

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 НЕСТАБИЛНА АНГИНА И НСТЕМИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при нестабилна ангина и НСТЕМИ.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при нестабилна ангина и НСТЕМИ 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 нестабилна ангина и НСТЕМИ 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. 17-3471/1
12 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Нестабилна ангина и НСТЕМИ

**Ран третман со нестабилна ангина и миокарден инфаркт
без ST-сегмент елевација**

Објавено: март 2010 год.

NICE клинички упатства 94
guidance.nice.org.uk/cg94

Содржина

Вовед	1
Пациентот во центарот на грижата	2
Клучни приоритети за имплементација	3
1. Упатство	4
1.1 Обезбедување на информации	4
1.2 Проценка на ризикот на пациентот од идни несакани кардиоваскуларни настани	4
1.3 Антиромбоцитна терапија	5
1.4 Антиромбинска терапија.....	6
1.5 Стратегии за третман	7
2. Забелешки за целта на упатството	9
3. Имплементација	10
4. Препораки за истражување	11
4.1 Тестирање за исхемија	11
4.2 Проценка на ризик	11
5. Други верзии на ова упатство	13
5.1 Целосно упатство	13
5.2 Информации за јавноста	13
6. Поврзани NICE упатства	14
7. Ажурирање на упатството	15
Прилог А: Група за развој на упатството, Национален центар за клинички упатства и NICE проектен тим	16
Група за развој на упатството	16
NICE проектен тим.....	16
Прилог В: Група за преглед на упатството	17
Прилог С: Алгоритам	18
За ова упатство	19

Вовед

Ова упатство ги обновува и ги заменува препораките за ран третман на нестабилна ангина и НСТЕМИ миокарден инфаркт од NICE упатство за технолошко оценување [47](#) и [80](#).

Терминот 'акутни коронарни синдроми' опфаќа широк ранг на состојби од нестабилна ангина до миокарден инфаркт со ST-сегмент елевација (СТЕМИ), развивајќи се од формирање на тромб на атероматозна плака. Ова упатство се однесува на раниот третман на нестабилна ангина и НСТЕМИ МИ откако ќе се постави сигурна дијагноза и пред отпуштање од болница. Ако не се третира, прогнозата е лоша и морталитетот е висок, особено кај лица со миокардно оштетување. Соодветна тријажа, проценка на ризик и времена употреба на акутна фармаколошки или инвазивни интервенции се критични за превенција од идни несакани кардиоваскуларни ефекти (миокарден инфаркт, мозочен удар, повторлива реваскуларизација или смрт). Ова упатство не го опфаќа третманот на СТЕМИ или специфични компликации на нестабилна ангина и НСТЕМИ, како што се срцев застој или акутната срцева слабост. Проценка и класификација на лица со недиференцирана градна болка е дадена во 'Градна болка со скорешен почеток' (NICE клиничко упатство 95)¹.

Ова упатство ќе претпостави дека препишувачите ќе ги користат збирните карактеристики на лекот во текот на носењето одлуки со индивидуалните пациенти.

Ова упатство препорачува некои лекови за индикации за кои тие не се регистрирани за маркетинг во Обединетото Кралство во моментот на публикување на упатството, доколку постојат добри докази да ја поддржат таа употреба. Недозволена или "off-label" употреба е означена со фуснота.

Низ упатството терминот 'ангиографија' се однесува на инвазивна ангиографија. Препораките 1.3.4 до 1.3.8 ги обновуваат и ги заменуваат препораките за ран третман на нестабилна ангина и НСТЕМИ од 'Clopidogrel in the treatment of non-ST-segment-elevation acute coronary syndrome', NICE упатство за технолошки напредок 80 (ТА 80).

Препораките 1.3.9 до 1.3.11 ги обновуваат и ги заменуваат препораките за ран третман на нестабилна ангина и НСТЕМИ од 'Guidance on the use of glycoprotein IIb/IIIa inhibitors in the treatment of acute coronary syndrome', NICE упатство за технолошки развој 47 (ТА 47).

Повеќе информации се достапни во упатството "Chest pain of recent onset" ([NICE клиничко упатство 95](#)).

¹ Категориите на ризик се добиени од Myocardial Ischaemia National Audit Process (MINAP) датабазата. За повеќе детали, видете го целосното упатство.

Пациентот во центарот на грижата

Ова упатство нуди најдобри практични совети за негата на адулти (18 год. и постари) со дијагноза на нестабилна ангина или НСТЕМИ.

Третманот и негата треба да ги земат во предвид потребите и преференциите на пациентот. Пациентите со нестабилна ангина или НСТЕМИ треба да имаат можност да носат информирани одлуки за нивната нега и третман, во партнерство со нивните здравствени професионалци. Ако пациентите немаат способност да носат одлуки, здравствените професионалци треба да го следат Department of Health's advice on consent и code of practice that accompanies the Mental Capacity Act. Во Велс, здравствените професионалци треба да ги следат advice on consent from the Welsh Government.

Добрата комуникација меѓу здравствениот професионалец и пациентите е есенцијална. Треба да е поткрепена со пишани информации, базирани на докази приспособени на потребите на пациентот. Третманот и негата и сите информации во врска со нив кои им се даваат на пациентите, треба да се културно соодветни. Треба да се достапни за лица со посебни потреби, како што се физички, сензорни или тешкотии при учење и на лица кои не зборуваат или читаат англиски.

Ако пациентот се согласува, фамилиите и негувателите треба да имаат можност да се вклучат во носењето на одлуките за третман и нега.

Фамилиите и негувателите треба да ги имаат сите информации и поддршка кои им се потребни.

Клучни приоритети за имплементација

- Веднаш по поставувањето дијагноза на нестабилна ангина или НСТЕМИ и веќе бил понуден третман со аспирин и антиромбинска терапија, се прави формална проценка на ризикот од идни несакани кардиоваскуларни настани, користејќи скор систем за проценка на ризик од 6-месечна смртност (на пример, Global Registry of Acute Cardiac Events [GRACE]).
- Размислете за интравенска примена на еptifibatide или tirofiban² како дел од раниот третман на пациентите кои имаат умерен или висок ризик од несакани кардиоваскуларни настани (предвиден ризик од 6-месечна смртност над 3%) и кои се закажани за ангиографија во првите 96 часа по приемот во болница.
- Понудете коронарна ангиографија (со последователна ПКИ, ако е индицирано) во првите 96 часа од приемот во болница кај пациенти кои имаат умерен или висок ризик од несакани кардиоваскуларни настани (предвидена 6-месечна смртност над 3.0%) ако немаат контраиндикации за ангиографија (како што се активно крвање или коморбидитет). Изведете ангиографија колку е можно побргу за пациенти кои се клинички нестабилни или со висок исхемичен ризик.
- Кога улогата на ревакуларизација или ревакуларизациона стратегија е нејасна, решете го проблемот со вклучување на интервентен кардиолог, кардиохирург и со други здравствени професионалци, релевантни за потребите на пациентот. Дискутирајте го изборот на ревакуларизационата стратегија со пациентот.
- Со цел детекција и квантификација на индуцибилна исхемија, размислете за тестирање за исхемија пред отпуштање од болница кај пациентите кои биле третирани конзервативно и кои не биле подложени на коронарна ангиографија.
- Пред отпуштање од болница, понудете им на пациентите совети и информации за:
 - Нивната дијагноза и договори за следење (во согласност со 'MI: secondary prevention', NICE клиничко упатство 48).
 - Срцева рехабилитација (во согласност со 'MI: secondary prevention', NICE клиничко упатство 48).
 - Третман на кардиоваскуларните ризик фактори и терапија со лекови за секундарна превенција (во согласност со 'MI: secondary prevention', NICE клиничко упатство 48 и 'Lipid modification', NICE клиничко упатство 67).
 - Промени на животниот стил (во согласност со 'MI: secondary prevention', NICE клиничко упатство 48).

² Eptifibatide и tirofiban се дозволени за употреба со aspirin и нефракциониран хепарин. Немаат дозвола за маркетинг во ГБ за употреба со clopidogrel. Оттука, оваа препорака е за off-label употреба на овие лекови. Треба да се добие информирана согласност и да се документира пред да се користат во комбинација со clopidogrel.

1. Упатство

Следново упатство се базира на најдобрите достапни докази. Целосното упатство е достапно на: [http://guidance.nice.org.uk /CG94/Guidance/pdf/English](http://guidance.nice.org.uk/CG94/Guidance/pdf/English) дава детали за методите и за доказите, користени во развојот на упатството.

1.1 Обезбедување на информации

1.1.1 Понудете им на пациентите јасни информации за ризиците и придобивките од понудените третмани за да можат да донесат информирани одлуки за стратегиите на третман. Информациите треба да се соодветни на ризикот на пациентите од идни несакани кардиоваскуларни настани и од какви било коморбидитети.

1.2 Проценка на ризикот на пациентот од идни несакани кардиоваскуларни настани

1.2.1 Веднаш по поставувањето дијагноза на нестабилна ангина или НСТЕМИ МИ, треба да се понуди aspirin и анти тромбинска терапија, да се процени индивидуалниот ризик за идни несакани срцеви збиднувања со користење на потврден скор систем кој предвидува ризик од 6-месечна смртност (на пример, Global Registry of Acute Cardiac Events [GRACE]).

1.2.2 Во формалната проценка на ризик вклучете:

- Медицинска историја (вклучувајќи возраст, претходен миокарден инфаркт [МИ] и претходна перкутана коронарна интервенција [ПКИ] или аорто-коронарна байпас хирургија [АКБП]).
- Физикален преглед (вклучувајќи мерење на крвен притисок и срцев ритам).
- 12-канален електрокардиограм (ЕКГ) во мир, особено барајќи динамични или нестабилни ЕКГ модели кои се индикативни за миокардна исхемија.
- Крвни тестови (тропонин I или T, креатинин, гликоза и хемоглобин).

1.2.3 Внесете ги резултатите од проценката на ризик во досието на пациентот.

1.2.4 Користете проценка на ризик како водич за клиничкиот третман и балансирајте ја користа од третманот во однос на каков било ризик од поврзани несакани настани во однос на оваа проценка.

1.2.5 Користете предвидена 6-месечна смртност за категоризација на ризикот од идни несакани кардиоваскуларни настани на следниов начин:¹

Предвидена 6-месечна смртност	Ризик од идни несакани кардиоваскуларни настани
1.5% или пониско	Најнизок
> 1.5 до 3.0%	Низок
> 3.0 до 6.0%	Среден
> 6.0 до 9.0%	Висок
над 9.0%	Највисок

1.3 Антитромбоцитна терапија

Aspirin

- 1.3.1 Понудете aspirin колку е можно побргу на сите пациенти и продолжете неограничено, освен ако не е контраиндицирано поради ризик од крвање или преосетливост кон аспирин.
- 1.3.2 Понудете на пациентите оптоварувачка доза од 300 mg aspirin колку е можно побргу, освен ако нема јасни докази дека се алергични на него.
- 1.3.3 За пациенти со преосетливост на лекот, размислете за монотерапија со clopidogrel како алтернативен третман. (Препорака од 'MI: secondary prevention', NICE клиничко упатство 48).

Clopidogrel³

Препораките во овој дел ги обновуваат и ги заменуваат препораките за ран третман на нестабилна ангина и НСТЕМИ од 'Clopidogrel in the treatment of non-STsegment-elevation acute coronary syndrome', NICE упатство за технолошки развој 80 (ТА 80).

- 1.3.4 Веднаш по проценката на ризикот од несакани кардиоваскуларни настани, понудете оптоварувачка доза од 300 mg clopidogrel додатно на aspirin на пациенти со предвидена 6-месечна смртност над 1.5% и без контраиндикации (на пример, зголемен ризик од крвање)⁴.
- 1.3.5 Понудете 300-mg почетна доза clopidogrel на сите пациенти без контраиндикации кои можат да подлежат на ПКИ во првите 24 часа од приемот во болница⁴.
- 1.3.6 Се препорачува третманот со clopidogrel во комбинација со ниска доза aspirin да продолжи за време од 12 месеци по последната акутна епизода на НСТЕМИ АКС. Потоа се препорачува стандарден третман со мала доза aspirin. (Препораката е инкорпорирана од ТА 80).
- 1.3.7 Размислете за прекинување на clopidogrel 5 дена пред АКБП кај пациенти со низок ризик од несакани кардиоваскуларни настани.
- 1.3.8 За пациенти со среден или повисок ризик од несакани кардиоваскуларни настани, дискутирајте со кардиохирургот за продолжување на clopidogrel пред АКБП и базирајте ја одлуката на рамнотежата меѓу исхемичниот и крвавечкиот ризик.

³ Во ова упатство clopidogrel се однесува на clopidogrel hydrogen sulphate.

⁴ Постојат докази за примена на 600-mg оптоварувачка доза на clopidogrel за пациенти кои се третираат со ПКИ во првите 24 часа по приемот. Clopidogrel во ОК нема дозвола за примена на дози поголеми од 300 mg. GDG не беше во можност формално да ги разгледа сите докази за 600-mg оптоварувачка доза и затоа не беше во можност да препорача во моментот на објавување на упатството (март 2010).

Гликопротеин IIb/IIIa инхибитори

Препораките во овој дел ги ажурираат и ги заменуваат препораките за ран третман на пациенти со нестабилна ангина и НСТЕМИ од 'Guidance on the use of glycoprotein IIb/IIIa inhibitors in the treatment of acute coronary syndrome', NICE упатство за технолошки развој 47 (ТА 47).

- 1.3.9 Размислете за интравенозна примена на еptifibatide или tirofiban⁵ како дел од ран третман на пациенти со среден или повисок ризик од несакани кардиоваскуларни настани (предвидена 6-месечна смртност над 3.0%) и кои се планирани за ангиографија во првите 96 часа од приемот во болница.
- 1.3.10 Размислете за abciximab како додаток на ПКИ за пациенти со среден или повисок ризик од несакани кардиоваскуларни настани кои си уште не се поставени на терапија со GPI.
- 1.3.11 Балансирајте ја потенцијалната редукција на исхемичниот ризик кај пациентот со каков било ризик од крвавење, кога одредувате дали треба да се понуди GPI.

1.4 Антитромбинска терапија

- 1.4.1 Понудете fondaparinux на пациенти кои немаат висок ризик од крвавење, доколку не се планира коронарографија во првите 24 часа од приемот во болница.
- 1.4.2 Понудете нефракциониран хепарин како алтернатива на fondaparinux на пациенти кои, веројатно, ќе се подложат на коронарографија во првите 24 часа од приемот во болница.
- 1.4.3 Внимателно разгледајте го изборот и дозата на антитромбин кај пациенти кои имаат висок ризик од крвавење, поврзан со:
 - Напредната возраст.
 - Познати компликации со крвавење.
 - Бубрежна дисфункција.
 - Ниска телесна тежина.
- 1.4.4 Размислете за нефракциониран хепарин со прилагодување на дозата врз основа на мониторирање на коагулационата функција, како алтернатива на fondaparinux за пациенти со значајна ренална дисфункција (креатинин > 265 micromol/L).

⁵ Eptifibatide и tirofiban се регистрирани за примена со aspirin и нефракциониран хепарин. Во ОК немаат регистрација за примена со clopidogrel. Затоа, оваа препорака е за off-label примена на овие лекови. Информирани согласност треба да се добие и да се документира пред нивната примена во комбинација со clopidogrel.

- 1.4.5 Понудете системски нефракциониран хепарин (50–100 units/kg) во катетеризациона лабораторија на пациенти кои примаат fondaparinux, а ќе бидат подложени на ПКИ⁶.
- 1.4.6 Како алтернатива на комбинација на хепарин плус GPI, размислете за bivalirudin за пациенти кои:
- Се со среден или повисок ризик од несакани кардиоваскуларни настани (предвидена 6-месечна смртност над 3%).
 - Не се претходно поставени на GPI или fondaparinux.
 - Се планирани за ангиографија (со продолжување со ПКИ, доколку е индицирано) во првите 24 часа од приемот.
- 1.4.7 Како алтернатива на комбинација на хепарин и GPI, размислете за bivalirudin кај пациенти кои подлежат на ПКИ кои:
- Се со среден или повисок ризик од несакани кардиоваскуларни настани.
 - Не се претходно поставени на GPI или fondaparinux.

1.5 Стратегији за третман

Рано инвазивен, наспроти конзервативен третман

- 1.5.1 Понудете коронарна ангиографија (со последователна ПКИ, ако е индицирано) во првите 96 часа од приемот во болница кај пациенти со среден или повисок ризик од несакани кардиоваскуларни настани (предвидена 6-месечна смртност над 3.0%) ако немаат контраиндикации на ангиографија (пример активно крвање или коморбидитет). Изведете ангиографија колку е можно побргу кај пациенти кои се клинички нестабилни или со висок исхемичен ризик.
- 1.5.2 Понудете конзервативен третман без рана коронарна ангиографија на пациенти со низок ризик од несакани кардиоваскуларни настани (предвидена 6-месечна смртност 3.0% или помалку).
- 1.5.3 Понудете коронарна ангиографија (со последователна ПКИ, ако е индицирано) на пациенти иницијално проценети со низок ризик од несакани кардиоваскуларни настани (предвидена 6-месечна смртност 3.0% или помалку), доколку последователно се појави исхемија или се докаже со тестови за детекција на исхемија.

Перкутана коронарна интервенција versus бајпас графтинг на коронарна артерија

- 1.5.4 Кога се советуваат пациентите за изборот на реваскуларизациона стратегија (ПКИ или АКБП), земете ги во предвид коронарографскиот наод, коморбидитетите и користа и ризикот од секоја интервенција.

⁶ Нефракциониран хепарин не е дозволен за употреба за време на ангиографија и ПКИ. Таква употреба е off-label употреба. Информирани одлука треба да се донесе и да се документира пред да се користи за време на ангиографија и ПКИ.

1.5.5 Кога улогата на реваскуларизацијата или реваскуларизационата стратегија е нејасна, решете го проблемот со дискусија меѓу интервентен кардиолог, кардиохирург и други здравствени професионалци, релевантни за потребите на пациентот. Дискутирајте го изборот на реваскуларизациона стратегија со пациентот.

Тестови за исхемија

1.5.6 Со цел на детекција и квантификација на индуцибилна исхемија, размислете за тестирање за исхемија пред испис на пациентот од болница кај оние пациенти кои биле конзервативно третирани и не биле подложени на коронарна ангиографија.

Проценка на левокоморната функција

1.5.7 Проценка на левокоморна функција е препорачана кај сите пациенти кои имале МИ. (Препорака од 'MI: secondary prevention', NICE клиничко упатство 48).

1.5.8 Размислете за проценка на левокоморна функција кај сите пациенти со нестабилна ангина.

1.5.9 Запишете ги мерењата на левокоморна функција во досието на пациентот и во кореспонденцијата со здравствениот тим од примарната здравствена заштита и со пациентот.

Рехабилитација и планирање за отпуштање

1.5.10 Пред испис од болница, понудете им на пациентите совети и информации за:

- Нивната дијагноза и планот за следење (во согласност со 'MI: secondary prevention', NICE клиничко упатство 48).
- Срцевата рехабилитација (во согласност со 'MI: secondary prevention', NICE клиничко упатство 48).
- Третманот на кардиоваскуларните ризик фактори и тепаријата со лекови за секундарна превенција (во согласност со 'MI: secondary prevention', NICE клиничко упатство 48, и 'Lipid modification', NICE клиничко упатство 67).
- Промените во животниот стил (во согласност со 'MI: secondary prevention', NICE клиничко упатство 48).

1.5.11 Срцевата рехабилитација треба да е еднакво достапна и релевантна на сите пациенти по МИ, особено на лица од групи кои имаат помала веројатност да влезат во системот. Лица од црната раса и минорни етнички групи, постари лица, лица од пониски социоекономски групи, жени, лица од рурални средини и лица со ментални и физички здравствени коморбидитети. (Оваа препорака е од 'MI: secondary prevention', NICE клиничко упатство 48).

1.5.12 Сите пациенти кои пушат треба да се советуваат да прекинат и да им се понуди поддршка и совет и да се упатат на интензивен систем за поддршка (на пример, NHS Stop Smoking Services) во согласност со 'Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings' (NICE упатство за јавно здравје 1). (Оваа препорака е адаптирана од 'MI: secondary prevention', NICE клиничко упатство 48).

2. Забелешки за целта на упатството

NICE упатствата се развиени во согласност со целта која дефинира што упатството ќе покрие, а што нема да покрие. Целта на ова упатство е достапна (види 'How this guidance was produced').

Како беше развиено ова упатство

NICE го овласти Националниот центар за клинички упатства за акутни и хронични состојби да го развие ова упатство. Центарот основаше Група за развој на упатството (види Додаток А), која ги разгледа доказите и го разви упатството. Независен панел за преглед на упатството го надгледуваше развојот на упатството (види Додаток Б).

Повеќе информации за тоа како NICE упатствата се развиваат се достапни на веб страницата на NICE и во прирачникот Како NICE клиничките упатства се развиваат: осврт за заинтересираните страни, јавноста и NHS.

3. Имплементација

NICE разви алатки tools кои ќе им помогнат на организациите да го имплементираат ова упатство.

4. 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. Целосниот сет на препораки за истражување на Групата за развој на упатството е детално прикажан во целосното упатство (види поглавје 5).

4.1 Тестирање за исхемија

4.1.1 Која е улогата на тестовите за исхемија кај лица по акутен коронарен синдром и која е компаративната ефикасност и исплатливост на различните неинвазивни тестови (стрес ЕКГ, ехокардиографија, радионуклидно скенирање и снимање со магнетна резонанца)?

Зошто е ова важно

Растечки број на неинвазивни тестови денес се достапни за истражување при сомнеж за исхемија. Овие тестови бараат различна опрема, различна клиничка експертиза, тие се со различен трошок и може да се разликуваат во нивната способност за детекција и квантификација на миокардна исхемија. Нивното место во рутинското испитување на пациенти, примени со нестабилна ангина и НСТЕМИ (особено оние кои не биле подложени на коронарографија), за разлика од нивната селективна примена, не е јасно. Третманот со нестабилна ангина и НСТЕМИ ќе беше подобрен доколку релативното место на овие тестови беше подобро разбрано и беше направена проценка на нивната ефикасност и исплатливост.

4.2 Проценка на ризик

4.2.1 Кое е клиничкото значење и исплатливоста на систематската употреба на ризични скорови (додатно на клиничката проценка) за исхемични исходи и крвавечки компликации при третман на нестабилна ангина и НСТЕМИ (на сите нивоа на ризик), споредено со само клиничка проценка?

Зошто е ова важно

Повеќето системи за одредување ризик ја предвидуваат веројатноста на морталитет или на исхемични кардиоваскуларни настани повеќе пати по приемот во болница на пациент со акутен коронарен синдром.

Бројни интервенции (лекови и реваскуларизациони процедури) се покажаа дека ги редуцираат овие несакани настани. Овој ефект е најголем кај пациенти со највисок ризик. Но, најголем дел од пациентите со висок исхемичен ризик се истовремено и со најголем ризик од крвавечки компликации, поврзани со употреба на мултипни антиромбоцитни или антиромбински агенси. Има помалку скор системи за одредување на ризик од крвавечки компликации, но знаеме дека крвавечките компликации се поврзани со значително полош исход. Користењето комбинација на скор системи за одредување на исхемичен и ризик од крвање кога се евалуираат податоците од рандомизирани студии и регистри може да помогне да се детерминира

позиционираноста на збирниот бенефит за пациентот (редукција на исхемичен ризик минус секој пораст на ризикот од крвавење).

4.2.2 За пациенти со нестабилна ангина и НСТЕМИ (на различни нивоа на ризик), како податоците на клинички исход (несакани кардиоваскуларни настани и компликации со крвавење), собрани во срцеви регистри, се споредуваат со податоците, собрани од рандомизирани клинички студии (RCTs).

Зошто е ова важно

Пациентите, регрутирани за учество во клинички студии, се често високо селективни; студиите не вклучуваат пациенти кои се постари, со висок ризик или со значаен коморбидитет. Од друга страна, добри податоци од регистри вклучуваат информации за сите пациенти, но се опсервациони и нерандомизирани. Често има несигурност за тоа како податоците за исход од RCTs може да се аплицираат на поголеми неселектирани популации на пациенти, примени во болниците во ОК со нестабилна ангина и НСТЕМИ. Подобро разбирање за разликите меѓу RCT и популациите од регистрите и нивните нивоа на исхемичен и крвавечки ризик ќе помогнат да се детерминира информираниот понатамошен третман. Колекција на добро валидирани податоци од регистри е есенцијална, доколку заклучоците од RCT-и се применат соодветно на сите пациенти со нестабилна ангина и НСТЕМИ, не само на пациенти кои се компарабилни со популациите од студиите.

5. Други верзии на ова упатство

5.1 Целосно упатство

Целосното упатство, 'Unstable angina and NSTEMI: the early management of unstable angina and non-ST-segment-elevation myocardial infarction' содржи детали за методите и за доказите, користени во развојот на ова упатство. Објавено е од Националниот центар за клинички упатства за акутни и хронични состојби и е достапно на веб страницата: <http://guidance.nice.org.uk/CG94/Guidance/pdf/English>.

5.2 Информации за јавноста

NICE продуцираше и информации за јавноста 'information for the public' кои го објаснуваат упатството.

Ги охрабруваме националните здравствени системи (NHS) и организациите од доброволниот сектор да го користат текстот од овие информации во нивните сопствени материјали за нестабилна ангина и НСТЕМИ.

6. Поврзани NICE упатства

Објавени

- Chest pain of recent onset. NICE клиничко упатство 95 (2010).
- Prasugrel for the treatment of acute coronary syndromes with percutaneous coronary intervention. NICE упатство за технолошко оценување 182 (2009).
- Transmyocardial laser revascularisation for refractory angina pectoris. NICE упатство за интервентна процедура 301 (2009).
- Percutaneous laser revascularisation for refractory angina pectoris. NICE упатство за интервентна процедура 302 (2009).
- Lipid modification. NICE клиничко упатство 67 (2008).
- Drug-eluting stents for the treatment of coronary artery disease. NICE упатство за технолошко оценување 152 (2008).
- Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. NICE упатство за јавно здравје 10 (2008).
- MI: secondary prevention. NICE клиничко упатство 48 (2007).
- Hypertension. NICE клиничко упатство 34 (2006). [Заменето со NICE клиничко упатство 127].
- Statins for the prevention of cardiovascular events. NICE упатство за технолошко оценување 94 (2006).
- Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. NICE упатство за јавно здравје 1 (2006).
- Off-pump coronary artery bypass (OPCAB). NICE упатство за интервентна процедура 35 (2004). [Заменето со NICE упатство за интервентна процедура 377].
- Guidance on the use of coronary artery stents. NICE упатство за технолошко оценување 71 (2003).
- Stable angina. NICE клиничко упатство 126 (2011).

7. Ажурирање на упатството

NICE клиничките упатства се обновуваат, земајќи ги во предвид значајните нови информации. Новите докази се проверуваат 3 години по публикувањето и здравствените професионалци и пациентите се прашуваат за нивното мислење; овие информации ги користиме за да одлучиме дали упатството или негов дел бара обновување. Доколку значаен нов доказ е објавен во кое било време, може да се одлучиме за побрзо обновување на некои препораки. Ве молиме погледнете ја нашата интернет страница за обновувањето на упатствата.

Прилог А: Група за развој на упатството, Национален центар за клинички упатства и NICE проектен тим

Група за развој на упатството

(20 члена, податоците се достапни на: <http://guidance.nice.org.uk/cg94>).

NICE проектен тим

(6 члена, податоците се достапни на: <http://guidance.nice.org.uk/cg94>).

Прилог В: Група за преглед на упатството

Групата за преглед на упатството е независна група која го надгледува развојот на упатството и е одговорна за мониторирањето на придржувањето кон NICE процесот за развој на упатства. Групата особено води грижа за тоа дали коментарите на корисниците биле соодветно земени во предвид и адекватно одговорени. Групата вклучува членови од следниве перспективи: примарно, секундарно ниво на нега, граѓани, јавно здравје и индустрија.

(6 члена, податоците се достапни на: <http://guidance.nice.org.uk/cg94>).

Прилог С: Алгоритам

Клиничката патека за третман на нестабилна ангина и НСТЕМИ може да се најде на страниците 33 и 34 на целосното упатство.

За ова упатство

NICE клиничките упатства се препораки за третманот и грижата за лица со одредени болести и состојби во NHS во Англија и во Велс.

Упатството беше развиено од страна на Националниот центар за клинички упатства за акутни и хронични состојби. Центарот работеше со група здравствени професионалци (вклучувајќи консултанти, лекари по општа пракса и медицински сестри), пациенти и негуватели и технички персонал, кои ги разгледуваа доказите и ги подготвија препораките. Препораките беа финализирани по консултации со јавноста.

Методот и процесите на развивање на NICE клиничко упатство е опишан во [The guidelines manual](#).

Ова упатство ги обновува и ги заменува препораките за ран третман на нестабилна ангина и НСТЕМИ од NICE упатствата за технолошки напредок 47 и 80.

Креирање и информации за јавноста [information for the public](#) кои го објаснуваат упатството. Алатките кои ќе помогнат да се воведат ова упатство во клиничка пракса и информациите за доказите врз кои е базирано упатството се исто така достапни [available](#).

Промени по објавувањето

Јануари 2012: минорно одржување.

Август 2013: минорно одржување.

Ваша одговорност

Ова упатство претставува поглед на NICE, развиен по внимателно разгледување на достапните докази. Се очекува здравствените професионалци да го земат целосно во предвид при донесувањето на нивните клинички проценки. Но, упатството не ја избегнува индивидуалната одговорност на здравствените професионалци да донесуваат одлуки, соодветни на условите на индивидуалниот пациент, во консултација со пациентот и/или старателот или со негувателот и базирано на информациите за карактеристиките на кој било лек што го земаат во предвид.

Имплементацијата на ова упатство е одговорност на локалните провајдери. Тие се потсетени дека имплементацијата на упатството на локално ниво е нивна одговорност, во светло на нивните должности, за да се избегне незаконска дискриминација и да се има предвид промовирањето на еднаквите можности. Ништо во ова упатство не треба да се интерпретира на начин кој ќе биде неконзистентен со усогласувањето со 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 студирање и може да бидат репродуцирани за едукативни и 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