

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 СО
ЕЛЕВАЦИЈА НА СТ - СЕГМЕНТОТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при миокарден инфаркт со елевација на СТ - сегментот.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при миокарден инфаркт со елевација на СТ - сегментот 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 со елевација на СТ - сегментот 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. 17-3114/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Миокарден инфаркт со елевација на СТ - сегментот

Акутен третман на миокарден инфаркт
со елевација на СТ - сегментот

Објавено: јули 2013 год.

NICE клинички упатства 167
guidance.nice.org.uk/cg167

Содржина

Вовед	1
Нега насочена кон пациентот	3
Клучни приоритети за имплементација	4
1. Препораки	5
1.1 Препораки	5
1.2 Препораки инкорпорирани од прирачникот на NICE за технолошка проценка	8
2. Препораки за истражување	9
2.1 Примарна ПКИ и фибринолиза кај пациенти со акутен СТЕМИ кои се јавуваат рано во болница.....	9
2.2 Примарна ПКИ и фибринолиза кај пациенти со акутен СТЕМИ кои имаат долго трансфер време за примарна ПКИ	9
2.3 Радијален артериски пристап наспроти феморален артериски пристап кај примарна ПКИ	10
2.4 Примарна ПКИ на одговорниот крвен сад наспроти ПКИ на повеќе крвни садови	11
2.5 Однос помеѓу волуменот на процедури и клиничкиот исход.....	11
3. Други информации	12
3.1 Делокруг и начин како беа развиени овие упатства.....	12
3.2 Поврзани NICE упатства.....	12
4. Група за развој на упатства, Центар за национална соработка и NICE проектен тим	14
4.1 Група за развој на упатства	14
4.2 Национален клинички центар за упатства.....	14
4.3 NICE проектен тим	14
Апендикс А: Алгоритам	15
Јачина на препораките	17
Други верзии на овие упатства	18
Имплементација.....	18
Вашата одговорност	18
Контактирајте ги NICE.....	18

Вовед

Миокардниот инфаркт со СТ - сегмент елевација (СТЕМИ) се случува кога некоја од коронарните артерии ќе се оклудира со крвен коагулум, предизвикувајќи срцевиот мускул кој е васкуларизиран од таа артерија, да умре. Припаѓа на групата срцеви состојби познати како акутни коронарни синдроми.

Инциденцата на СТЕМИ беше во опаѓање во последните 10 години. Се разликува од регион до регион и просекот е околу 500 хоспитализирани на 1 милион лица секоја година во ОК. Лондонската амбулантна служба прегледала 9657 срцеви удари во 2001-2012 год. на популација од околу 8.2 милиони лица (1177 на милион лица). Повеќето од нив биле препишани на акутните коронарни синдроми, така што целосната преваленца на СТЕМИ во популацијата најверојатно се движи околу 750-1250 на 1 милион лица. Во последните 30 години, интра-хоспиталниот морталитет по акутните коронарни синдроми опадна од 20% на блиску до 5%. Ова беше припишано на повеќе фактори, вклучувајќи ја и подобрената медикаментозна терапија и брзината на пристап до ефективните третмани.

Близу до една половина од потенцијално спасениот миокард е загубен во текот на првиот час од оклузијата на коронарната артерија и две третини се загубени во првите 3 часа. Не вклучувајќи ја реанимацијата при срцев арест, највисок приоритет при третирањето на СТЕМИ е да се воспостави адекватен коронарен крвен проток во што пократок можен рок. Во 1980-те и 1990-те, најдобар начин за воспоставување на проток беше да се администрира фибринолитичка терапија.

Обединетото Кралство претстави сеопфатен систем за давање фибринолиза по публикацијата на Министерството за здравство, Национална сервисна рамка за коронарни артериски болести. Но, фибринолитичката терапија не беше соодветна за употреба кај некои лица поради крвавечките компликации. Кај околу 20-30% од пациентите, фибринолизата не успеа да резултира со коронарна реперфузија и во неколку (1%) случаи предизвика хеморагичен мозочен удар. За да се подобри исходот, вниманието се сврте кон медицинските техники за воспоставување на коронарниот проток (на пример, коронарна ангиопластика, катетри за екстракција на тромби и стентирање), кои се групирани заедно под општиот термин примарна перкутана коронарна интервенција (примарна ПКИ).

Националниот проект за инфаркт и ангиопластика заклучи дека примарната ПКИ е и изводлива и ефтина и дека треба да стане третман на избор за СТЕМИ, под услов да биде изведена "навреме".

Навременото изведување на примарната ПКИ е клучен дел од овие препораки. На ова е обрнато внимание детално, така што професионалците кои ги третираат пациентите со СТЕМИ можат да ги планираат своите дејствија, со цел исходите да бидат најоптимални.

Овие препораки ги опфаќаат и прашањата, поврзани со процедурата на примарната ПКИ, употребата на антиромбоцитна и антиромбинска терапија и подобрување на исходите кај малиот дел од пациентите што сè уште примаат фибринолитичка терапија.

Препораките во овие упатства се однесуваат само на пациенти дијагностицирани со СТЕМИ. Упатството 'Градна болка со ран почеток' (NICE клиничко упатство 95) ја дава дијагнозата за СТЕМИ и треба да се прочита заедно со овие препораки. Упатството претпоставува дека преписувачите на лекови ќе ги користат резимеата за употреба на лекови со карактеристики на производот, со цел да се информираат во однос на одлуките кои треба да ги донесат за секој поединечен пациент.

Нега насочена кон пациентот

Овие упатства даваат најдобри медицински совети за третманот на возрасни лица (18 години или постари) со спонтан почеток на миокарден инфаркт со СТ - сегмент елевација (СТЕМИ).

Пациентите и здравствените работници имаат права и одговорности како што е и наведено во NHS статутот на Англија - сите NICE упатства се напишани по тој терк. Третманот и негата треба да ги земат предвид индивидуалните потреби и преференци. Пациентите треба да ја имаат можноста да донесат информирани одлуки за нивната нега и третман, во партнерство со нивните здравствени работници. Ако некој нема капацитет за донесување на одлуки, здравствените работници треба да ги следат советите на Министрството за здравство за давање согласност, кодексот на пракса кој го придружува Законот за ментална способност и додатниот кодекс на пракса при оневозможност на заштита на слобода. Во Велс, здравствените работници треба да ги следат советите за давање согласност од велшката влада.

NICE ги создаде упатствата од компонентите кои произлегуваат од добрите искуства на NHS службите со возрасните пациенти. Сите здравствени работници треба да ги следат препораките од Искуствата со возрасни пациенти на NHS службите.

Клучни приоритети за имплементација

Следниве препораки беа идентификувани како приоритети во имплементација:

- Веднаш да се направи проценка за подобност (независна од возраст, етничка припадност или пол) за коронарна реперфузиона терапија (или примарна перкутана коронарна интервенција [ПКИ] или фибринолиза) кај пациенти со акутен миокарден инфаркт со СТ - сегмент елевација (СТЕМИ).
- Не го користете степенот на нарушување на свеста по срцев застој, предизвикан од акутен СТЕМИ за да процените дали некоја личност е кандидат за коронарна ангиографија (со последователна примарна ПКИ, ако е индицирана).
- Укажете коронарна реперфузиона терапија (или примарна ПКИ или фибринолиза) што е можно побргу за подобните пациенти со акутен СТЕМИ.
- Понудете коронарна ангиографија, со последователна примарна ПКИ ако е индицирана, како преферирачка коронарна реперфузиона стратегија за лица со акутен СТЕМИ ако:
 - Презентацијата е во рок од 12 часа од почетокот на симптомите.
 - Примарна ПКИ може да биде пружена во рок од 120 минути од времето кога треба да се даде фибринолизата.

Понудете фибринолиза кај лица со акутен СТЕМИ кои презентираат во првите 12 часа од почетокот на симптомите ако примарната ПКИ не може да се изведе во рок од 120 минути од времето кога фибринолизата треба да биде дадена.

Размислете за коронарна ангиографија, со последователна примарна ПКИ, ако е индицирана, кај лица со акутен СТЕМИ кои се јавуваат во болница по 12 часа од почетокот на симптомите ако има докази за пролонгирана миокардна исхемија.

Понудете коронарна ангиографија, со последователна примарна ПКИ, ако е индицирана, кај лица со акутен СТЕМИ и кардиоген шок кои презентираат во рок од 12 часа од почетокот на симптоми на СТЕМИ.

Понудете електрокардиограм кај лица третирани со фибринолиза, 60-90 минути по примањето на терапијата. Кај тие кои имаат резидуална СТ - сегмент елевација што сугерира неуспешна коронарна реперфузија:

- Понудете итна коронарна ангиографија, со последователна ПКИ, ако е таа индицирана.
- Не ја повторувајте фибринолитичката терапија.

Ако пациентот има повторувачка миокардна исхемија по фибринолиза, побарајте веднаш совет од специјалист кардиолог и, ако е потребно, понудете коронарна ангиографија со последователна ПКИ, ако е индицирана.

Кога барате примарна ПКИ кај пациенти со акутен СТЕМИ, бидете свесни дека резултатите се силно поврзани со тоа колку бргу е пружена примарната ПКИ и дека на нив може да влијае и бројот на процедури изведени во примарниот ПКИ центар.

1. Препораки

Следните упатства се базирани на најдобрите достапни докази. Целосното упатство дава детали за методите и за доказите кои се користени во развитокот на овие упатства.

Зборовите кои се искористени во препораките на овие упатства (како, на пример, зборови како понуди или размисли) ја потенцираат сигурноста со која се правени овие упатства (јачината на упатствата). Видете во овие упатства за повеќе детали.

'Презентирање' се користи во овие упатства со значење на времето на прв контакт со медицинските служби (или со амбулантните служби или при доаѓањето во болница ако личноста сама се појавила во итната служба).

1.1 Препораки

- 1.1.1 Веднаш проценете ја подобноста (без влијание на возраста, етничката припадност или полот) за коронарна реперфузиона терапија (или примарна перкутана коронарна интервенција [ПКИ] или фибринолиза) кај лица со акутен миокарден инфаркт со СТ – сегмент елевација (СТЕМИ).
- 1.1.2 Не го користете степенот на свест по срцев арест предизвикан од акутен СТЕМИ да детерминирате дали некоја личност е подобна за коронарна ангиографија (со последователна примарна ПКИ, ако е индицирана).
- 1.1.3 Дадете коронарна реперфузиона терапија (или примарна ПКИ или фибринолиза) што е можно побргу за подобни пациенти со акутен СТЕМИ.
- 1.1.4 Понудете коронарна ангиографија, со последователна примарна ПКИ, ако е индицирана, како преферирачка реперфузиона стратегија за пациенти со акутен СТЕМИ ако:
 - Презентираат во рок од 12 часа од почетокот на симптомите.
 - Примарна ПКИ може да биде пружена во рок од 120 минути од времето кога треба да биде дадена фибринолиза.
- 1.1.5 Понудете фибринолиза кај пациенти со акутен СТЕМИ кои презентираат во рок од 12 часа од почетокот на симптомите ако примарната ПКИ не може да биде пружена во рок од 120 минути од времето кога требало да се даде фибринолиза.
- 1.1.6 Кога третирате пациенти со фибринолиза, во исто време дадете и антиромбин.
- 1.1.7 Дадете медицинска терапија кај пациенти со акутен СТЕМИ кои не се погодни за реперфузиона терапија.
- 1.1.8 Размислете за коронарна ангиографија, со последователна примарна ПКИ, ако е таа индицирана, кај пациенти со акутен СТЕМИ кои презентираат по повеќе од 12 часа по почетокот на симптомите каде има доказ за континуирана миокардна исхемија.

- 1.1.9 Не нудете рутински гликопротеински IIb/IIIa инхибитори или фибринолитички лекови на пациентите со акутен СТЕМИ кај кои е планирана примарна ПКИ, пред пристигнувањето во лабораторијата за катетеризација.
- 1.1.10 Понудете коронарна ангиографија, со последователна примарна ПКИ, ако е индицирана, кај пациенти со акутен СТЕМИ и кардиоген шок кои презентираат во рок од 12 часа од почетокот на симптомите на СТЕМИ.
- 1.1.11 Размислете за коронарна ангиографија, со поглед кон коронарна реваскуларизација, ако е индицирана, кај лица со акутен СТЕМИ кои презентираат со повеќе од 12 часа по почетокот на симптомите, а кои се во кардиоген шок или кои подоцна го развиваат.
- 1.1.12 Понудете нефракциониран хепарин или ниско молекуларен хепарин кај пациенти со акутен СТЕМИ кои ќе се третираат со примарна ПКИ и кои биле третирани со прасугрел или со тикагрелор.
- 1.1.13 Размислете за аспирација на тромбите за време на примарната ПКИ кај пациентите со СТЕМИ.
- 1.1.14 Рутински не користете механичка екстракција на тромбите за време на примарна ПКИ кај пациенти со СТЕМИ.
- 1.1.15 Земете го предвид радијалниот (со преференца за феморален) артериски пристап кај пациенти кои подлежат на коронарна ангиографија (со последователна ПКИ, ако е индицирана).
- 1.1.16 Понудете електрокардиограм кај пациенти третирани со фибринолиза, 60-90 минути по администрирањето. За тие кои имаат резидуална СТ – сегмент елевација што сугерира неуспешна коронарна реперфузија:
Понудете итна коронарна ангиографија, со последователна ПКИ, ако е индицирана и не ја повторувајте фибринолитичката терапија.
- 1.1.17 Ако некој има повторувачка миокардна исхемија по фибринолиза, веднаш побарајте совет од кардиолог специјалист и, ако е можно, понудете коронарна ангиографија, со последователна ПКИ, ако е индицирана.
- 1.1.18 Размислете за коронарна ангиографија за време на истиот хоспитален престој кај пациенти кои се клинички стабилни по успешна фибринолитичка терапија.
- 1.1.19 Дадете им на пациентите со акутен СТЕМИ писмена и усмена информација, совет, поддршка и третман за нивната состојба и секундарна превенција (вклучувајќи и промена на стилот на живот), во рамките на објавените NICE препораки (видете табела 1).

Табела 1. Поврзани NICE препораки за пациенти кои имале акутен СТЕМИ

Област	NICE препораки
Прашања поврзани со животните навики	
Престанување на пушењето	Сервиси за престанување на пушењето Кратки интервенции и препораки за престанок на пушењето
Диета, менаџирање на телесната тежина и вежбање	Четири најчесто користени методи за зголемување на физичката активност
Поврзани состојби	
Модификација на липиди и терапија со статини	Идентификување и третман на фамилијарна хиперхолестеролемија
	Липидна модификација: проценка на кардиоваскуларен ризик со модификација на крвните липиди за примарна и секундарна превенција на кардиоваскуларни заболувања
	Статини за превенција од кардиоваскуларни настани
Превенција, дијагноза и третман на дијабет	Тип 2 дијабет: третман на тип 2 дијабет
	Тип 1 дијабет: дијагноза и третман на тип 1 дијабет кај деца, млади и возрасни
Превенција, дијагноза и третман на висок крвен притисок	Хипертензија: клинички третман на примарна хипертензија кај возрасни
Третман на хипергликемија кај акутни коронарни синдроми	Хипергликемија кај акутни коронарни синдроми: третман на хипергликемија кај акутни коронарни синдроми
Секундарна превенција на ИМ	ИМ секундарна превенција: секундарна превенција во примарна и секундарна заштита кај пациенти по миокарден инфаркт
Генерални препораки	
Искуство со пациенти	Искуство со пациенти во NHS сервисот за возрасни пациенти: подобрување на искуството на неа на пациенти со користење на адултниот НХС сервис
Адхеренција кон препишаните лекови	Адхеренција кон препишаните лекови: вклучување на пациентите во одлуките во однос на препишаните лекови и поттикнување на адхеренција

1.1.20 При барање за изведување на примарна ПКИ кај пациенти со акутен СТЕМИ, бидете свесни дека резултатите се силно поврзани со тоа колку бргу е пружена примарната ПКИ и дека на нив може да влијае и бројот на процедури кои се изведуваат во примарниот ПКИ центар.

1.2 Препораки инкорпорирани од прирачникот на NICE за технолошка проценка

Овие препораки ги инкорпорираат препораките од NICE прирачникот за технолошка проценка 236 (TA236) за тикагрелор за третман на акутни коронарни синдроми и TA230 за бивалирудин за третман на СТЕМИ во рамките на нивните сегашни лиценцирани индикации. Препораките за прасугрел за третман на акутните коронарни синдроми не беа инкорпорирани во овие препораки, бидејќи овој прирачник за технолошка проценка е моментално закажан за ажурирање. За понатамошни информации за овој прирачник, посетете ја веб страницата на [NICE](#).

1.2.1 Тикагрелор, во комбинација со ниска доза на аспирин, е препорачан до 12 месеци како опција за третман кај лица со СТЕМИ - дефинирано како СТ елевација или нов блок на лева гранка на електрокардиограм - кој кардиолозите обично го третираат со примарна ПКИ. [Оваа препорака е адаптирана од [Тикагрелор за третман за акутни коронарни синдроми](#) (NICE прирачник за технолошка проценка 236)].

1.2.2 Бивалирудин, во комбинација со аспирин и клопидогрел, е препорачан за третман кај возрасни со СТЕМИ кои подлежат на примарна ПКИ. [Оваа препорака е од [Бивалирудин за третман на миокарден инфаркт со СТ - сегмент елевација](#) (NICE прирачник за технолошка проценка 230)].

2. Препораки за истражување

Групата за развивање на препораки ги даде следниве препораки за истражување, базирани на прегледот на своите докази, со цел да се подобрат NICE препораките и грижата за пациентите во иднина.

2.1 Примарна ПКИ и фибринолиза кај пациенти со акутен СТЕМИ кои се јавуваат рано во болница

Дали е подобро кај пациент со акутен СТЕМИ кој се јавил во рок од 1 час од почетокот на симптомите да биде дадена фибринолиза со мала должина на интервал од повик до игла, отколку да биде трансфериран во примарен ПКИ центар кој изведува примарни ПКИ за примарна ПКИ со задоцнување до 120 минути?

Зошто е ова важно?

Фибринолитичките лекови се администрираат интравенски и можат да бидат дадени надвор од болница од екипажот во амбулантното возило или во одделението за интензивна нега на болницата. Бенефитот од фибринолизата опаѓа сигнификантно со врмето од почеток на симптомите. Примарна ПКИ, од друга страна, бара трансфер до интервентен кардиолошки третман, што неизбежно го забавува почетокот на реперфузиониот третман. Без разлика на методот на реперфузија, доцнењата во третманот се асоцирани со зголемен ризик од намалена лево вентрикуларна систолна функција и смрт.

Не е јасно дали пациентите со акутен СТЕМИ со многу кратко задоцнување во презентација повеќе би имале корист од веднаш пружена фибринолиза (вообичаено пред болница кај пациенти кои не доаѓаат сами во итното одделение на болниците), споредено со трансфер во центар кој изведува примарна ПКИ.

За да се одговори ова прашање, потребна е рандомизирана контролна студија од предболничка фибринолиза, наспроти примарна ПКИ кај пациенти со акутен СТЕМИ кои имаат кратко задоцнување во презентацијата од 1 час или помалку. Примарните заклучоци би вклучиле кардиоваскуларен и вкупен морталитет и други големи негативни кардиоваскуларни случувања. STREAM студијата регрутираше пациенти кои презентираат многу рано (помалку од 3 часа од почетокот на симптомите) и тие кои презентираат многу рано (помалку од 1 час) можеа да бидат анализирани како подгрупа. Но не се знае дали оваа група ќе биде доволно голема за да дозволи да се донесе статистички сигнификантен заклучок.

2.2 Примарна ПКИ и фибринолиза кај пациенти со акутен СТЕМИ кои имаат долго трансфер време за примарна ПКИ

Дали кај лица со акутен СТЕМИ кои презентираат повеќе од 1 час по почетокот на симптомите, одложувањето на примарната ПКИ од 120-180 минути е поврзано со исход сличен, подобар или полош од пациентите со администрирана предхоспитална фибринолиза?

Зошто е ова важно?

Примарната ПКИ е преферирана коронарна реперфузиона терапија ако може да биде укажана во догледно време. Се сугерира дека примарната ПКИ е преферирана реперфузиона стратегија кај задоцнувања во примарната ПКИ од најмногу 2 часа. Но ова не се доволни докази да се заклучи дека примарната ПКИ е сè уште преферирачка кај задоцнувања на примарна ПКИ повеќе од 2 часа.

Ниедна специфично дизајнирана рандомизирана контролна студија или опсервациона студија не се задржува на прашањето колку доцнењето во примарната ПКИ (или други фактори, како доцнење во презентацијата или профилот на ризик на пациентот) ги намалува предностите на примарната ПКИ пред фибринолизата. На пример, во географски далечните населби, краткото задоцнување во презентацијата заедно со очекуваното долго одолжување на примарната ПКИ можеби фаворизира стратегија со предболничка фибринолиза.

За да се даде одговор на ова прашање, потребна е рандомизирана контролна студија за предболничка фибринолиза, наспроти примарна ПКИ кај пациенти со акутен СТЕМИ кои имаат задоцнување во примарната ПКИ од 2 часа или повеќе. Примарните заклучоци би вклучиле кардиоваскуларен и вкупен морталитет или други големи негативни кардиоваскуларни евенти.

2.3 Радијален артериски пристап наспроти феморален артериски пристап кај примарна ПКИ

Кој е клиничкиот ефект и исплатливоста на радијалниот артериски пристап споредено со феморалниот артериски пристап кај коронарната ангиографија или примарната ПКИ кај пациенти со акутен СТЕМИ третирани со примарна ПКИ?

Зошто е ова важно?

Моментално нема докази кои би демонстрирале дали има разлика во морталитетот помеѓу примарната ПКИ со радијален артериски пристап, споредено со феморалниот артериски пристап. Не е јасно дали искуството на операторот влијае на сегашните докази. Можно е да има потреба од дополнителен тренинг на операторите ако се покаже дека еден пристап е супериорен. Рандомизирана контролна студија која ги споредува двата пристапи за долготрајни исходи на целокупна смртност и мајорните негативни кардиоваскуларни случувања би го одговорила ова прашање. Студијата би требало да обрати внимание на влијанието на експертизата на операторот врз клиничкиот исход. Дополнително, потребата од тренинг на операторите би можела да биде прикажана од опсервациона студија која се осврнува на ефикасноста и влијанието на клиничките исходи на искусните радијални оператори кои примарно го користат радијалниот пристап, наспроти искусните феморални оператори кои примарно го користат феморалниот пристап, вклучувајќи ги и уредите за затворање на местото на пункција. На оваа студија би ѝ требало и доволен број на учесници кои би дозволиле да бидат детектирани разликите во исходот.

2.4 Примарна ПКИ на одговорниот крвен сад наспроти ПКИ на повеќе крвни садови

Дали ПКИ на повеќе крвни садови, за време на презентацијата кај лица со акутен СТЕМИ, има предност пред стратегија со примарна ПКИ само на крвниот сад одговорен за инфарктот, проследено од понатамошна елективна реваскуларизација направена поради симптоми или докази за исхемија?

Зошто е ова важно?

Една третина од пациентите со СТЕМИ имаат повеќесадовна коронарна артериска болест за време на презентацијата. Моментално, има неодлучност околу тоа дали примарно да се третира само крвниот сад кој најверојатно ја предизвикал презентацијата или дали да се третираат сите сигнификантни лезии. Повеќето од моменталните докази кои ги иследуваат само примарните ПКИ на одговорниот крвен сад, наспроти повеќесадовната ПКИ кај овие пациенти, доаѓа од студии кои се со слаба моќност или нерандомизирани. Одговорот на ова прашање би го објаснила соодветната реваскуларизациона стратегија за оваа група на пациенти. Рандомизирана контролна студија која би можела да ја испита целокупната смртност и големите негативни кардиоваскуларни случувања со 5-годишно следење на пациентите би имала оптимален дизајн.

2.5 Однос помеѓу волуменот на процедури и клиничкиот исход

Која е врската помеѓу болничкиот волумен на примарни ПКИ процедури и оптималниот исход кај лицата со акутен СТЕМИ?

Зошто е ова важно?

Има сугестии дека исходите можеби би биле подобри кај единици со поголен волумен на примарни ПКИ и некои ретроспективни регистри имаат објавени податоци кои ги поддржуваат овие искази. Но, квалитетот на податоци е слаб и сè уште го остава прашањето отворено. Во ОК, примарната ПКИ е пружена од единици кои значајно се разликуваат во бројот на случаи годишно. Развивокот на услугите бил според моменталните околности и не бил дизајниран специфично за укажување на примарна ПКИ. Кога би било можно конклузивно да се покаже дали лицата биле или не биле подобри при третман во единици со поголем волумен, тогаш тоа би имало важни импликации за националното обезбедување на примарна ПКИ.

3. Други информации

3.1 Делокруг и начин како беа развиени овие упатства

NICE препораките се развиени во склоп на делокруг кој дефинира што би покриле или не би покриле овие упатства.

Како беа развиени овие упатства?

NICE побара од Националниот клинички центар за упатства да ги развие овие препораки. Центарот основа Група за развој на упатства (види дел 4), кој ги разгледа доказите и ги разви упатствата.

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

3.2 Поврзани NICE упатства

Деталите се точни за време на објавување на упатствата (јули 2013 год.). Понатамошни информации се достапни на интернет страницата на NICE.

Објавени

Општо

Искуство со пациенти во NHS службите за возрасни пациенти. NICE клинички препораки 138 (2012). Адхеренција на лекови. NICE клинички препораки 76 (2009).

Специфични состојби

- Хипергликемија во акутни коронарни синдроми. NICE клинички препораки 130 (2011).
- Тикагрелор кај третман на акутни коронарни синдроми. NICE прирачник за технолошка проценка 236 (2011).
- Бивалирудин за третман на миокарден инфаркт со СТ – сегмент елевација. NICE прирачник за технолошка проценка 230 (2011).
- Хипертензија (ажурирано). NICE клинички препораки 127 (2011).
- Стабилна ангина. NICE клинички препораки 126 (2011).
- Коронарен артериски бајпас без балон пумпа. NICE упатства за интервентни процедури 377 (2011).
- Превенција на кардиоваскуларни заболувања. NICE упатства за јавно здравје 25 (2010).
- Градна болка со ран почеток. NICE клинички препораки 95 (2010).
- Нестабилна ангина и НСТЕМИ. NICE клинички препораки 94 (2010).
- Клопидогрел и дипиридабол со модифицирано испуштање за превенција на оклузивни васкуларни евенти. NICE прирачник за технолошка проценка 210 (2010).

- Празугрел во третманот на акутни коронарни синдроми со перкутана коронарна интервенција. NICE прирачник за технолошка проценка 182 (2009).
- Услуги за прекинување на пушењето. NICE упатства за јавни препораки 10 (2008). Фамилијална хиперхолестеролемија, NICE клинички препораки 71 (2008).
- Стентови обложени со лекови за третман на коронарна артериска болест. NICE прирачник за технолошка проценка 152 (2008).
- Срцева ресинхронизациска терапија за третман на срцева слабост. NICE прирачник за технолошка проценка 120 (2007).
- Имплантабилен кардиовертер дефибрилатор (ICDs) за аритмии. NICE прирачник за технолошка проценка 95 (2006).
- Статини за превенција од кардиоваскуларни заболувања. NICE прирачник за технолошка проценка 94 (2006).
- Кратки интервенции и упатување за престанок на пушењето во примарната нега и други услови. NICE упатства за јавно здравје 1 (2006).
- Миокардна перфузиона сцинтиграфија за дијагноза и третман на ангина и миокарден инфаркт. NICE прирачник за технолошка проценка 73 (2003).
- Упатства за користење на коронарни артериски стентови. NICE прирачник за технолошка проценка 71 (2003).
- Упатства за користење на лекови за рана тромболиза во третман на акутен миокарден инфаркт. NICE прирачник за технолошка проценка 52 (2002).
- Упатства за употреба на гликопротеин IIb/IIIa инхибитори во третман на акутни коронарни синдроми. NICE прирачник за технолошка проценка 47 (2002).

Во развој

NICE е во развивање на следните упатства (деталите се достапни на интернет страницата на NICE):

- Акутен коронарен синдром – ривероксабан. NICE прирачник за технолошка проценка. Очекувано да се објави во март 2015 год.
- ИМ- секундарна превенција (ажурирано). NICE клинички упатства. Очекувано да се објави во ноември 2013 год.
- Празугрел во третман на акутни коронарни синдроми со перкутана коронарна интервенција (ажурирано). NICE прирачник за технолошка проценка. Очекувано да се објави во август 2014 год.
- Модификација на липиди (ажурирано). NICE клинички препораки. Очекувано да се објави во јули 2014 год.

4. Група за развој на упатства, Центар за национална соработка и NICE проектен тим

4.1 Група за развој на упатства

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

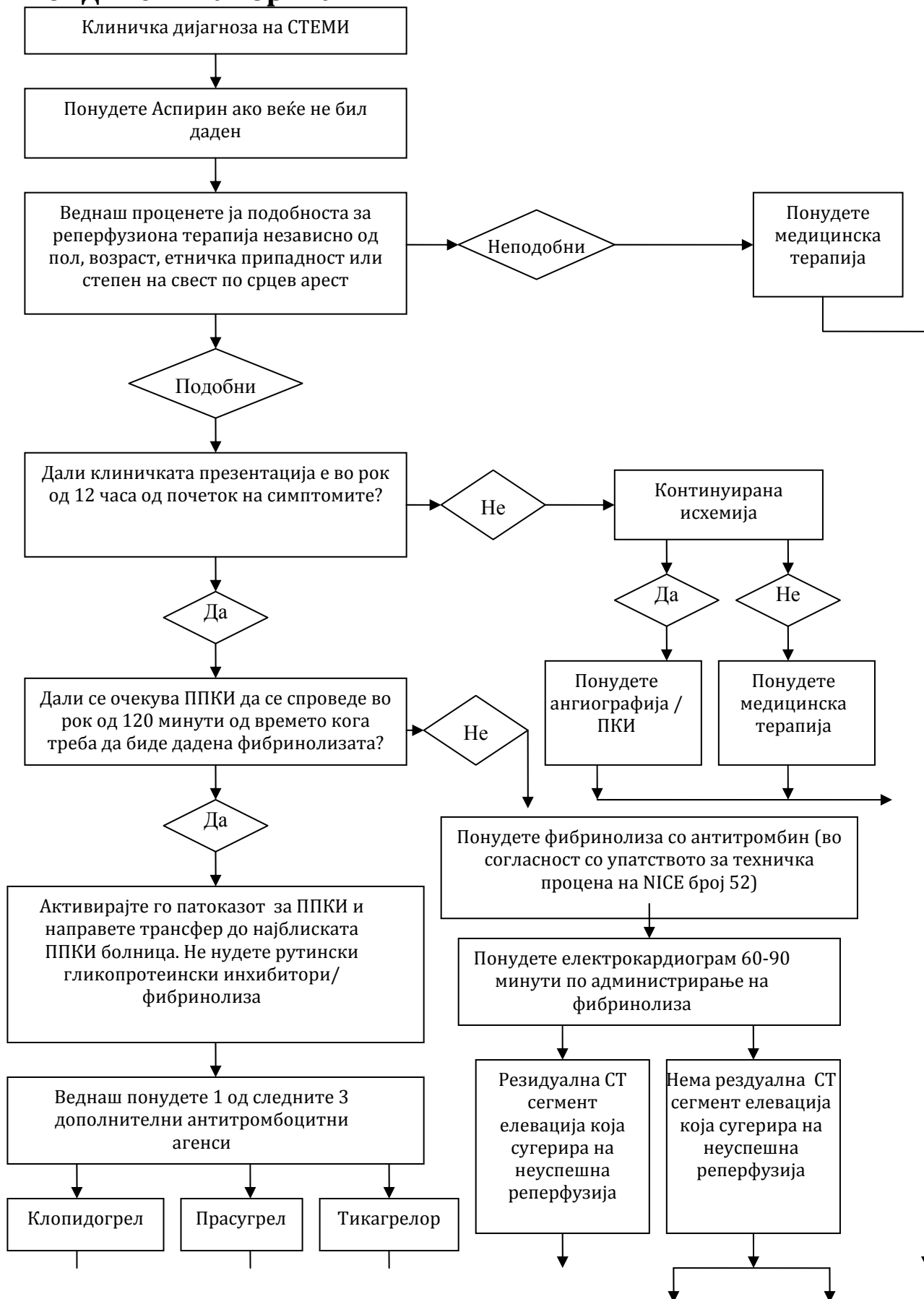
4.2 Национален клинички центар за упатства

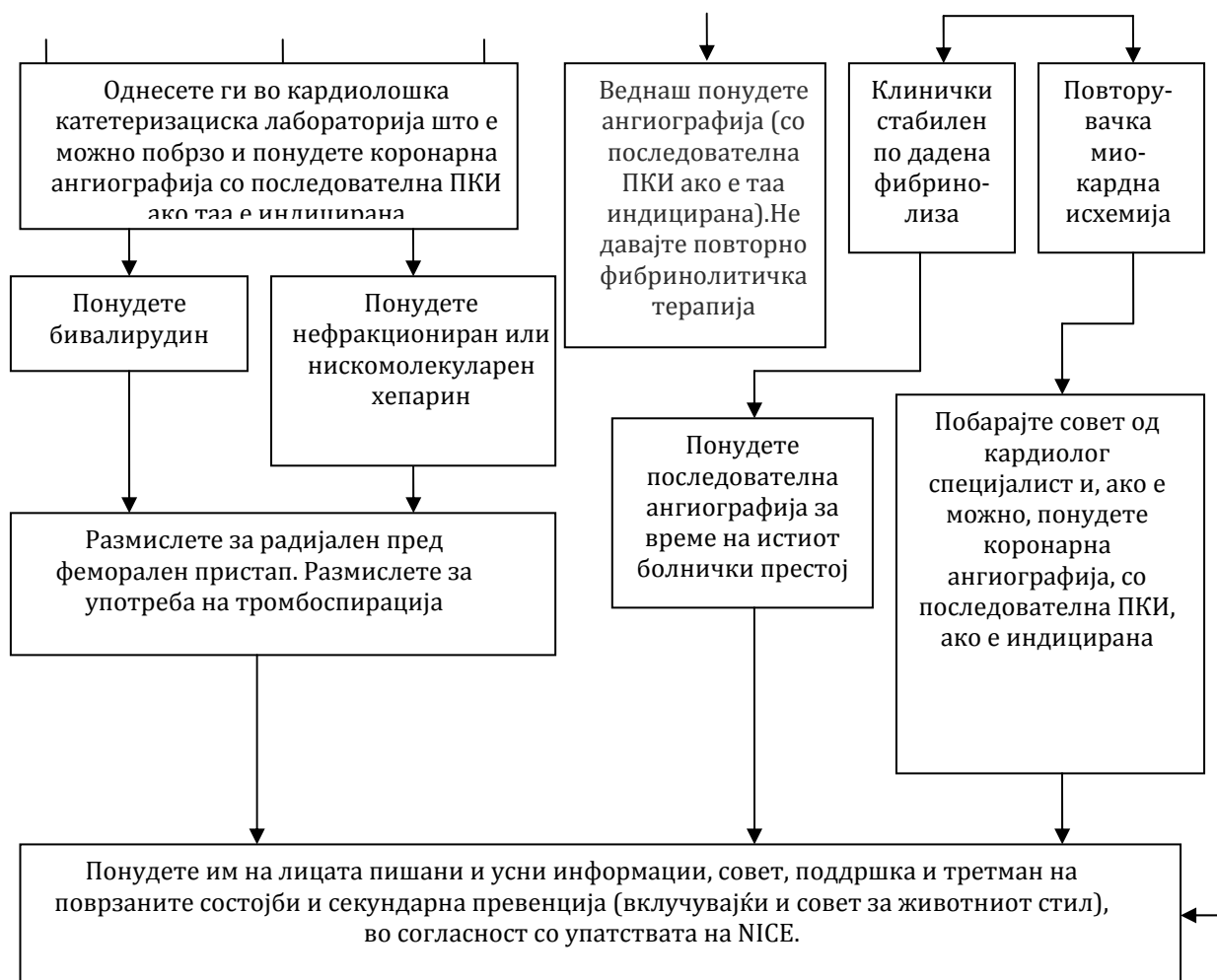
10 члена, податоци за членовите може да се најдат на адресата на упатството.

4.3 NICE проектен тим

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

Апендикс А: Алгоритам





LMWH, ниско молекуларен хепарин; ПКИ, перкутана коронарна интервенција; ППЦИ, примарна перкутана коронарна интервенција; UFH, нефрекциониран хепарин.

*За време на публикацијата, празугрел за третман на акутни коронарни синдроми со перкутана коронарна интервенција беше предложен за ажурирање.

За овие упатства

NICE клиничките упатства се препораки за третманот и негата на лица со специфични болести и состојби во рамките на NHS во Англија и 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 развиток на NICE клиничките препораки се опишани во Прирачникот за упатства.

Јачина на препораките

Некои препораки можат да бидат создадени со поголема сигурност од другите. Групата за развој на Упатства донесува препораки, базирани на трампата помеѓу бенефитите и штетите од интервенцијата, земајќи го предвид и квалитетот на поддржаните докази. За некои интервенции, Групата за развој на упатства е убедена дека, со оглед на информациите кои ги добила, повеќето пациенти би одбрале интервенција. Зборовите користени во препораките на овие упатства ја покажуваат сигурноста со кои се препораките правени (јачината на препораките).

За сите препораки, NICE очекува дека постои разговор со пациентот за ризиците и бенефитите на интервенцијата и за нивните вредности и преференци. Оваа дискусија цели кон тоа и да им помогне да донесат целосно информирана одлука (видете исто и Нега насочена кон пациент).

Интервенции кои мора (или не мора) да бидат користени

Ние обично користиме мора или не мора само ако има легална должност да се примени таа препорака. Некогаш користиме мора (или не мора) ако има последици од неследење на препораките кои би можеле да бидат екстремно сериозни или потенцијално животозагрозувачки.

Интервенции кои треба (или не треба) да бидат користени - со 'силна' препорака

Ние го користиме 'понудете' (и слични зборови како 'препорачајте' или 'советувајте') кога сме сигурни дека, за поголемиот дел од пациентите, интервенцијата ќе направи повеќе добро од штета и ќе биде и исплатлива. Користиме слични зборови (на пример, 'не нудете...') кога сме сигурни дека интервенцијата нема да биде корисна за повеќето пациенти.

Интервенции кои би можеле да се користат

Користиме 'размислете' кога сме сигурни дека интервенцијата ќе направи повеќе добро од лошо за повеќето пациенти и ќе биде исплатлива, но и други опции може да бидат еднакво исплатливи. Изборот за интервенција и дали или не да се изведе интервенцијата, најверојатно ќе зависи од вредностите и преференците на пациентот отколку од јачината на препораката, така што здравствените професионалци треба поголемиот дел од времето да го поминат во размислување и дискутирање на опциите за пациентот.

Други верзии на овие упатства

За целосните упатства, 'Миокарден инфаркт со СТ сегмент елевација' содржи детали за методите и доказите кои се користени во правењето на овие упатства. Објавени се во Националниот центар за клинички упатства.

Препораките од овие упатства се инкорпорирани во NICE клинички патеки. Ние објавивме информации за јавноста околу овие упатства.

Имплементација

Имплементациски алати и ресурси кои помагаат овие упатства да се изведуваат и во праксата.

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 индивидуалното чувство на одговорност на самите здравствени професионалци при донесувањето на правилни одлуки во условите во кои се наоѓа поединечниот пациент, во консултација со самиот пациент и/или старател или лице кое пружа нега и да ги информираат 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