

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 ВЕНСКИ ТРОМБЕМБОЛИСКИ БОЛЕСТИ: ТРЕТМАН НА ВЕНСКИ ТРОМБЕМБОЛИСКИ БОЛЕСТИ И УЛОГАТА НА ТЕСТИРАЊЕТО ЗА ТРОМБОФИЛИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при венски тромбемболиски болести: третман на венски тромбемболиски болести и улогата на тестирањето за тромбофилија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при венски тромбемболиски болести: третман на венски тромбемболиски болести и улогата на тестирањето за тромбофилија 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 венски тромбемболиски болести: третман на венски тромбемболиски болести и улогата на тестирањето за тромбофилија 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. 17-3117/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Венски тромбемболиски болести: третман на венски тромбемболиски болести и улогата на тестирањето за тромбофилија

Објавено: јуни 2012 год.

NICE клинички упатства 144
guidance.nice.org.uk/cg144

Содржина

Вовед	1
Нега насочена кон пациентот	1
Главни приоритети за имплементирање	2
Дијагноза.....	2
Третман.....	3
Тромболитичка терапија	4
Механички интервенции	4
Истражувања за канцер	4
1. Упатства	6
Термини кои се користат во овие упатства	6
1.1 Дијагноза	7
1.2 Третман	10
1.3 Информации за пациентот	12
1.4 Самотретирање и самомониторирање на пациенти, третирани со витамин К антагонист	13
1.5 Истражувања кај канцер	13
1.6 Тестирање за тромбофилија	14
2. Забелешки за прегледот на упатствата	15
3. Имплементација	16
4. Препораки за истражување	17
4.1 Дијагноза на длабока венска тромбоза.....	17
4.2 Долготрајна, наспроти 3-месечна орална антикоагулантна терапија кај субгрупи на пациенти со зголемен ризик од ВТЕ.....	17
4.3 Долготрајна антикоагулантна терапија со ниско молекуларен хепарин, наспроти витамин К антагонист кај пациенти со ВТЕ и активен канцер	18
4.4 Тромболитичка терапија за ДВТ	18
4.5 Системска фармаколошка тромболиза, споредена со стандардна антикоагулантна терапија кај пациенти со белодробна емболија и десно коморна дисфункција	19
5. Други верзии на овие упатства	20
5.1 Целосни упатства.....	20
5.2 NICE патоказ	20
5.3 „Разбирањето на NICE упатствата“	20
6. Поврзани NICE упатства	21
7. Обновување на упатствата	22
Апендикс А: Група за развој на упатства, Национален центар за клинички упатства и NICE проект тим	23
Група за развој на упатства.....	23
Експерт советник	23
Национален центар за клинички препораки.....	23
NICE проект тим.....	23
Апендикс Б: Панел за ревизија на упатствата	24
Апендикс Ц: Двостепен Wells скор табели и алгоритми за дијагноза	25
За овие упатства	25

Вовед

Венската тромбемболија (ВТЕ) е состојба во која крвен коагулум (тромб) се формира во вената, најчесто во двабоките вени на нозете или карлицата. Ова е познато како длабока венска тромбоза, или ДВТ. Тромбот може да се откачи и да се движи преку крвта, особено до пулмоналните артерии. Ова е познато како пулмонална емболија, или ПЕ. Терминот 'ВТЕ' ги вклучува и ДВТ (длабока венска тромбоза) и ПЕ (белодробна емболија).

Венските тромбемболиски заболувања опфаќаат цел спектар кој вклучува сè од асимптоматска потколенска венска тромбоза до симптоматска ДВТ. Тие можат да бидат фатални ако доведат до ПЕ, каде дотокот на крв во белите дробови е во голем степен блокиран од тромбот. Нефатална ВТЕ може да предизвика сериозни долготрајни состојби како пост-тромботичниот синдром.

Тромбофилијата е голем ризик фактор за ВТЕ. Тоа е наследна или здобиена протромботична состојба која предиспонира за ВТЕ. Другите поголеми ризик фактори за ВТЕ вклучуваат и претходна историја за ДВТ, возраст над 60 години, операции, дебелина, пролонгирано патување, акутна медицинска болест, рак, имобилитет или бременост.

Неуспех за точно дијагностицирање и третман на ВТЕ може да резултира во фатална ПЕ. Но, дијагнозата на ВТЕ не е секогаш јасна. Овие упатства вклучуваат совети за Wells скорот, мерењето на Д-Димерите, ултразвук и радиолошки имаџинг. Истовремено нуди и препораки за третманот на ВТЕ, испитувања за канцер кај пациенти со ВТЕ и тестирање за тромбофилија. Упатствата вклучуваат и возрасни со сомнителна или потврдена ДВТ или ПЕ. Не ги вклучува децата или младите под 18 години или бремените жени.

Упатствата претпоставуваат дека претплатниците ќе користат и упатство за лекови за карактеристиките на продуктот, со цел да донесат информирани одлуки кај индивидуалните пациенти. Упатствата препорачуваат некои лекови со индикации за кои тие немаат маркетиншка авторизација во ОК (Обединетото Кралство на Велика Британија) на датумот на објавувањето, само ако има добри докази кои ја поддржуваат нивната употреба. Таму каде што се направени препораки за употреба на лекови надвор од нивните лиценцирани индикации (употреба надвор од етикетата), тие лекови се означени со фуснота во препораките.

Нега насочена кон пациентот

Овие упатства ги даваат најдобрите совети за нега на возрасни пациенти со ВТЕ.

Третманот и негата треба да ги земат предвид и потребите и преференците на пациентот. Пациентите со ВТЕ треба да ја имаат можноста да донесат информирани одлуки за нивната нега и третман, во партнерство со нивните здравствени професионалци. Ако пациентите немаат капацитет да носат одлуки, здравствените професионалци треба да ги следат советите на Министерството за здравство за

добивање согласност и кодот на пракса кој го придружува актот за ментална способност. Во Велс, здравствените работници треба да ги следат советите за давање согласност од Владата на Велс.

Добрата комуникација помеѓу здравствените работници и пациентите е најважна. Треба да биде поддржана од писмени информации, базирани на докази, скроени за потребите на пациентите. Третманот и негата и информациите кои се дадени на пациентите треба да се културно соодветни. Исто така, треба да се достапни за луѓе со дополнителни потреби, како физички, сензорни или попречености во учењето и за луѓе кои не зборуваат или не пишуваат англиски.

Ако пациентот се согласи, фамилиите и лицата кои им пружаат нега треба да имаат можност да бидат инволвирани во одлуките за третман и нега.

Исто така, на фамилиите и на лицата кои пружаат нега треба да им биде дадена потребната поддршка и информации.

Главни приоритети за имплементирање

Следниве препораки беа идентификувани како приоритети за имплементација.

Дијагноза

Дијагностички иследувања за длабока венска тромбоза

Ако пациентот презентира со знаци или симптоми на длабока венска тромбоза (ДВТ), направете проценка на нивната генерална медицинска историја и физички преглед за да ги исклучите другите причини.

Понудете им на пациентите каде се сомневате за ДВТ и кои се со можен ДВТ Wells скор (за ДВТ Wells скорот на две нивоа, видете ја табела 1 дел 1.1) **или:**

- Ултразвук венски скен на проксималниот дел од ногата изведен во тек на 4 часа од кога е побаран и, ако резултатот е негативен, Д-Димер тест **или**
- Д-Димер тест и интерим 24-часовна доза на парентерален антикоагулант (ако ултразвук венскиот скен на проксималниот дел од ногата не може да биде изведен во рок од 4 часа) и ултразвук венски скен на проксималниот дел од ногата, изведен во рок од 24 часа од кога е назначен.
- Повторете го ултразвук венскиот скен на проксималниот дел од ногата 6-8 дена подоцна за сите пациенти со позитивен Д-Димер тест и негативен ултразвук скен на проксималниот дел од ногата.
- На пациентите каде се сомневате за ДВТ и се со мала веројатност за повисок ДВТ Wells скор (за ДВТ Wells скорот на две нивоа, видете ја табела 1 дел 1.1) понудете им Д-Димер тест и, ако резултатот е позитивен, понудете **или:**
- Ултразвук скен на проксималниот дел од ногата кој треба да се изведе во рок од 4 часа од кога е назначен или
- Интерим 24-часовна доза на парентерален антикоагуланс (ако ултразвук венскиот скен на проксималниот дел од ногата не може да се изведе во рок од 4 часа) и

венски ултразвук скен на проксималниот дел на ногата, изведен во рок од 24 часа од кога е назначен.

Дијагностички иследувања за белодробна емболија

- Понудете им на пациентите кај кои се сомневате на белодробна емболија (ПЕ) и кои се со високо веројатен двостепен ПЕ Wells скор (за ДВТ Wells скорот на две нивоа, видете ја табела 1 дел 1.1) или:
- Итен компјутеризиран томографски пулмонален ангиограм (ЦТПА).
- Итна интерим парентерална антикоагулантна терапија, следена од ЦТПА, ако ЦТПА не може да се изведе веднаш.
- Размислете за венски ултразвук скен на проксималниот дел од ногата ако ЦТПА е негативен, а се сомневате за ДВТ.
- Понудете им на пациентите каде се сомневате на ПЕ и се со малку веројатен двостепен ПЕ Wells скор (за ДВТ Wells скорот на две нивоа, видете ја табела 1 дел 1.1) Д-Димер тест и ако резултатот е позитивен, понудете или:
- Итна ЦТПА.
- Итна интерим парентерална антикоагулантна терапија, следена од ЦТПА, ако ЦТПА не може да се изведе веднаш.

Третман

Фармаколошки интервенции

Длабока венска тромбоза или белодробна емболија

Понудете избор од ниско молекуларен хепарин или фондапаринокс кај пациенти со докажана проксимална ДВТ или ПЕ, земајќи ги предвид коморбидитетите, контраиндикациите и цените на лековите, со следниве исклучоци:

- За пациенти со тешко влошување во бубрежната функција или веќе докажана бубрежна слабост (процентата гломеруларна филтрациона стапка [eГФР] <30 ml/min/1.73 m²) понудете нефракциониран хепарин (UFH) со приспособување на дозата со помош на АРТТ (активирано парцијално тромбoplastинско време) или LMWH (ниско молекуларен хепарин) со приспособување на дозата, базирано на анти-Ха есеј.
- За пациенти со зголемен ризик за крвавење, размислете за UFH.
- За пациенти со ПЕ кои се хемодинамски нестабилни, понудете UFH и размислете за тромболитичка терапија (видете ги препораките 1.2.7 и 1.2.8 за фармаколошка системска тромболитичка терапија кај белодробна емболија).

Почнете со LMWH, фондапаринокс или UFH што е можно побргу и продолжете минимум 5 дена или додека интранационалното нормализирано ратио (INR) (прилагодено од витамин К антагонист [VKA]; видете во препораките 1.2.3 за VKA кај пациенти со докажана проксимална ДВТ или ПЕ) е 2 или над тоа во рок од 24 часа, кое било што е подолго.

Понудете LMWH на пациенти со активен канцер и докажана проксимална ДВТ или ПЕ и продолжете го LMWH 6 месеци^[1]. На 6 месеци, проценете ги ризиците и бенефитите од продолжената антикоагулација^[2].

Понудете ВКА над 3 месеци кај пациенти со непровоцирана ПЕ, земајќи го предвид ризикот на пациентот за повторна ВТЕ и зависно од тоа дали тие се со зголемен ризик од крвање. Разговарајте со пациентот за бенефитите и за ризиците од продолжувањето на нивниот ВКА третман.

Размислете за продолжување на ВКА над 3 месеци кај пациенти со непровоцирана проксимална ДВТ ако нивниот ризик за повторна ВТЕ е висок и нема дополнителен ризик од големи крвавења. Разговарајте со пациентот за бенефитите и за ризиците од продолжувањето на нивниот ВКА третман.

Тромболитичка терапија

Длабока венска тромбоза

Размислете за катетер-управувана тромболитичка терапија кај пациенти со симптоматска илиофеморална ДВТ кои имаат:

- Симптоми со времетраење од помалку од 14 дена.
- Добра функционална состојба.
- Времетраење на животен век од 1 година или повеќе.
- Низок ризик од крвање.

Механички интервенции

Проксимална длабока венска тромбоза или белодробна емболија

Понудете чорапи за градуирана компресија до под колено со притисок на зглобот на стапалото над 23 mmHg кај пациенти со проксимална ДВТ една недела по дијагностицирањето или кога доволно е спаднат отокот и ако нема контраиндикации^[3] и:

- Советувајте ги пациентите да продолжат со носење на чорапите најмалку уште 2 години.
- Уверете се дека чорапите се заменуваат два до три пати годишно или во согласност со инструкциите на производителот.
- Советувајте ги пациентите дека чорапите треба да се носат само на засегнатата нога или нозе.

Истражувања за канцер

Размислете за понатамошни истражувања на канцер со абдоминално-карличен КТ скен (и мамограм за жени) кај пациенти со возраст над 40 години со прва непровоцирана ДВТ или ПЕ кои немаат знаци или симптоми на рак, базирано на првите иследувања (видете препораки 1.5.1 од истражувањата за рак).

[1] За време на објавувањето (јуни 2012 год.) некои типови на LMWH немаат маркетиншка авторизација во ОК за 6-месечен третман на ДВТ или ПЕ кај пациенти со канцер. Претплатниците треба да се консултираат со резимето на продуктите карактеристики на индивидуалните LMWH и да ги направат потребните

прилагодувања кај тешките ренални болести или кај тие со потврдена бубрежна слабост. Треба да се добие информирана согласност за употреба надвор од етикетите и таа да биде документирана.

- [2] Иако оваа употреба е честа во ОК, за време на објавувањето (јуни 2012 год.) никој од антикоагулансите нема маркетиншка авторизација во ОК за третман на ДВТ или ПЕ над 6 месеци кај пациенти со рак. Треба да се добие информирана согласност за употреба надвор од етикетите и таа да биде документирана.
- [3] Преписувачите мора да обратат внимание на специфичните информации за продуктите и контраиндикациите пред да понудат градуирани чорапи за компресија.

1. Упатства

Следниве упатства се базирани на најдобрите достапни докази. Целосните упатства даваат детали за методите и за доказите кои се користени за развој на упатствата.

За да се обезбеди разбирлив третман и континуитет при развивање на програма за неа на пациенти кои се со ризик од развивање или кои развиваат ВТЕ, корисниците на овие упатства се охрабрани да се обратат кон NICE упатствата за Венски тромбемболизам: редуцирање на ризикот (NICE клинички упатства 92), Ривероксабан за превенција на венски тромбемболизам по операција за тотална замена на зглоб на колк или колено кај возрасни (NICE прирачникот за технолошка проценка 170), Дабигатрен етексилат за превенција на венски тромбемболизам по операција за замена на зглоб на колк или колено кај возрасни (NICE прирачникот за технолошка проценка 157) и Адхеренција на лекови (NICE клинички упатства 76) (видете исто [дел 6](#)).

Термини кои се користат во овие упатства

Д-Димер тест - Д-Димерот е продукт кој се формира во телото кога крвен коагулум (како тие што се наоѓаат во ДВТ или ПЕ) се разложува. Лабораториски тест може да се направи за да се процени концентрацијата на Д-Димери во крвта на еден човек. Прагот за позитивен резултат варира кај различни типови на Д-Димер тест кои се користат и се детермираат локално. Резултатот од Д-Димер тестот може да се користи како дел од проценката за веројатност кога се сомневаме на ДВТ или ПЕ.

Интернационално нормализирано ратио (ИНР). Стандардизирано лабораториско мерење на коагулацијата на крвта која се користи за мониторирање на адекватноста на антикоагулацијата кај пациенти кои се третираат со витамин К антагонист.

Провоцирана ДВТ или ПЕ кај пациент со претходен (во рок од 3 месеци) и транзиентен значаен ризик фактор за ВТЕ – на пример операција, траума, значителна неподвижност (врзан за кревет, неможност за одење без помош или кој најверојатно го поминува поголемиот дел од денот во кревет или на столица), бременост или пуерпериум – или кај пациент кој прима хормонална терапија (орални контрацептиви или хормонска заместителна терапија).

Проксимална ДВТ. ДВТ во поплитеалната вена или погоре. Проксималната ДВТ некогаш се нарекува ДВТ над коленото'.

Бубрежна засегнатост. Редуцирана бубрежна функција која може да биде акутна или хронична. Проценета гломеруларна филтрациона стапка од помалку од 90 мл/мин/1.73 m² покажува степен на бубрежна засегнатост кај хронична бубрежна болест. (За NICE упатствата за класификацијата на хроничната бубрежна болест, видете [Хронична бубрежна болест](#) [NICE клинички препораки 73]).

Непровоцирана ДВТ или ПЕ кај пациент:

Без претходни значајни ризик фактори за ВТЕ (видете во Провоцирана длабока венска тромбоза или белодробна емболија погоре) кои не се на хормонална терапија (орална контрацептивна или хормонска заместителна терапија) или со активен канцер, тромбофилија или фамилијарна историја за ВТЕ, бидејќи тие се основни ризици кои остануваат константни кај пациентот.

Wells скорот. Клиничко правило за претпоставка за проценка на можноста за ДВТ или ПЕ. Има голем број достапни на верзии на Wells скорот. Овие упатства ги препорачуваат двократниот ДВТ Wells скор и двократниот ПЕ Wells скор.

1.1 Дијагноза

Дијагностички иследувања кај длабока венска тромбоза

- 1.1.1 Ако пациентот за време на презентација има знаци или симптоми на длабока венска тромбоза (ДВТ), спроведете проценка на нивната генерална медицинска историја и физикален преглед за да ги исклучите другите причини.
- 1.1.2 Ако се сомневате за ДВТ, користете двостепен ДВТ Wells скор (видете во табела 1 подолу) за да ја процените клиничката веројатност за ДВТ.

Табела 1. Двостепен ДВТ Wells скор ^a

Клинички карактеристики	Поени
Активен канцер (тековен третман, во рок од 6 месеци или палијативен)	1
Парализа, пареза или скорешна гипсна имобилизација на долните екстремитети	1
Скоро врзан за кревет 3 дена или повеќе или скорешна операција во последните 12 недели која има потреба од општа или локална анестезија	1
Локализирано чувство на болка долж распространетоста на длабокиот венски систем	1
Отечена цела нога	1
Отекување на потколеницата најмалку 3 см поголемо од асимптоматската страна	1
Тестест оток, ограничен на симптоматската нога	1
Колатерални површни вени (не варикозни)	1
Претходно документирана ДВТ	1
Алтернативна дијагноза која е со приближна веројатност како ДВТ	-2
Едноставен скор за клиничка веројатност	
Голема веројатност за ДВТ	2 points or more
Мала веројатност за ДВТ	1 point or less
^a Адаптирано со дозвола на Wells PS et al. (2003). Евалуација на Д-Димерите при сомневање за длабока венска тромбоза.	

- 1.1.3 Кај пациентите, каде се сомневате на ДВТ и со голема веројатност за двостепен Wells скор (видете ја табела 1 погоре), понудете им **или**:
- Венски ултразвук на проксималниот дел од ногата, направен во рок од 4 часа од кога е назначен.
 - И, ако резултатите се негативни, Д-Димер тест.
или
 - Д-Димер тест и интерим 24-часовна доза од парентерален антикоагуланс (ако венскиот ултразвук скен на проксималниот дел од ногата не може да се изведе во рок од 4 часа) и венски ултразвук скен на проксималниот дел од ногата во рок од 24 часа од кога е назначен.
 - Повторете го венскиот ултразвук скен на проксималниот дел од ногата 6-8 дена подоцна за сите пациенти со позитивен Д-Димер тест и негативен венски ултразвук скен на проксималниот дел од ногата.
- 1.1.4 Понудете им на пациентите кај кои се сомневате за ДВТ и кои се со мала веројатност за:
- Двостепен ДВТ Wells скор (видете табела 1 погоре) Д-Димер тест и ако резултатот е позитивен понудете **или**:
 - Венски ултразвук скен на проксималниот дел од ногата, направен во рок од 4 часа од кога е назначен.
 - Интерим 24-часовна доза од парентерален антикоагуланс (ако венскиот ултразвук скен на проксималниот дел од ногата не може да се изведе во рок од 4 часа) и венски ултразвук скен на проксималниот дел од ногата во рок од 24 часа од кога е назначен.
- 1.1.5 Дијагностицирајте и третирајте ги пациентите со ДВТ (видете ги препораките за третман во дел 1.2) кои се со позитивен венски ултразвук скен на проксималниот дел од ногата.
- 1.1.6 Земете во предвид и алтернативни дијагнози кај пациенти со:
- Мала веројатност за двостепен ДВТ Wells скор (видете ја табела 1 погоре).
 - Негативен Д-Димер тест.
 - Позитивен Д-Димер тест и негативен венски ултразвук скен на проксималниот дел од ногата.
 - Двостепен ДВТ Wells скор (видете ја табела 1 погоре) со голема веројатност **и**
 - негативен венски ултразвук скен на проксималниот дел од ногата и негативен Д-Димер тест.
 - Повторно негативен венски ултразвук скен на проксималниот дел од ногата.
 - Советувајте ги пациентите во овие две групи дека има мала веројатност да имаат ДВТ и дискутирајте за знаците и за симптомите на ДВТ и каде и како да се обратат за медицинска помош.

Дијагностички иследувања кај белодробна емболија

- 1.1.7 Ако пациентот на презентација е со знаци и симптоми за белодробна емболија (ПЕ), спроведете проценка на нивната општа медицинска историја, физикален преглед и рендген скен на белите дробови за да се исклучат други предизвикувачи.

1.1.8 Ако се сомневате за ПЕ, користете двостепен ПЕ Wells скор (видете ја табела 2 подолу) за да ја процените клиничката веројатност за ПЕ.

Табела 2. Двостепен Wells скор ^a

Клинички карактеристики	Поени
Клинички знаци и симптоми за ДВТ (минимална потеченост на ногата и болка при палпација на длабоките вени)	3
Мала веројатност за алтернативна дијагноза на ПЕ	3
Срцева фреквенција > 100 удари во минута	1.5
Имобилизација повеќе од 3 дена или операција во последните 4 недели	1.5
Претходна ДВТ/ПЕ	1.5
Хемоптиза	1
Малигнитет (на терапија или третиран во последните 6 месеци или палијативен)	1
Едноставен скор за клиничка веројатност	
Голема веројатност за ПЕ	Повеќе од 4 поени
Мала веројатност за ПЕ	4 поени или помалк
^a Адаптирано со дозвола на Wells PS et al. (2000). Деривација од едноставен клинички модел за да се категоризира веројатноста за белодробна емболија кај пациентот: зголемување на користа на моделот со SimpliRED Д-Димерот.	

1.1.9 Понудете им на пациентите каде се сомневате за ПЕ или кои се со голема веројатност за двостепен ПЕ Wells скор (видете ја табела 2 погоре) **или**:

- Итен компјутеризиран томографски пулмонален ангиограм (ЦТПА).
- Итна интерим парентерална антикоагулантна терапија, следена од ЦТПА, ако ЦТПА не може да се изведе веднаш.
- Размислете за венски ултразвук скен на проксималниот дел од ногата ако ЦТПА е негативен, а се сомневате за ДВТ.

1.1.10 Понудете им на пациентите каде се сомневате за ПЕ и се со мала веројатност за двостепен ПЕ Wells скор (видете ја табела 2 погоре) Д-Димер тест и ако резултатите се позитивни понудете **или**:

- Итна ЦТПА.
- Интерим парентерална антикоагуланта терапија, следена од ЦТПА, ако ЦТПА не може да се изведе веднаш.

1.1.11 Кај пациентите кои се алергични на контраст, или кои имаат бубрежна засегнатост, или кои ризикот од ирадијација е висок:

- Проценете ја соодветноста на вентилационо-перфузиониот компјутеризиран томографски скен со емисија на сингуларен фотон (V/Q SPECT) или ако V/Q SPECT scan не е достапен V/Q планарен скен како алтернатива за ЦТПА.
- Ако понудите V/Q SPECT или планарен скен кој не е достапен веднаш, понудете итна интерим парентерална антикоагулантна терапија.

1.1.12 Дијагностицирајте и третирајте ПЕ (видете ги препораките за третман во делот 1.2) кај пациенти со позитивен ЦТПА или кај кои ПЕ е идентификувана со V/Q SPECT или планарен скен.

1.1.13 Земете во предвид алтернативни дијагнози кај следниве две групи пациенти:

- Пациенти со мала веројатност за двостепен ПЕ Wells скор (видете ја табела 2 погоре) **или**:
 - Негативен Д-Димер тест **или**
 - Позитивен Д-Димер тест и негативна ЦТПА.
- Пациенти со голема веројатност за двостепен ПЕ Wells скор (видете ја табела 2 погоре) и **истовремено**:
 - Негативна ЦТПА **и**
 - Без сомневање за ДВТ.

Советувајте ги овие пациенти дека е мала веројатноста да имаат ПЕ и каде и кога да се обратат за медицинска помош.

Пациенти со знаци или симптоми за истовремено длабока венска тромбоза и белодробна емболија

1.1.14 Ако пациентот при презентација е со знаци или симптоми за ДВТ (на пример, отечена и/или болно осетлива нога) и ПЕ (на пример, болка во градите, недостаток на воздух и хемоптиза) истовремено, продолжете со иницијалните дијагностички иследувања за ДВТ или ПЕ, базирајќи го изборот на дијагностички иследувања според вашето клиничко расудување.

1.2 Третман

Фармаколошки интервенции

Длабока венска тромбоза или белодробна емболија

1.2.1 Понудете избор од ниско молекуларен хепарин (LMWH) или фондапаринокс кај пациенти со докажана проксимална ДВТ или ПЕ, земајќи ги во предвид и коморбидитетите, контраиндикациите и цената на лековите, со следниве отстапки:

- За пациентите со тешка бубрежна засегнатост или веќе потврдена бубрежна слабост (проценета гломеруларна филтрациона стапка [eGFR] <30 ml/min/1.73 m²), понудете нефракциониран хепарин (UFH) со прилагодување

на дозата за АПТТ (активирано парцијално тромбопластинско време) или LMWH со прилагодување на дозата, базирано на anti-Xa есеј.

- За пациенти со зголемен ризик од крвање, размислете за UFH.
- За пациенти со ПЕ кои се хемодинамски нестабилни, понудете UFH и размислете за тромболитичка терапија (видете ги препораките 1.2.7 и 1.2.8 за фармаколошка системска тромболитичка терапија кај белодробна емболија).

Почнете со LMWH, фондапаринокс или UFH што е можно побргу и продолжете најмалку 5 дена или додека интернационалното нормализирано рацио (INR) (прилагодено со витамин К антагонист [ВКА]; видете ги препораките 1.2.3 за ВКА кај пациенти со докажана проксимална ДВТ или ПЕ) е 2 или над 2 најмалку 24 часа, зависно кое е подолго.

1.2.2 Понудете LMWH кај пациенти со активен канцер и докажана проксимална ДВТ или ПЕ и продолжете со LMWH 6 месеци^[4]. За 6 месеци проценете го ризикот и бенефитите од продолжена антикоагулација^[5].

1.2.3 Понудете ВКА кај пациенти со докажана проксимална ДВТ или ПЕ во рок од 24 часа од дијагнозата и продолжете следните 3 месеци. На 3 месеци проценете го ризикот и бенефитите од продолжениот третман со ВКА (видете ги препораките 1.2.4 и 1.2.5 подолу).

1.2.4 Понудете ВКА над 3 месеци кај пациенти со непровоцирана ПЕ, земајќи го во предвид и ризикот на пациентот од повторна ВТЕ и тоа дали тие се со зголемен ризик од крвање. Разговарајте со пациентот за бенефитите и за ризиците од продолжувањето на нивниот ВКА третман.

1.2.5 Размислете за продолжување на ВКА над 3 месеци кај пациенти со непровоцирана проксимална ДВТ ако нивниот ризик за повторна ВТЕ е висок и нема дополнителен ризик за мајорно крвање. Разговарајте со пациентот за бенефитите и за ризиците од продолжениот ВКА третман.

Ривероксабан

NICE развива технолошки прирачник за проценка за ривероксабан за третман на длабока венска тромбоза и превенција на рекурентна длабока венска тромбоза и белодробна емболија (објавувањето се очекува во јули 2012 год.).

Тромболитичка терапија

Длабока венска тромбоза

1.2.6 Размислете за катетер водена тромболитичка терапија за пациенти со симптоматска илиофеморална ДВТ кои имаат:

- Симптоми со времетраење од 14 дена.
- Добар функционален статус.
- Времетраење на животен век од 1 година или повеќе.
- Низок ризик од крвање.

Белодробна емболија

- 1.2.7 Размислете за фармаколошка системска тромболитичка терапија за пациенти со ПЕ и хемодинамска нестабилност (видете исто 1.2.1 препораките за фармаколошки интервенции кај ДВТ и ПЕ).
- 1.2.8 Не нудете фармаколошка системска тромболитичка терапија кај пациенти со ПЕ и хемодинамска стабилност (видете ги препораките 1.2.1 за фармаколошки интервенции кај ДВТ и ПЕ).

Механички интервенции

Проксимална длабока венска тромбоза или белодробна емболија

- 1.2.9 Понудете чорапи за градуирана компресија на потколеницата со притисок на скочниот зглоб над 23 mmHg кај пациенти со проксимална ДВТ една недела по дијагностицирањето или кога доволно е намален отокот и ако нема никакви контраиндикации ^[6] и:
- Советувајте ги пациентите да продолжат со носењето на чорапите уште најмалку 2 години.
 - Осигурете се дека чорапите се менуваат два до три пати годишно или во согласност со препораките на производителот.
 - Советувајте ги пациентите дека чорапите треба да се носат само на зафатената нога или нозе.
- 1.2.10 Понудете привремени филтри за вена кава инфериор кај пациенти со проксимална ДВТ или ПЕ:
- Кај оние кои не можат да примаат антикоагулантна терапија и отстранете го филтерот на вена кава инфериор кога пациентот станува подобен за антикоагулантна терапија.
- 1.2.11 Размислете за филтри за вена кава инфериор кај пациенти со повторувачка проксимална ДВТ или ПЕ и покрај адекватна антикоагулантна терапија само по разгледувањето на алтернативните третмани, како што се:
- Зголемување на таргет ИНР до 3-4 за долготрајна орална антикоагулантна терапија со висок интензитет.
 - Промена на терапија со LMWH.
- 1.2.12 Осигурете се дека стратегијата за најбрзо можно отстранување на филтерот на вена кава инфериор е веќе претходно испланирана и документирана кога се ставал филтерот и дека таа стратегија се разгледува на редовна база.

1.3 Информации за пациентот

- 1.3.1 Дајте им на пациентите кои примаат антикоагулантна терапија вербална и пишана информација за:
- Како да ги користат антикоагулансите.
 - Времетраењето на антикоагулантната терапија.

- Можни несакани ефекти од антикоагулантната терапија и што да се направи ако тие се случат.
- Ефектите на другите лекови, храна и алкохол на оралната антикоагулантна терапија.
- Мониторирање на нивниот антикоагулантен третман.
- Како антикоагулансите можат да влијаат на нивниот стоматолошки третман.
- Земање антикоагуланси при планирање бременост или при забременување.
- Како можат да влијаат антикоагулансите на активности како спорт и патување.
- Кога и како да побараат медицинска помош.

1.3.2 Обезбедете им на пациентите кои примаат антикоагулантна терапија, ‘книшка со информации за антикоагулантната терапија’ и со ‘картичка за алармирање’ и советувајте ги да ја носат таа картичка со себе секогаш.

1.3.3 Бидете свесни дека хепарините се од животинско потекло и дека ова може да биде загрижувачко за некои пациенти (видете во Религија или верба: практичен водич за NHS). За пациентите кои се загрижени за користење на животински продукти, размислете да им понудите синтетички алтернативи врз база на вашето клиничко расудување, по дискутирањето со пациентот за нивната соодветност, предности и недостатоци. [Оваа препорака е од Венска тромбемболија: редуцирање на ризикот (NICE клинички препораки 92)].

1.3.4 Советувајте ги пациентите за точната апликација и користење на чорапите за градуирана компресија на потколеницата, колку долго тие треба да бидат носени и кога треба да бидат заменети.

1.4 Самопретирање и самомониторирање на пациенти, третирани со витамин K антагонист

1.4.1 Немојте рутински да нудите само-третирање или самомониторирање на ИНР кај пациентите кои имаат ДВТ или ПЕ и веќе се на терапија со ВКА.

1.5 Истражувања кај канцер

1.5.1 Понудете им ги на пациентите, дијагностицирани со непровоцирана ДВТ или ПЕ кои сè уште не се дијагностицирани со канцер, следниве испитувања:

- Физикален преглед (воден од историјата на пациентот).
- Рендген скен на белите дробови.
- Испитувања на крвта (комплетна крвна слика, серумски калциум и тестови за функцијата на црниот дроб).
- Анализа на урина.

1.5.2 Размислете за понатамошни иследувања за канцер со абдоминално-карличен КТ скен (и мамографија кај жени) кај сите пациенти со возраст над 40 години со прва непровоцирана ДВТ или ПЕ кои немаат знаци или симптоми на канцер врз база на примарните иследувања (видете ги препораките 1.5.1 погоре).

1.6 Тестирање за тромбофилија

- 1.6.1 Не нудете тестирање за тромбофилија кај пациенти кои продолжуваат со антикоагулантна терапија.
- 1.6.2 Размислете за тестирање на антифосфолипидни антитела кај пациенти кои имале непровоцирана ДВТ или ПЕ ако е планирано кај нив да се прекине со антикоагулантната терапија.
- 1.6.3 Размислете за тестирање на наследна тромбофилија кај пациенти кои имале непровоцирана ДВТ или ПЕ и кои имаат роднини од прв степен кои имале ДВТ или ПЕ, ако е планирано кај нив да се прекине со антикоагулантната терапија.
- 1.6.4 Не нудете тестирање на тромбофилија кај пациенти кои имале провоцирана ДВТ или ПЕ.
- 1.6.5 Не нудете рутинско тестирање на тромбофилија кај роднини од прв степен на луѓе со историја на ДВТ или ПЕ и тромбофилија.
- [4] За време на објавувањето (јуни 2012 год.) некои типови на LMWH немаат маркетиншка авторизација во ОК за 6-месечен третман на ДВТ или ПЕ кај пациенти со канцер. Преписувачите треба да се консултираат со упатството за карактеристиките на продуктот за индивидуалните LMWH и да ги направат потребните надоместувања на дозата кај тешката засегнатост на бубрезите или веќе дијагностицираната бубрежна слабост. За користењето надвор од етикетата, треба да се земе информирана согласност од пациентот и таа да се документира.
- [5] Иако оваа употреба е честа во клиничката пракса на ОК, за време на објавувањето (јуни 2012 год.) никој од антикоагулансите немаат маркетиншка авторизација за третман на ДВТ или ПЕ над 6 месеци кај пациенти со канцер во ОК. За користењето надвор од етикетата треба да се земе информирана согласност од пациентот и таа да се документира.
- [6] Преписувачите треба да се осврнат на специфичните информации за продуктот и контраиндикациите пред на понудат користење на чорапи за градуирана компресија.

2. Забелешки за прегледот на упатствата

NICE упатствата се развивани во склоп на преглед кој дефинира што ќе содржат овие упатства, а што не.

Како беа развиени овие упатства

NICE побара од Националниот центар за клинички препораки да ги создаде овие упатства. Центарот создаде Група за развој на упатства (видете во апендикс А) , која ги разгледа доказите и ги создаде овие препораки. Независен панел за преглед на упатствата го надгледуваше создавањето на овие препораки (видете во апендикс Б). Има повеќе информации за тоа како NICE клиничките препораки се создадени на вебсајтот на NICE. Достапен е џебен прирачник, 'Како NICE клиничките препораки се развиени: преглед за заинтересираните страни, јавноста и за NHS' (четврто издание, објавено 2009 год.).

3. Имплементација

NICE развива начини за да им помогне на организациите да ги имплементираат овие упатства.

4. Препораки за истражување

Групата за развој на упатствата ги направи следниве препораки за истражување, базирани на прегледот на доказите, со цел да се подобрат NICE упатствата и негата за пациентите во иднина. Сите истражувачки препораки на Групата за развој на упатства се наведени во целосните упатства.

4.1 Дијагноза на длабока венска тромбоза

Која е клиничката ефикасност и односот на корист и трошоци на ултразвук скенот на цела нога во споредба со венскиот ултразвук скен на проксималниот дел од ногата при дијагнозата на длабоката венска тромбоза (ДВТ)?

Зошто е ова важно

Групата за развој на упатства забележа дека ултразвук скенот на проксималниот дел од ногата нема да идентификува изолирана венска тромбоза на потколеницата, но повторен скен една недела подоцна ќе ги идентификува клинички важните тромби кои се прошириле. Ако примарно се направи целосен скен на ногата, повторен скен за 1 недела не е потребен, но на повеќе пациенти може да им е потребна антикоагулантна терапија. Сè повеќе ДВТ се идентификувани од целосен скен на ногата, но ова одзема повеќе време и не се знае влијанието на крајниот исход на пациентите. Целосните скенови на ногата се технички потешки и се доста помали, така што сè уште постои ризик за пропуст на тромб во вените на потколеницата. Повторувањето на венскиот ултразвук скен на проксималниот дел на ногата по 1 недела бара два скена, што исто така одзема доста време. Рандомизирана контролна студија (РКС) со анализа на односот на корист со трошок би можела да биде одговор на важното прашање дали целосниот скен на ногата го подобрува исходот кај пациентот и ќе дозволи поефективна употреба на ресурсите на НХС. Примарните исходи треба објективно да вклучат потврдена 3-месечна инциденца на симптоматски венски тромбемболизам (ВТЕ) кај пациенти со примарно нормален дијагностички преглед, морталитет и мајорни крвавења.

4.2 Долготрајна, наспроти 3-месечна орална антикоагулантна терапија кај субгрупи на пациенти со зголемен ризик од ВТЕ

Која е клиничката ефикасност и односот на корист и трошоци од долготрајната орална антикоагулантна терапија во специфични подгрупи на пациенти со прва непровоцирана ВТЕ?

Зошто е ова важно

Постојат докази дека некои ризик фактори, као машкиот пол, покачени Д-Димери или присуство на пост-тромботичен синдром, се асоцирани со поголем ризик од повторување на ВТЕ од други. Иако се мисли дека подгрупите со овие ризик фактори се со зголемен ризик за повторна ВТЕ, недостигаат високо квалитетни докази за бенефитите на продолжена антикоагулантна терапија кај овие погрупи. РКС која ги споредува бенефитите на продолжена антикоагулантна терапија со 3-месечен орален

антикоагулантен третман кај пациенти со прва непровоцирана ВТЕ е потребна за да ги утврди бенефитите и ризиците од долготрајна орална антикоагулантна терапија кај овие подгрупи. Оваа студија треба да ја вклучи и првата презентација, бидејќи споредено со ДВТ, белодробната тромбемболија (ПЕ) е важен предиктор на следна ПЕ и иницијалната презентација е најверојатно важен фактор во одлуката за долга орална антикоагулантна терапија. Студијата треба да ги содржи следниве исходи: вкупен морталитет, повторна ВТЕ од венска тромбемболија, мајорно крвавење и квалитет на живот. Следењето на пациентите треба да биде на 5 години. Резултатите би ги дополниле препораките во овие упатства за продолжена антикоагулантна терапија над 3 месеци.

4.3 Долготрајна антикоагулантна терапија со ниско молекуларен хепарин, наспроти витамин К антагонист кај пациенти со ВТЕ и активен канцер

Кај пациенти со ВТЕ и активен канцер кои биле на 6-месечна антикоагулантна терапија со ниско молекуларен хепарин (LMWH), кој е клиничкиот бенефит (во поглед на стапката на повторна ВТЕ, вкупен морталитет и мајорно крвавење) и односот на корист и трошоци од континуирана антикоагулантна терапија со LMWH, наспроти витамин К антагонист (VKA)?

Зошто е ова важно

Одредувањето дали да се користи LMWH или VKA за антикоагулантна терапија кај пациенти со канцер по првите 6 месеци од терапија со LMWH е критично важно. Моменталните препораки за користење на LMWH првите 6 месеци е базирано на систематска проценка која покажа дека LMWH е со поголема предност од VKA; но доказите се достапни за само 6 месеци антикоагулација со VKA. Бенефитите на LMWH или VKA над првите 6 месеци се непознати. РКС е ургентно потребна за да се одговорат овие прашања. Студијата треба да регрутира пациенти со ВТЕ асоцирани со канцер кои ја завршиле првобитната 6-месечна терапија со LMWH и каде се планира долгорочен третман и кои немаат контраиндикации за понатамошна антикоагулантна терапија со LMWH или VKA. Пациентите треба да се рандомизирани со третман со LMWH или VKA. Примарниот исход треба да биде стапката на повторна ВТЕ. Секундарните исходи треба да вклучуваат однос на корист и трошоци и квалитетот на живот. Таквата студија ќе обезбеди сфаќање базирано на докази за релативните ризици и бенефити од долготрајна терапија со LMWH, наспроти долготрајна терапија со VKA, што го информира пациентот и изборот на лекарот и ќе овозможи развивање на јасни препораки за да се минимизираат разликите во негата и на најдобар начин да се искористат ресурсите на НХС.

4.4 Тромболитичка терапија за ДВТ

Кој е клиничкиот бенефит и односот на корист и трошоци на отстранувањето на коагулумот со помош на катетер управувана тромболитичка терапија или фармакомеханичка тромболиза, споредено со стандардната антикоагулациона терапија за третман на проксимална ДВТ?

Зошто е ова важно

Стратегиите за отстранувањето на коагулумот, како што е катетер водената тромболиза, може да се поефективни од стандардниот антикоагулантен третман во редуцирањето на пост-тромботичниот синдром. Но, има зголемен ризик од мајорно крвање со овие стратегии. Беа идентификувани докази за исходите (морталитет, мајорно крвање, пост-тромботичен синдром или повторувачка ДВТ), поврзани со стратегиите за отстранување на коагулумите за третман кај акутни (под 14 дена времетраење) проксимални ДВТ. Но студиите имаа важни методолошки ограничувања и периодите за следење беа само 6 месеци. Многу е важно де се има докази со висок квалитет и со подолго следење (најмалку 2 години) од РКС за да се формираат одлуки дали стратегиите за отстранување на коагулуми треба да се користат за третман на акутни проксимални ДВТ. Катетер водените или фармакомеханички тромболизи треба де се споредат со стандардна антикоагулантна терапија (LMWH или фондапаринокс). Мерките за примарен исход треба да бидат морталитет, мајорно крвање, повторување на ВТЕ на 3 месеци, инциденца и тежина на пост-тромботичен синдром на 2 години (мерено со валидна алатка) и квалитет на живот.

4.5 Системска фармаколошка тромболиза, споредена со стандардна антикоагулантна терапија кај пациенти со белодробна емболија и десно коморна дисфункција

Кој е клиничкиот бенефит и односот на корист и трошоци на системската фармаколошка тромболиза, споредено со стандардната антикоагулантна терапија кај пациенти со докажана ПЕ и хемодинамска стабилност кои презентираат со десно коморна дисфункција?

Зошто е ова важно

Од доказите, идентификувани во прегледот, не е јасно дали има подгрупи на пациенти со ПЕ и хемодинамска стабилност кои се со значаен ризик за морталитет и морбидитет, поврзан со ПЕ и кои би имале значајна корист од системска тромболиза. Нема докази во клиничкиот преглед за безбедноста и ефикасноста на фармаколошката тромболиза кај пациенти со докажана ПЕ и хемодинамска стабилност кои презентираат со десно коморна дисфункција. РКС е потребна да ги спореди фармаколошката тромболиза (на пример, со алтеплаза) со стандардната антикоагулантна терапија (со LMWH или фондапаринокс) кај овие пациенти. Најважните исходи би биле вкупен морталитет, морталитет поврзан со ВТЕ, кардиопулмонална ресуситација, мајорни крвавења, повторна ВТЕ и хронична тромбемболиска белодробна хипертензија. Ова истражување треба да ги подобри раните исходи и преживувањето и да ги намали компликациите, како што се хроничната тромбемболиска белодробна хипертензија и ќе ги надополни овие упатства. Моментално упатствата не препорачуваат употреба на системска тромболиза кај овие пациенти.

5. Други верзии на овие упатства

5.1 Целосни упатства

Целосното упатство, „Венски тромбемболиски болести: третман на венски тромбемболиски болести и улогата на тестирањето за тромбофилија“ содржи детали за методите и за доказите, користени во развојот на овие упатства. Објавени се од Националниот центар за клинички препораки.

5.2 NICE патоказ

Препораките од овие упатства се инкорпорирани во NICE патоказот.

5.3 „Разбирањето на NICE упатствата“

Резимето за пациенти и негуватели (Разбирање на NICE упатствата) е достапно. За испринтани копии, јавете се на NICE publications на 0845 003 7783 или email publications@nice.org.uk (референтен број N2751). Ги охрабруваме НХС и секторот на волонтерски организации да го користат текстот од оваа книшка за добивање информации за венски тромбемболиски болести.

6. Поврзани NICE упатства

Објавени

- Искуството на пациентите во возрастните НХС сервиси. NICE клинички препораки 138 (2012).
- Апиксабан за превенција на венски тромбемболизам по целосна замена на колено или колк кај возрасни. NICE технолошки прирачник 245 (2012).
- Венски тромбемболизам: намалување на ризикот. NICE клинички препораки 92 (2010).
- Ривароксабан за превенција на венски тромбемболизам по целосна замена на колено или колк кај возрасни. NICE прирачник за технолошка проценка 157 170 (2009).
- Адхеренција на лекови. NICE клинички препораки 76 (2009).
- Дабигатран етексилат за превенција на венски тромбемболизам по целосна замена на колено или колк кај возрасни. NICE прирачник за технолошка проценка 157 (2008).

Во развој

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

- Ривароксабан за третман на длабока венска тромбоза и превенција на повторна длабока венска тромбоза и белодробна емболија. NICE прирачник за технолошка проценка. Објавувањето се очекува во јули 2012 год.
- Ривароксабан за превенција на венски тромбемболизам кај луѓе хоспитализирани со акутни медицински состојби. NICE прирачник за технолошка проценка 157. Се чека потврдување на датумот на објавување.
- Дабигатран етексилат за третман на акутни венски тромбемболиски настани. NICE прирачник за технолошка проценка 157. Се чека потврдување на датумот на објавување.

7. Обновување на упатствата

NICE клиничките упатства се обновуваат за да ги земат во предвид препораките и важните нови информации. Новите докази се проверуваат секои 3 години по објавувањето и сите здравствени работници и пациенти се прашани за нивните гледишта, ние ги користиме тие информации за да одлучиме дали целото или дел од упатството треба да се обнови. Ако важни нови докази се објавени во друг период, може да се одлучиме за побрзо обновување на некои од препораките. Ве молиме да го видите нашиот вебсајт за информации за обновувањето на упатствата.

Апендикс А: Група за развој на упатства, Национален центар за клинички упатства и NICE проект тим

Група за развој на упатства

14 члена, податоци за членовите може да се најдат на адресата на упатството.

Експерт советник

Richard Graham

Консултант радиолог, Royal United Hospital Bath.

Национален центар за клинички препораки

12 члена, податоци за членовите може да се најдат на адресата на упатството.

NICE проект тим

7 члена, податоци за членовите може да се најдат на адресата на упатството.

Апендикс Б: Панел за ревизија на упатствата

Панелот за ревизија на упатствата е независен панел кој го надгледува развивањето на препораките и презема одговорност за мониторирање на адхеренција кон развивачкиот процес во NICE упатствата. Особено, панелот се обезбедува дека коментарите на заинтересираните страни биле адекватно разгледани и на нив било одговорено. Панелот вклучува и членови од следниве перспективи: примарна заштита, секундарна заштита, лица кои немаат стручно знаење, јавно здравје и индустријата.

2 члена, податоци за членовите може да се најдат на адресата на упатството.

Следниве членови се одговорни за прегледот на целосните упатства.

3 члена, податоци за членовите може да се најдат на адресата на упатството.

Апендикс Ц: Двостепен Wells скор табели и алгоритми за дијагноза

Овие алгоритми се достапни во посебно досие.

За овие упатства

NICE клиничките упатства се препораки за третманот и негата на луѓе со специфични болести и состојби во рамките на NHS во Англија и во Велс.

NICE препораките се развивани во склоп на прегледот кој дефинира што препораките ќе покријат, а што не.

Овие препораки беа развиени од Националниот клинички центар за препораки, кој е со седиште во Кралскиот колеџ на лекари. Центарот работел со Групата за развој на упатства, која вклучува здравствени професионалци (вклучувајќи консултанти, општи лекари и медицински сестри), пациенти и лица кои пружаат нега и технички персонал, кој ги прегледа доказите и го изготви нацртот на препораките. Препораките беа финализирани по јавната консултација.

Методите и процесите за развој на NICE клиничките препораки се опишани во Прирачникот за упатства.

Вашата одговорност

Овие упатства ги прикажуваат погледите на NICE, до кои е дојдено по внимателно разгледување на достапните докази. Здравствените професионалци треба целосно да ги земат предвид кога го користат своето клиничко расудување. Но, упатствата не го надминуваат сопственото чувство на одговорност за донесување на одлуки кои се правилни за условите во кои се наоѓа индивидуалниот пациент, во консултација со самиот пациент и/или старател или со лицето кое пружа нега и да е информиран за упатството со карактеристиките на секој лек.

Имплементацијата на овие препораки е одговорност на локалните давачи на услуги. Тие се потсетувани дека е нивна одговорност да ги имплементираат овие упатства, во нивниот локален контекст, во поглед на нивната должност да елиминираат било каква нелегална дискриминација, да унапредуваат еднаквост на можностите и да негуваат добри односи. Ништо во овие упатства не треба да биде интерпретирано на начин кој не е конзистентен со усогласеноста со овие должности.

Авторски права

© Национален институт за здравствено и клиничко усовршување 2011. Сите права се задржани. NICE материјалите можат да бидат симнати за приватни истражувања и студии и можат да бидат репродуцирани за едукативни и непрофитни причини. Не е дозволена никаква репродукција за или од комерцијални организации или за комерцијални причини, без пишана дозвола од NICE.

Контактирајте ги NICE

National Institute for Health and Clinical Excellence
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT

www.nice.org.uk

nice@nice.org.uk

0845 033 7780