Коронарна ревакуларизација по МИ**

1.4.1 На сите пациенти по МИ понудете им кардиолошка проценка за соодветност на миокардна ревакуларизација. Треба да се земат во предвид и коморбидитетите. [2007]

## **1.5 Селектирани пациенти под групи**

### **Пациенти со хипертензија**

1.5.1 Третирајте ја хипертензијата во согласност со Hypertension (NICE клиничко упатство 127). [2007, изменето 2013]

### **Пациенти со левокоморна систолна дисфункција**

1.5.2 Пациенти кои имаат левокоморна систолна дисфункција треба да се проценат за имплантабилен кардиовертер дефибрилатор, во согласност со Implantable cardioverter defibrillators for arrhythmias (NICE упатство за технолошки развој 95). [2007]

## **1.6 Дискусија за дијагнозата и совети**

1.6.1 По акутен МИ, осигурајте се дека следново е дел од секоја отпусна листа:

- Потврда на дијагнозата на акутен МИ.
- Резултатите од испитувањата.
- Некомплетни титрации на лекови.
- Планови за понатамошен третман.
- Совети за секундарна превенција. [2007, изменето 2013]

1.6.2 Понудете копија од отпусната листа на пациентот. [2007]

---

<sup>[1]</sup> Оваа препорака ја подобрува и ја заменува препораката 1.3 во Clopidogrel in the treatment of non-ST-segment-elevation acute coronary syndrome (NICE упатство за технолошки развој 80).

## 2. Препораки за истражување

Групата за развој на упатството ги наведе следниве препораки за истражување, базирани на прегледот на доказите, за да се подобрат NICE упатствата и грижата за пациентите во иднина.

### 2.1 *Кај пациенти кои не биле подложени на ревакуларизација по МИ, дали clopidogrel и плацебо имаат подобар исход од clopidogrel и аспирин?*

#### Зошто е ова важно

Стандардната антитромбоцитна терапија по МИ се состои од двојна антиагрегантна терапија (dual antiplatelet therapy-DAPT) со аспирин и clopidogrel, која резултира со подобри резултати отколку самостоен аспирин. Истражувањата покажаа дека новите P2Y12 инхибитори се подобри на резултатите со clopidogrel, кога се комбинираат со аспирин, иако крвавењето и последователно ризикот се зголемени.

Неколку студии користеа P2Y12 инхибитори без аспирин. Постојат теоретски причини зошто аспирин може да го одвлекува вниманието од васкуларните придобивки од силните P2Y12 инхибитори. Бидејќи clopidogrel самостојно го дава барем бенефитот на самостоен аспирин, можно е претпоставената корист од комбинацијата на clopidogrel и аспирин во однос на самостоен аспирин да се должи исклучиво на дејството на clopidogrel. Ограничените податоци за употреба на clopidogrel самостојно кај луѓето со васкуларни болести укажуваат на можноста дека додавањето на аспирин на clopidogrel дава мало или никакво намалување на стапката на васкуларни настани, по цена на зголемен ризик од крвавење. Студија на clopidogrel самостојно, во споредба со clopidogrel и аспирин во комбинација кај пациенти по МИ, ќе биде корисна поради потенцијалниот зачуван бенефит и намален ризик од крвавење. Ова може да води до нови силни P2Y12 инхибитори кои ќе се проценуваат без истовремено користење на аспирин.

### 2.2 *Дали продолжување на третманот со бета-блокатор третман повеќе од една година по МИ го подобрува исходот кај пациенти со нормална левокоморна систолна функција?*

#### Зошто е ова важно

Неодамнешните кохортни студии укажаа дека континуиран третман со бета-блокатори по една година од МИ може да не носи корист за пациентот во однос на намалувањето на морбидитетот и морталитетот. Ова е особено важно со оглед на неодамнешните промени во стратегиите за акутен третман. Додека бета-блокаторите се важни во намалувањето на морталитетот и морбидитетот до една година по МИ, тие имаат несакани ефекти и претставуваат дополнителен товар за пациентите кои веќе земаат многу други лекови. Сепак, постојат и некои сугестии дека постојат ризици, поврзани со прекинувањето на бета-блокаторите кај оваа популација. Соодносот на ризикот, наспроти придобивките од долгорочната терапија со бета блокатори не е јасно утврден, особено во контекст на модерниот акутен третман на МИ.

### **2.3 Дали третманот со орален антикоагуланс, аспирин и clopidogrel се претпочита во однос на третманот со орален антикоагуланс и clopidogrel кај пациенти со МИ кои имаат индикација за орален антикоагуланс, а се третирани медикаментозно или со примарна ПКИ или со аортокоронарна бајпас хирургија?**

#### **Зошто е ова важно**

Многу луѓе кои имале МИ имаат индикации за долготраен третман и со орални антикоагуланси и со комбинација на антитромбоцитни лекови. Оние со атријална фибрилација, механички срцеви залистоци или историја на белодробна емболија се изложени на висок ризик од мозочен удар или тромбоемболија и затоа имаат потреба од антикоагулацијата за да се спречат овие настани. Добро е познато дека луѓето кои добиваат комбинација на антитромбоцитна терапија и орална антикоагулација се изложени на висок ризик од мали, големи и фатални крвавечки настани. Овие резултати се често повторливи и се поврзани со хоспитализација, трансфузија на крв и интервентни процедури. Прегледот на доказите е ограничен во однос на висококвалитетни докази за да се утврди дали кај оваа популација третманот со тројна терапија (орален антикоагуланс, плус двојна антитромбоцитна терапија) или двојна терапија (орален антикоагуланс плус clopidogrel) е поефикасен. Групата за развој на упатството признава дека ова прашање е важно кај растечката популација на постари пациенти, кои се со поголема веројатност од коморбидитети и кои се изложени на поголем ризик од крвање.

### **2.4 Кои карактеристики се поврзани со uptake и адхеренција на кардио рехабилитација по акутен МИ кога рехабилитацијата е почната рано?**

#### **Зошто е ова важно**

Постојат широки варијации во Велика Британија во стилот, персоналот и ресурсите за срцевите програми за рехабилитација. Учесството во срцевата рехабилитација по акутен МИ значително ја намалува смртноста и го подобрува квалитетот на животот. Сепак, податоците од 2012 год. Myocardial Infarction National Audit Project (MINAP) нагласија дека само 44% од сите пациенти учествуваат во програми на срцевата рехабилитација по МИ. Ова е далеку помалку од National Service Framework for Coronary Heart Disease (2000) целта на повеќе од 85% од луѓето, отпуштени од болница по акутен МИ. Националните ревизорски податоци, исто така, нагласија дека пациентите чекаат во просек 53 дена за да започнат со компонентата на вежби (фаза III) по акутен МИ. Раната срцева рехабилитација (дефинирана како присуство на термин, ориентиран кон срцева рехабилитација во рок од првите 10 дена) значително го подобрува присуството и ги намалува трошоците преку намалена инциденца на непланирани рехоспитализации.

## **2.5 Дали кај пациенти со СТЕМИ кои се третирани со примарна ПКИ со БМС и 4 недели аспирин и clopidogrel има дополнителна корист од продолжување на clopidogrel за уште 11 месеци?**

### **Зошто е ова важно**

Нема рандомизирани контролирани студии кои обезбедуваат податоци за долготраен третман со clopidogrel плус аспирин, во споредба со аспирин како монотерапија, кај пациенти кои се третираат со примарна ПКИ или само медикаментозно. Две големи студии дадоа податоци за краткорочната ефикасност кај медикаментозно лекуваните СТЕМИ пациенти (Commit/CCS-2 и Clarity - TIMI 28). Во клиничката пракса, лекарите ги екстраполираат податоците од пациентите со НСТЕМИ, третирани медикаментозно и/или со инвазивен третман, кај кои овој проблем е проучуван, кои примаат clopidogrel до 12 месеци (CURE, PCI-CURE, Credo), со цел редуција на композитните крајни цели, вклучувајќи ја и смртноста. Ризикот од крвање се зголемува со двојна антитромбоцитна терапија (аспирин плус clopidogrel), но поголемиот дел од бенефитот може да се случи во краткорочното намалување на фатални и нефатални реинфаркти и намален ризик од стент тромбоза кај пациенти, третирани со ПКИ.

## 3. Други информации

### 3.1 Обем и како ова упатство беше развиено

NICE упатството е развиено согласно со обемот кој дефинира што ќе покрие упатството, а што нема да покрие.

#### Како беше развиено ова упатство

NICE го овласти Националниот центар за клинички упатства за развој на ова упатство. Центарот формираше Група за развој на упатството (види дел 4), која ги разгледа доказите и ги изработи препораките.

Методите и процесите за развој на NICE клиничките упатства се опишани во Прирачникот за развој на упатства. The guidelines manual.

### 3.2 Поврзани NICE упатства

Деталите се точни во времето на објавувањето на упатството (ноември 2013 год.). Натомошни информации се достапни на веб страницата на NICE (<http://www.nice.org.uk/>).

#### Објавени

##### Општи

- Patient experience in adult NHS services. NICE клиничко упатство 138 (2012).
- Medicines adherence. NICE клиничко упатство 76 (2009).

##### Специфични за состојбата

- Myocardial infarction with ST-segment-elevation (STEMI). NICE клиничко упатство 167 (2013).
- Ticagrelor for the treatment of acute coronary syndromes. NICE упатство за технолошко оценување 236 (2011).
- Hypertension. NICE клиничко упатство 127 (2011).
- Stable angina. NICE клиничко упатство 126 (2011).
- Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. NICE клиничко упатство 113 (2011).
- Clopidogrel and modified-release dipyridamole from the prevention of occlusive vascular events (review of technology appraisal guidance 90). NICE упатство за технолошко оценување 210 (2010).
- Chronic heart failure. NICE клиничко упатство 108 (2010).
- Prevention of cardiovascular disease. NICE упатство за јавно здравје 25 (2010).
- Chest pain of recent onset. NICE клиничко упатство 95 (2010).
- Unstable angina and NSTEMI. NICE клиничко упатство 94 (2010).

- Depression in adults with a chronic physical health problem. NICE клиничко упатство 91 (2009).
- Depression in adults. NICE клиничко упатство 90 (2009).
- Prasugrel for the treatment of acute coronary syndromes with percutaneous coronary intervention. NICE упатство за технолошко оценување 182 (2009).
- Familial hypercholesterolaemia. NICE клиничко упатство 71 (2008).
- Drug-eluting stents for the treatment of coronary artery disease (part review of technology appraisal guidance 71). NICE упатство за технолошко оценување 152 (2008).
- Lipid modification. NICE клиничко упатство 67 (2008).
- Smoking cessation services. NICE упатство за јавно здравје 10 (2008).
- Ezetimibe for the treatment of primary (heterozygous familial and non-familial) hypercholesterolemia. NICE упатство за технолошко оценување 132 (2007).
- Obesity. NICE клиничко упатство 43 (2006).
- Brief interventions and referral for smoking cessation. NICE упатство за јавно здравје 1 (2006).
- Implantable cardioverter defibrillators for arrhythmias (review of technology appraisal guidance 11). NICE упатство за технолошко оценување 95 (2006).
- Statins for the prevention of cardiovascular events. NICE упатство за технолошко оценување 94 (2006).
- Guidance on the use of coronary artery stents. NICE упатство за технолошко оценување 71 (2003).

## Во развој

NICE ги развива следниве упатства (деталите се достапни на веб страницата на [NICE](#):

- Lipid modification (обновување). NICE клиничко упатство. Објавувањето се очекува во јули 2014 година.
- Prasugrel with percutaneous coronary intervention for treating acute coronary syndrome (review of technology appraisal guidance 182). NICE упатство за технолошко оценување. Објавувањето се очекува во август 2014 година.
- Dyspepsia and gastro-oesophageal reflux disease. NICE клиничко упатство. Денот на објавување треба да биде потврден.
- Rivaroxaban for the prevention of adverse outcomes in patients after the acute management of acute coronary syndrome. NICE упатство за технолошки развој. Денот на објавување треба да биде потврден.



## **4. Група за развој на упатството, Национален центар за соработка и NICE проектен тим 2013**

### ***4.1 Група за развој на упатството***

(15 члена, податоците се достапни на: <http://guidance.nice.org.uk/CG172>).

### ***4.2 Национален центар за клинички упатства***

(10 члена, податоците се достапни на: <http://guidance.nice.org.uk/CG172>).

### ***4.3 NICE проектен тим***

(7 члена, податоците се достапни на: <http://guidance.nice.org.uk/CG172>).

## За ова упатство

NICE клиничките упатства се препораки за третман и нега на лица со специфични болести и состојби во националниот здравствен систем (НЗС) во Англија и во Велс. NICE упатствата се развиени во согласност со целта која дефинира што упатството ќе покрие, а што нема да покрие.

Ова упатство беше развиено од Националниот центар за клиничка извонредност (NICE), заснован на Кралскиот колеџ на лекари (Royal College of Physicians). Центарот работел со Групата за развој на упатството која се состои од здравствени професионалци (вклучително консултанти, лекари по општа пракса и медицински сестри), пациенти и негуватели и технички персонал, кои ги разгледаа доказите и ги подготвија препораките. Препораките беа финализирани по јавна расправа.

Методите и процесите за развој на NICE клиничките упатства се опишани во [The guidelines manual](#).

## Информација за ажурирање

Ова обновено упатство го заменува NICE клиничкото упатство 48 (објавено во мај 2007 год.). NICE клиничкото упатство 48 го заменува NICE наследеното упатство А (2001).

Препораката 1.3.18 ја ажурира и ја заменува препораката 1.3 од 'Clopidogrel in the treatment of non-ST-segment-elevation acute coronary syndrome', NICE упатството за технолошки развој 80.

Препораките се означени како **[ново 2013]**, **[2013]**, **[2007]** или **[2007, изменето 2013]**:

- **[ново 2013]** означува дека доказите биле повторно разгледани и препораките биле додадени или ажурирани.
- **[2013]** означува дека доказите биле повторно разгледани, но не биле направени промени на препорачаното дејство.
- **[2007]** означува дека доказите не биле повторно разгледани од 2007 год.
- **[2007, изменето 2013]** означува дека доказите не биле повторно разгледани од 2007 год., но биле направени промени на зборовите во препораките кои го менуваат значењето (погледни подолу).

## Препораки од NICE клиничкото упатство 48 кои беа променети

Препораките означени **[2007, изменето 2013]** доколку доказите не биле повторно разгледувани од 2007 год., но биле направени промени во зборовите на препораките, што резултирало со промена на значењето.

Препораки во NICE клиничко упатство 48	Препораки во актуелното упатство	Причина за промена
По некомплицирани МИ, вообичаено пациентот може да патува со авион по 2-3 недели. Пациентите кои имале комплицирани МИ имаат потреба од индивидуален совет од експерт.	1.1.23 По некомплицирани МИ, лицата кои сакаат да патуваат со авион треба да побараат совет од Civil Aviation Authority. Пациентите кои имале комплицирани МИ имаат потреба од индивидуален совет од експерт. <b>[2007, изменето 2013]</b>	Оваа препорака беше изменета за да ги одрази ажурираните информации за патувањето со авион по МИ, направени од цивилните воздухопловни власти.
На сите пациенти кои имале МИ треба да им се понуди третман со: <ul style="list-style-type: none"> <li>• АКЕ инхибитор</li> <li>• Аспирин</li> <li>• Бета блокатор</li> <li>• Статин (1.3.1.1)</li> </ul>	1.3.1 Понудете на сите лица кои имале МИ третман со следните лекови: <ul style="list-style-type: none"> <li>• АКЕ инхибитор</li> <li>• Двојна антиагрегантна терапија (аспирин плус втор антиагрегантен лек)</li> <li>• Бета блокатор</li> <li>• Статин. <b>[2007, изменето 2013]</b></li> </ul>	Оваа препорака беше изменета за да значи дека двојна антиагрегантна терапија треба да им биде дадена на сите пациенти по МИ (со исклучок на оние со контраиндикација).
Аспирин треба да им се понуди на сите пациенти по МИ и треба да се продолжи на неодредено. <b>[1.3.3.1]</b>	1.3.12 Понудете аспирин на сите лица кои имале МИ и продолжете го на неодредено, освен во случај на интолеранција кон аспирин или при индикација за антикоагулација. <b>[2007, изменето 2013]</b>	Оваа препорака беше изменета за да ги вклучи ситуациите во кои аспирирот не би се понудил на неодредено.

### **Силина на препораките**

Некои препораки може да бидат направени со поголема сигурност од други. Групата за развој на упатството прави препорака врз основа на проценка на корисноста и штетата од интервенцијата, земајќи го во предвид квалитетот на приложените докази. За некои интервенции, Групата за развој на упатството е сигурна дека, врз основа на информацијата која ја имаат, повеќето пациенти ќе ја изберат интервенцијата. Зборовите, употребени во препораките во ова упатство, ја означуваат сигурноста со која препораката е направена (силата на препораката).

За сите препораки, експертите на NICE препорачуваат дискусија со пациентите за ризикот и користа од интервенцијата и нивните вредности и преференции. Оваа дискусија има за цел да им помогне да донесат целосно информирана одлука (исто така види Patient-centred care).

## **Интервенции кои мора (или не смее) да се користат**

Вообичаено користиме 'мора' или 'не смее' 'must' или 'must not' само доколку постои законска обврска да се примени препораката. Повремено користиме 'мора' 'must' или 'не смее' 'must not', доколку последиците од неследење на препораката би можеле да бидат крајно сериозни или потенцијално животозагрозувачки.

## **Интервенции кои треба (или не треба) да се користат – јака 'strong' препорака**

Користиме 'понудете' 'offer' (и слични зборови, како што се однесува, или 'советувај' 'refer' 'advise') кога сме сигурни дека, за мнозинството пациенти, интервенцијата повеќе ќе помогне отколку што ќе наштети и ќе биде ефикасна. Користиме сични форми на зборови (на пример 'не нудете' 'Do not offer...') кога сме сигурни дека интервенцијата нема да донесе корист за повеќето од пациентите.

## **Интервенции кои може да се користат**

Го користиме 'consider' 'размисли' за кога сме сигурни дека интервенцијата ќе донесе повеќе корист отколку штета за најголемиот број на пациенти и ќе биде ефикасна по најниската можна цена, но други опции може да бидат слично ефикасни, според истата "cost effectiveness" стратегија. Изборот на интервенција и дали воопшто да има интервенција, зависи од изборот и преференциите на пациентот, отколку од тоа колку е силна препораката, така што здравствените професионалци треба да поминат повеќе време во разгледување и дискусија за опциите кои му стојат на располагање на пациентот.

## **Препораки за надградување на упатството**

NICE го користи овој пристап, со цел да ја нагласи силината на препораките во упатството кои почнале да се развиваат по објавувањето на верзијата на прирачникот за упатството 'The guidelines manual' (во јануари 2009 год.). Тој не е применлив на препораките до [2007] (види во Обновените препораки 'Update information' за деталите како препораките се обележани). Особено за препораките обележани [2007], зборот 'размисли' за (земи во предвид) 'consider' не мора нужно да се употреби за да се означи силината на препораката.

## ***Други верзии од ова упатство***

Целосното упатство, "МИ-секундарна превенција: секундарна превенција во примарна и секундарна нега за пациенти по миокарден инфаркт" содржи детали за методите и за доказите, користени за да се развие упатството. Објавени се од Националниот центар за клинички упатства (National Clinical Guideline Centre).

Препораките од ова упатство се инкорпорирани во NICE клиничките патеки [NICE Pathway](#). Изготвени се и информации за јавноста за истото упатство [information for the public](#).

## **Имплементација**

Алатки за имплементација и извори кои ќе ви помогнат во имплементацијата на ова упатство се достапни на [Implementation tools and resources](#).

### **Промени по објавувањето**

Ноември 2013: минорно одржување.

### **Ваша одговорност**

Ова упатство го претставува погледот на NICE, кој е резултат на внимателно разгледување на сите достапни докази. Се очекува здравствените професионалци да го земат во предвид при практикување на нивната клиничка проценка. Но, упатството не ја надминува индивидуалната одговорност на здравствените професионалци во донесувањето одлуки, соодветни на условите на секој индивидуален пациент, а во консултација со пациентот, неговиот негувател/старател и со полно знаење за карактеристиките на применетите продукти или медикаменти.

Имплементацијата на ова упатство е одговорност на локалните членови на комисији и провајдери. Тие се потсетуваат дека нивна одговорност е да го имплементираат ова упатство во нивниот локален контекст, соодветно на нивните должности и потребата да елиминираат незаконска дискриминација, да унапредуваат еднаквост на можности и поттикнување на добри односи. Ништо во ова упатство не треба да биде интерпретирано на начин кој ќе биде неконзистентен со придржувањето кон овие должности.

### **Авторски права**

© Национален институт за здравје и клиничка извонредност 2013. Сите права задржани. Авторските права за материјалот може да се даунлодираат за приватно истражување и за студирање и може да бидат репродуцирани за едукативни и за непрофитни цели. Никаква репродукција од или за комерцијални организации или за комерцијални цели не е дозволена без писмена дозвола од NICE.

ISBN: 978-1-4731-0354-2