

Практическо занятие 12

Семейство и здраве

Съдържание

1	ТЕМА	1
2	СЪДЪРЖАНИЕ И МЕТОДИКА НА УПРАЖНЕНИЕТО	1
2.1	Социална история на болния. Фамилна анамнеза	1
2.2	Семейство и здраве – основни пътища и механизми на влияние на здравето и болестта върху семейството. Роля на лекаря при проблемните семейства (неравни, смесени и разтрогнати бракове, съжителство без брак, семейства с хронично или терминално болни)	5
2.3	Роля на лекаря за семейното планиране. Профилактика на вродените заболявания, пренатален и постнатален скрининг	8

1 ТЕМА

Социална история на болния. Семейство и здраве. (конспект 34-36)

2 СЪДЪРЖАНИЕ И МЕТОДИКА НА УПРАЖНЕНИЕТО

2.1 Социална история на болния. Фамилна анамнеза

1. Характеристика на социалната анамнеза. Чрез социалната анамнеза лекуващият лекар:
 1. Установява конкретно при всеки пациент влиянието на факторите на социалната действителност върху неговото здраве и болест, както и социалните отражения и последствия от самото заболяване:
 2. Определя социално-медицинските потребности на пациента:

3. Разработва план за задоволяване на социално-медицинските потребности на пациента
 4. Организира дейността на задоволяването на социално-медицинските потребности на пациента
 5. При осъществяването на социалната история на здравето лекуващият лекар включва и други специалисти медицинска сестра, социален работник
2. Структура на социалната история на пациента
1. Личностна характеристика
 1. Идентификационни данни – име, пол, възраст, образование, семейно положение, място на раждане, настоящо местоживееене.
 2. Психо-биологични качества – темперамент, характер, жизнени цели и жизнена позиция, психотравмиращи преживявания (стрес, криза, конфликт).
 3. Здравна култура на пациента.
 4. Съзнателност на пациента – здравето като ценност, здравни потребности.
 5. Поведение на пациента към здравето и болестта – приспособяване към нова среда, рисково за здравето поведение (тютюнопушене, употреба на алкохол, лекарства и други субстанции, нерационално хранене).
 2. Семейно-битова среда
 1. Структура на семейството – нуклеарно семейство, непълно, семейство с няколко поколения, живеещи заедно.
 2. Материален бит и дейности на семейството – жилищни условия, финансови възможности.
 3. Личностни особености на отделните членове на семейството.
 4. Начин на живот - наличие на остри и хронични стресогенни ситуации (развод, смърт, хронично или тежко болен, алкохолизъм), използване на свободното време.
 3. Професионално-трудова среда
 1. Професия, длъжност и месторабота, трудово възнаграждение.
 2. Характер на труда (физически, умствен), режим (дневен, нощен, сменен, извънреден труд), хигиенни условия.
 3. Професионална удовлетвореност и кариерни амбиции.
 4. Социално-психологичен климат в трудовия колектив – взаимоотношения с ръководител, с колеги.
 5. Стресогенни ситуации – информационна пренатовареност, голяма отговорност, дефицит на време.
 4. Обществено-битова среда
 1. Екологични проблеми, свързани с градската среда, транспорта, комуникациите.
 2. Обществена дейност – активност в организацията на отдиha.

3. Приятелска среда, културни развлечения, дейности в извънработното време.
5. Отношения със здравната служба
 1. Първи контакти и посещение в здравната служба – повод, честота.
 2. Хоспитализация, диспансеризация, санаторно-курортно лечение, медико-социална помощ.
 3. Отношение и поведение на пациента към здравето, болестта и здравната служба – “трудни” пациенти, пациенти страхуващи се от болестта.
 4. Оценка на пациента за отношението и поведението на здравните служители към него.
 5. Стресогенни ситуации при осъществяването на медицинската помощ - ятрогенни въздействия върху болния, конфликтни ситуации с медицински служители или с други пациенти.
3. Медико-социален план
 1. Представлява комплекс от мероприятия за решаване на медико-социалните проблеми. Изграждането му включва очертаване и синтезиране на приоритетните здравни и социални потребности на пациента.
 2. Потребности, свързани с личността на пациента: Потребности, свързани с личността на пациента – осигуряване на организирано медицинско обслужване (регулиране на взаимоотношенията с личния лекар, активно наблюдение, лечение, рехабилитация), повишаване на здравната култура, усъвършенстване на здравните знания.
 1. Да се формират и разширят здравните знания и да се изгради здравословен стил на мислене на пациента.
 2. Да се съдейства за мобилизиране на собствените сили на пациента за п. възстановяване и опазване на здравето му, за грижливо и отговорно спазване на здравословния начин на личен живот.
 3. Да се изгради модел за справящо се поведение на личността с различните рискове за здравето, с болестта и нейните последици.
 3. Потребности, свързани със семейно-битовата среда на пациента: обучение на членовете на семейството за осъществяване на социална подкрепа и здравни грижи за болния, подобряване на храненето, снабдяване със специални уреди за самообслужване в дома.
 1. Подготовка за изпълнение на родителските и съпружеските функции в семейството.
 2. Обучение на членовете на семейството за осъществяване на социална подкрепа и здравни грижи за пациента.
 3. Подобрения в хигиенното състояние на жилището - отстраняване на не благоприятните фактори: подобряване на чистотата, разширяване на жилищната площ за пациента, замяна на жилището като неподходящо.

4. Подобряване на храненето обучение за рационално хранене, подпомагане за снабдяване с продукти, снабдяване с готова храна
 5. Социално подпомагане ежесечно, периодично, еднократно: личен асистент и др.
 6. Снабдяване със специални уреди за самообслужване
 7. Подпомагане за настаняване на деца и самотни възрастни хора и съветите лечебни и социални домове.
4. Потребности, свързани с професионално-трудова среда на пациента: – съдействие за облекчаване режима на труд, експертиза на работоспособността (временна и трайна), трудоустрояване и професионална преквалификация
1. Да съдейства за облекчения в трудовата среда - освобождаване от тежък труд, намален работен ден, допълнителен отпуск, диетична храна, пенсиониране.
 2. Снабдяване със специални уреди за труд.
 3. Осъществяване на експертиза на трудоспособността - временна нетрудоспособност, степен на трайна нетрудоспособност.
 4. Трудоустрояване и професионална преквалификация за друга професия в същата фирма, за работа в специализирани институции за инвалиди., за надомна работа.
 5. Отстраняване на неблагоприятни фактори, свързани с условията на трудовата среда - физически, химически, биологически.
 6. Отстраняване на неблагоприятни фактори, свързани със социално-психо логическия климат в трудовия колектив.
5. Потребности, свързани с обществено-битовата среда на пациента: рационално използване на свободното време (спорт, туризъм, културни развлечения), облекчения в транспорта, социално подпомагане.
1. Съдействие за повишаване активността на пациента в дейности по опазване на здравето, за формиране и утвърждаване на здравословен начин на живот.
 2. Отстраняване на екологични проблеми в близост с жилището – физически, химически, биологически и други рискови за здравето фактори.
 3. Отстраняване на неблагоприятните взаимоотношения с обществени органи.
 4. Улесняване в използването на градския транспорт.
 5. Осигуряване на ежедневници, телефон, радио, телевизия.
 6. Подобряване на общуването в неформалната среда на пациента - обучение на заобикалящите пациента близки хора за оказване на социална подкрепа.
6. Потребности, свързани със здравната служба
8. Осигуряване на хоспитализация.
 9. Диспансерно наблюдение и здравни грижи на пациента към съответния

- специалист
10. Осигуряване на лечение в рехабилитационен център при неблагоприятни условия в труда, бита, поради неблагоприятно протичане на заболяването и др.
 11. Осигуряване на битово обслужване в дома от службата за социални грижи
 12. Настаняване на пациента в дом за социални грижи.
 13. Осигуряване на социално-правна помощ при раждане на дете извън брака, при осиновяване, при многодетни майки и др.

2.2 Семейство и здраве – основни пътища и механизми на влияние на здравето и болестта върху семейството. Роля на лекаря при проблемните семейства (неравни, смесени и разтрогнати бракове, съжителство без брак, семейства с хронично или терминално болни)

1. Определение: Семейството е най-малката клетка на обществото (Аристотел), в която се отразяват всички негови особености и тенденции на развитие, но заедно с това то запазва известна автономия, известна свобода на развитие и функциониране. Тази негова особеност го прави труден обект на проучване и практическо въздействие.
2. Семейството като социална общност.
 1. В науката все повече се утвърждава схващането че семейството е един от трите компонента на интегралното общество наред с държавата и гражданското общество.
 2. Семейството е такава област от жизнената среда на човека, в която органически се вплитат материалното и духовното, общественото и личното, колективното и индивидуалното биологичното и психичното, нравствено-естетичното и правното, достъпното за погледа на всеки и интимното.
 3. В повечето страни се приема препоръчаното от ООН определение на семейство като група хора, свързани с родство, съвместно преживяване и имащи общ бюджет.
 4. При последните години, все по-често се използва икономическото понятие домакинство. Според определението на ООН домакинството може да се състои от няколко семейства или отделно или няколко семейства заедно с едно или няколко несвързани с родство лица.
 5. Семейството е още „исторически конкретна система от взаимоотношения между съпрузите, между родителите и децата, като малка социална група, членовете на която са свързани с брачни, родствени отношения, с общност на бита и взаимна морална отговорност и социална необходимост, която

е обусловена от потребностите на обществото за физическо и духовно възпроизводство на населението“

3. Физиология на семейството.

1. Поддържа биологичната непрекъснатост на обществото благодарение на раждането на нови членове и предаването на биологични черти. Семейството е единствената група, която се увеличава не поради приемането на нови членове отвън, а поради раждането на деца.
2. Предава културното наследство на по-широките общности в неговите основни черти. Това се осъществява преди всичко чрез възпитанието през първите години от живота на детето,
3. Семейството се разраства отвътре чрез удовлетворяване на сексуалните потребности и родителските стремежи, поради което много общества смятат извънбрачните сексуални отношения за престъпление, нарушаване на моралните норми или табу (възбрана).

4. Морфология на семейството.

1. Според формата на брака:
 1. моногамни и полигамни семейства
 2. граждански или църковен брак
2. Според състава
 1. пълно нуклеарно семейство – състоящо се от родителите и неженените им деца;
 2. непълно нуклеарно семейство – когато брачните партньори нямат деца или с неженените деца е останал един от родителите или член от предходното поколение (баба, дядо);
 3. сложно семейство – освен родителите и децата са включени и други поколения (баба, дядо, прабаба, прадядо или друг роднина – леля, вуйчо, чичо и т.н.).
3. Според господството или подчинението
 1. матриархално – водеща фигура в семейството е майката;
 2. патриархално – водеща фигура е бащата;
 3. дружеско (съпружеско) – споделена роля на господство.
4. Според отношенията на власт
 1. с **авторитарна** структура – характеризиращо се с твърдо подчиняване на жената и децата на мъжа и строга дисциплина във взаимоотношенията между родители и деца;
 2. с **демократична** структура – характеризиращо се с разпределение на ролите в съответствие не с традициите, а с личностните качества и особености, със способностите на съпрузите, на равното участие на всеки от тях във вземането на решения, в доброволното разпределение

на задълженията и възпитанието на децата, на основата на съзнанието, а не на принудата;

3. с **либерална** структура – членовете на семейството действат самостоятелно, често не съгласуват решенията си, може да нямат сключен брак и да са фактическо, а не юридическо семейство, въпреки че бащата е припознал родените деца.

5. Според социо-икономическия статус

1. “Равен” брак - партньорите са с подобен образователен и икономически статус. Допринасят в еднаква степен в общия семеен бюджет, имат сходни интереси и позиции.
2. “Неравен” брак - значителни разлики в образователния и икономически статус между партньорите.

5. Жизнен цикъл на семейството

1. **Създаване** – от сключването на брак до раждането на първо дете
2. **Разрастване** – от раждане на първото дете до раждането на последното дете
3. **Намаляване** – от напускането на първото дете до напускане на последното дете от дома на родителите
4. **Пълно намаляване** – от напускането на последното дете от дома на родителите до смъртта на единия съпруг
5. **Разпадане** – от смъртта на единия съпруг до смъртта на преживелия съпруг.

6. Функции на семейството

1. **Репродуктивна** – възпроизводство и поддържане на биологичната непрекъснатост на обществото
2. **Възпитателна** – предаване на културното наследство, възпитаване на детето на основни ценности, навици, нрави; подготовката му за социален живот
3. **Стопанско – икономическа** – свързана с участие в производството на средствата за живот и организацията на тяхното потребление
4. **Комуникативна** – задоволяване на определени емоционални и сексуални потребности
5. **Рекреативна** – взаимопомощ, поддържане на здравето на членовете на семейството, организацията на труд и почивка
6. **Регулативна** – първичен социален контрол и реализация на властта и авторитета на семейството.

7. Критерии за семейно здраве

1. наличие в семейството на определен **медико-социален риск**;
2. **психоклимат** в семейството – наличие на болен, вкл. и с психични нарушения;
3. **трудоустроен** член или членове на семейството, **болни** на легло;
4. **диспансеризиран** член на семейството за хронично заболяване;

8. Семейно здраве-оценка

1. **много добро** – семейството не спада към никоя или е към лека рискова група, психоклимата е добър, няма болен с невроза, няма трудоустроен член, болен на легло, диспансеризиран член за хронично заболяване или има но е в начален стадий, няма нуждаещ се от лечение
2. **добро** – когато семейството спада към 1-2 от по-леките рискови групи, има болен с невроза, диспансеризиран и член, нуждаещ се от едно или няколко медицински и социални мероприятия
3. **задоволително** – гореизброените критерии са налице, но двама или повече членове от семейството се нуждаят от определени медицински и социални мероприятия
4. **незадоволително** – семейството спада към сериозна рискова група (с нежелано дете или хронично болен, има трудоустроен член, инвалид, болен на легло през годината), определя се като несплотено (нарушен психоклимат и липса на взаимопомощ), повече от двама души се нуждаят от медицински и социални мероприятия;
5. **лошо** – същото, но включва повече лица и повече потребности.

9. Семейство и здраве

1. *Пряка* зависимост има при **наследствените заболявания**, болестите предавани по **полов път**, при **въздушно-капковите инфекции**, при болести, в патогенезата на които роля играе ****битовия контакт и лошите хигиенни навици.***
2. *Непряката* (индиректната) зависимост във връзката „семейство-здраве” се наблюдава при всички заболявания, които възникват във връзка с: **начина на живот** (хранене, режим на труд и почивка, вредни навици и др.), **ниска здравна култура и нездравословен психоклимат**.

2.3 Роля на лекаря за семейното планиране. Профилактика на вродените заболявания, пренатален и постнатален скрининг

1. Определение: Семейното планиране (СП) означава **правото** на индивидите и двойките да планират и имат желания от тях брой деца, както и да определят най-подходящото време за и между тяхното раждане.
2. Термини:
 1. Протогенетичен интервал: Интервалът между началото на брака (семеиния съюз) и появата на раждането на първото дете
 2. Интергенетичен интервал: Интервалът между раждането на предходното и следващото дете
 3. Безплодие – Невъзможност за зачеване, което бива:

1. Първично безплодие – Двойката не е постигнала зачеване въпреки опити за поне 2 години (нова дефиниция 1 година)
 2. Вторично безплодие – Двойката е имала зачеване, но след това не може да го постигне въпреки опити за поне 2 (нова дефиниция - 1) години. Ако жената е кърмила, времето за опити за забременяване се изчислява от края на лактационната аменорея.
4. Брой деца
1. Идеален брой деца: Броя деца, в представите за “идеално семейство” на индивида. Идеалният брой деца зависи от културни, социални, персонални и икономически фактори.
 2. Желан брой деца: Броя деца, които индивида или двойката биха искали да имат в бъдеще, вземайки предвид: плодовитостта си, предпочитанията на партньора, достъпа до услуги по семейно планиране и др.
 3. Планиран брой деца: Броя деца, които двойката планира да има в близкото си бъдеще, вземайки предвид жилищни условия, социално-икономически статус, възраст, работни условия и др. Пример : *Според единия партньор идеалното семейство се състои от 4 деца (идеален брой деца), въпреки това поради репродуктивни проблеми партньорът желае 2 деца (желан брой), като в следващите две години двойката планира едно дете (планиран брой)*

3. Методи

1. контрацепция, дефинирана като всеки начин за предпазване от бременност;
2. лечение на нежелано безплодие.

4. Контрацептивни методи

1. Видове

1. Временните методи са:

1. Бариерни: Поставяне на преграда за предпазване навлизането на спермата в горната част на женския генитален канал (напр. кондоми, диафрагми, спермициди).
2. Хормонални: Използване на репродуктивни хормони (напр. орални таблетки, инжекции и импланти с дългосрочно действие)
3. Традиционни- Прекъснат полов контакт; Използване на естествените периоди на безплодие (напр. по време на кърмене и послеродова аменорея)

2. Постоянни методи: Постоянните методи за контрацепция включват стерилизиране на мъжете и жените. NB! В България тази контрацепция по желание е забранена от закона.

2. Принципи:

1. Адекватна информация и консултация за семейно планиране
 2. Обучен персонал при контрацепция изискваща хирургична интервенция
 3. Подходящо оборудване, съхранение и разпространяване на средствата за контрацепция
5. Лечение на нежелано безплодие
1. Методи:
 1. С собствен генетичен материал
 1. Медикаментозно: гонодотропин - базирано
 2. Върематочна инсеминация
 3. Инвитро фертилизация
 4. Сурогатно майчинство със материал от двойката
 2. С чужд генетичен материал
 1. Донорска яйцеклетка/сперматозоид
 2. Осиновяване
 2. Принципи:
 1. Диагноза на причината за безплодие
 2. Качествени и безопасни медицински интервенции съчетани с психологична грижа
 3. Социална подкрепа (вкл. финансиране от държавата)
6. Ползи за общественото здраве от семейното планиране
1. Намаляване на майчината и детската смъртност
 2. Намаляване на полово предавани инфекции (ППИ): Някои методи за семейно планиране, като например презервативите, могат да осигурят защита срещу полово предавани болести.
 3. Подобряване на здравето на майките и децата: Семейното планиране може също така да спомогне за подобряване на майчиното и детското здраве, като позволява на жените да планират и да се подготвят за бременност, осигурява достъп до пренатални грижи и намалява риска от усложнения по време на бременността и раждането.
 4. Икономически ползи: Семейното планиране може да има и икономически ползи чрез намаляване на финансовото бреме на грижите за голямо семейство, като позволява на жените да участват в работната сила и увеличава достъпа до образование и ресурси за семействата.
 5. Ползи за околната среда: Семейното планиране може да има и положителни екологични ползи чрез намаляване на ръста на населението и намаляване на натоварването на природните ресурси в определени региони.
 6. Подобро качество на живот: Семейното планиране позволява на хората да правят информиран избор относно репродуктивното си здраве, което може да подобри цялостното им качество на живот и благосъстояние.

7. Роля на лекаря в семейното планиране

1. Снема **анамнеза** за фамилна обремененост и насочва към медико-генетична консултация
2. Предоставя **информация**(сексуално образование), разяснява методите за концентрация с техните ползи, рискове, ефикасност и ефективност
3. Осигурява **предконцепционална грижа**: фолиева киселина, хранителен режим, определяне на рисковите фактори (вкл. на работната среда) и лимитирането им
4. Временна **неработоспособност**
5. Насочване към **АГ** при необходимост
6. Обследване на **битовите условия** във връзка с отглеждането на дете
7. Информация за **бащата** и съвети за бащинство

8. Профилактика на вродените заболявания

1. Първична профилактика

1. Преди концепция

1. Здравна информация и здравна просвета
2. Полово възпитание и репродуктивно здраве
3. Прием на фолиева киселина преди концепция (суплементация или фортификация)
4. Мравна информация за избягване на рискови фактори в хода на бременността

2. Вторична профилактика

1. Преди раждане

1. Редовни профилактични прегледи и изследвания (лабораторни и образни)
2. Биохимичен скрининг на бременни (ранен или късен)
3. Дородов селективен скрининг при рискови бременности (амниоцентеза, хорионбиопсия)

2. След раждане

1. Неонатален масов скрининг
2. Селективен скрининг на новородени
3. Редовни профилактични прегледи на детето и проследяване на нерво-психическо развитие

9. Пренаталеравна информация за избягване на рискови фактори в хода на бременността

2. Вторична профилактика

1. Преди раждане

1. Редовни профилактични прегледи и изследвания (лабораторни и образни)

2. Биохимичен скрининг на бременни (ранен или късен)
3. Дородовна информация за избягване на рискови фактори в хода на бременността
3. Вторична профилактика
 1. Преди раждане
 1. Редовни профилактични прегледи и изследвания (лабораторни и образни)
 2. Биохимичен скрининг на бременни (ранен или късен)
 3. Дородов селективен скрининг при рискови бременности (амниоцентеза, хорионбиопсия)
 2. След раждане
 1. Неонатален масов скрининг
 2. Селективен скрининг на новородени
 3. Редовни профилактични прегледи на детето и проследяване на нерво-психическо развитие
10. Пренатален скрининг
 1. Провежда се **11-13 (ранен)** и/или **15-20 (късен)** г.с.
 2. Измерва се количеството на
 1. свободен бета-човешки хорионгонадотропин (F β -hCG) и PAPP-A в серума (биохимичен скрининг)
 2. УЗ измерване на специфични маркери (УЗ скрининг)
 3. С помощта на специална компютърна програма се изчислява риска за:
 1. болест на Даун
 2. тризомия 13
 3. тризомия 18
 4. триплоидия
 5. болест на Търнър
 4. При риск по-висок от 1:100 - амниоцентеза в 16-20 седмица или хорионбиопсия в 11-13 седмица (хорионбиопсия).
 5. При риск между 1:100 и 1:1000 - преглед при друг АГ специалист на УЗД и повторен биохимичен скрининг в 15-19 седмица.
 6. При риск по-нисък от 1:1000 - проследяване с ултразвук в навършена 15-та седмица за отхвърляне дефекти на гръбначния стълб (спина бифида и др.) и в 19-23-седмица „фетална анатомия”
11. Постнатален скрининг
 1. При всички новородени деца в родилния дом (2-4 ден след раждането) за: 1. Фенилкетонурия 2. Вроден хипотиреодизъм 3. надбъбречнокорова хиперплазия

2. Кръв за изследване на новородени деца се взема в родилните или неонатологичните отделения на лечебните заведения, в които са родени децата.
 3. Лечебното заведение, в което е взета кръвта, я изпраща незабавно в “Специализирана болница за активно лечение по детски болести” - ЕАД, София (“СБАЛДБ” - ЕАД, София), за регистрация и изследване за вроден хипотиреоидизъм и вродена надбъбречнокорова хиперплазия.
 4. До четвъртия ден от получаването им “СБАЛДБ” - ЕАД, София, изпраща кръвните проби на “СБАЛАГ”Майчин дом” - ЕАД, София, за изследване за фенилкетонурия.
 5. Резултатите от извършените изследвания при новородени деца с данни за вроден хипотиреоидизъм, вродена надбъбречнокорова хиперплазия или фенилкетонурия, придружени с писмени указания за поведение, се съобщават незабавно на лечебното заведение, в което е взета кръвта, както и на посочен от родителите адрес.
 6. Лечебните заведения са длъжни незабавно да обезпечат изпълнението на изисканите от скрининговата лаборатория дейности:
 1. съдействие при издирването на детето,
 2. информиране на родителите относно необходимостта от контролни изследвания, клиничен преглед,
 3. обезпечаване на биологичен материал за потвърдителни изследвания и изпращането му с експресен куриер до скрининг лабораторията.
 4. Отговорност на скрининговата лаборатория е да потвърди или отхвърли съмнението за съответното заболяване.
 5. Децата с високостепенно съмнение се насочват за диагностика и лечение към “СБАЛДБ” - ЕАД, София.
 7. Филтърните бланки от неонаталния скрининг, както и тези от контрол на лечение се съхраняват минимум 5 години. 1-13 (ранен)** и/или **15-20 (късен) г.с.**
12. Измерва се количеството на
1. свободен бета-човешки хорионгонадотропин (F β -hCG) и PAPP-A в серума (биохимичен скрининг)
 2. УЗ измерване на специфични маркери (УЗ скрининг)
13. С помощта на специална компютърна програма се изчислява риска за:
1. болест на Даун
 2. тризомия 13
 3. тризомия 18
 4. триплоидия
 5. болест на Търнър
4. При риск по-висок от 1:100 - амниоцентеза в 16-20 седмица или хорионбиопсия в 11-13 седмица (хорионбиопсия).

5. При риск между 1:100 и 1:1000 - преглед при друг АГ специалист на УЗД и повторен биохимичен скрининг в 15-19 седмица.
6. При риск по-нисък от 1:1000 - проследяване с ултразвук в навършена 15-та седмица за отхвърляне дефекти на гръбначния стълб (спина бифида и др.) и в 19-23-седмица „фетална анатомия”

14. Постнатален скрининг

1. При всички новородени деца в родилния дом (2-4 ден след раждането) за: 1. Фенилкетонурия 2. Вроден хипотиреозидизъм 3. надбъбречнокорова хиперплазия
2. Кръв за изследване на новородени деца се взема в родилните или неонатологичните отделения на лечебните заведения, в които са родени децата.
3. Лечебното заведение, в което е взета кръвта, я изпраща незабавно в “Специализирана болница за активно лечение по детски болести” - ЕАД, София (“СБАЛДБ” - ЕАД, София), за регистрация и изследване за вроден хипотиреозидизъм и вродена надбъбречнокорова хиперплазия.
4. До четвъртия ден от получаването им “СБАЛДБ” - ЕАД, София, изпраща кръвните проби на “СБАЛАГ”Майчин дом” - ЕАД, София, за изследване за фенилкетонурия.
5. Резултатите от извършените изследвания при новородени деца с данни за вроден хипотиреозидизъм, вродена надбъбречнокорова хиперплазия или фенилкетонурия, придружени с писмени указания за поведение, се съобщават незабавно на лечебното заведение, в което е взета кръвта, както и на посочен от родителите адрес.
6. Лечебните заведения са длъжни незабавно да обезпечат изпълнението на изисканите от скрининговата лаборатория дейности:
 1. съдействие при издирването на детето,
 2. информиране на родителите относно необходимостта от контролни изследвания, клиничен преглед,
 3. обезпечаване на биологичен материал за потвърдителни изследвания и изпращането му с експресен куриер до скрининг лабораторията.
 4. Отговорност на скрининговата лаборатория е да потвърди или отхвърли съмнението за съответното заболяване.
 5. Децата с високостепенно съмнение се насочват за диагностика и лечение към “СБАЛДБ” - ЕАД, София.
7. Филтърните бланки от неонаталния скрининг, както и тези от контрол на лечение се съхраняват минимум 5 години. н скрининг

15. Провежда се 11-13 (ранен) и/или 15-20 (късен) г.с.

16. Измерва се количеството на

1. свободен бета-човешки хорионгонадотропин (F β -hCG) и PAPPA в серума (биохимичен скрининг)

2. УЗ измерване на специфични маркери (УЗ скрининг)

17. С помощта на специална компютърна програма се изчислява риска за:

1. болест на Даун
2. тризомия 13
3. тризомия 18
4. триплоидия
5. болест на Търнър
4. При риск по-висок от 1:100 - амниоцентеза в 16-20 седмица или хорионбиопсия в 11-13 седмица (хорионбиопсия).
5. При риск между 1:100 и 1:1000 - преглед при друг АГ специалист на УЗД и повторен биохимичен скрининг в 15-19 седмица.
6. При риск по-нисък от 1:1000 - проследяване с ултразвук в навършена 15-та седмица за отхвърляне дефекти на гръбначния стълб (спина бифида и др.) и в 19-23-седмица „фетална анатомия”

18. Постнатален скрининг

1. При всички новородени деца в родилния дом (2-4 ден след раждането) за: 1. Фенилкетонурия 2. Вроден хипотиреодизъм 3. надбъбречнокорова хиперплазия
2. Кръв за изследване на новородени деца се взема в родилните или неонатологичните отделения на лечебните заведения, в които са родени децата.
3. Лечебното заведение, в което е взета кръвта, я изпраща незабавно в “Специализирана болница за активно лечение по детски болести” - ЕАД, София (“СБАЛДБ” - ЕАД, София), за регистрация и изследване за вроден хипотиреодизъм и вродена надбъбречнокорова хиперплазия.
4. До четвъртия ден от получаването им “СБАЛДБ” - ЕАД, София, изпраща кръвните проби на “СБАЛАГ”Майчин дом” - ЕАД, София, за изследване за фенилкетонурия.
5. Резултатите от извършените изследвания при новородени деца с данни за вроден хипотиреодизъм, вродена надбъбречнокорова хиперплазия или фенилкетонурия, придружени с писмени указания за поведение, се съобщават незабавно на лечебното заведение, в което е взета кръвта, както и на посочен от родителите адрес.
6. Лечебните заведения са длъжни незабавно да обезпечат изпълнението на изисканите от скрининговата лаборатория дейности:
 1. съдействие при издирването на детето,
 2. информиране на родителите относно необходимостта от контролни изследвания, клиничен преглед,
 3. обезпечаване на биологичен материал за потвърдителни изследвания и изпращането му с експресен куриер до скрининг лабораторията.

4. Отговорност на скрининговата лаборатория е да потвърди или отхвърли съмнението за съответното заболяване.
5. Децата с високостепенно съмнение се насочват за диагностика и лечение към “СБАЛДБ” - ЕАД, София.
7. Филтърните бланки от неонаталния скрининг, както и тези от контрол на лечение се съхраняват минимум 5 години.