

Наредба № 2 от 4 февруари 2003 г. за организация и провеждане на профилактични прегледи при лица от 0 до 18 години и диспансерно наблюдение на задължително здравноосигурени лица

МЗ

Държавен вестник брой: 4

Година: 2003

Орган на издаване: МЗ

Дата на обнародване: 21.04.2004

(Отм., ДВ, бр. 4 от 16.01.2004 г. - в сила от 30.01.2004 г.)

Раздел I Общи положения

Чл. 1.

(1) С тази наредба се определя редът за провеждане на профилактични прегледи, наричани по-нататък за краткост "прегледи", на лицата от 0 до 18 години и за диспансерното наблюдение на задължително здравноосигурени лица (ЗЗОЛ).

(2) Изследванията, включени в тази наредба, са минималните изследвания, които изисква диспансерното наблюдение и за които Националната здравноосигурителна каса заплаща за всяко ЗЗОЛ.

Чл. 2. Диспансерното наблюдение е метод за активно динамично наблюдение и въздействие върху здравното състояние на бременните и на лица със заболявания, изброени в приложенията, който включва лечение, рехабилитация и медико-социална адаптация.

Раздел II Провеждане на профилактични прегледи при лица от 0 до 18 години

Чл. 3. Профилактичните прегледи за оценка на физическо и психично развитие и здравословното състояние на децата се осъществяват по методика съгласно приложение № 1.

Чл. 4.

(1) Прегледите по **чл. 3** се извършват от общопрактикуващ лекар и стоматолог.

(2) Прегледите на децата, настанени в домове за медико-социални грижи за деца, се извършват от лекар, работещ в съответното лечебно заведение.

(3) Прегледите на децата, настанени в специализираните заведения за деца към Министерство на образованието и науката, Министерство на труда и социалната политика, Министерство на правосъдието и Министерство на вътрешните работи, се извършват от лекар, осигуряващ медицинското обслужване на децата в тези заведения.

(4) Антропометричните измервания и изследването на физическа дееспособност предшестват всеки преглед и могат да се извършват и от фелдшер, медицинска сестра или акушерка.

Чл. 5. Прегледите на лицата от 0 до 18 години включват:

1. антропометрични измервания;
2. оценка на психично развитие;
3. изследване на физическа дееспособност;
4. изследване на хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, СУЕ, MCV, MCH и урина (албумин, седимент);
5. изследване за чревни паразити;
6. лекарски преглед;
7. стоматологичен преглед.

Чл. 6. Прегледите на децата до едногодишна възраст и сроковете за извършването им са:

1. измерване на ръст, тегло, оценка на психическото развитие и лекарски преглед - ежемесечно;
2. измерване на обиколка на глава и гърди - ежемесечно през първото полугодие от раждането и на 9- и 12-месечна възраст;
3. изследване на хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит и урина - при навършване на 6-месечна и едногодишна възраст;
4. обща оценка на зрение и слух на 6- и 12-месечна възраст;
5. изследване на тазобедрената става.

Чл. 7. Прегледите на децата от 1- до 2-годишна възраст се извършват на всяко тримесечие и включват измерване на ръст, тегло, обиколка на гърди, оценка на психичното развитие и лекарски преглед.

Чл. 8. Прегледите на децата от 2- до 7-годишна възраст и сроковете за извършването им са:

1. измерване на ръст, тегло, обиколка на гърди и лекарски преглед - на всеки 6 месеца;
2. оценка на психическо развитие - един път годишно;
3. изследване на хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, СУЕ, MCV, MCH на 3-годишна възраст;
4. изследване за чревни паразити - един път годишно;
5. изследване на физическа дееспособност - един път годишно;
6. стоматологичен статус - един път годишно.

Чл. 9. Децата от 7 до 18 години се преглеждат един път годишно в периода септември - декември. Прегледите включват измерване на ръст, тегло, гръдна обиколка, кръвно налягане, изследване на физическа дееспособност, изследване за зрителна острота и цветно зрение, опорно-двигателна система, лекарски и стоматологичен преглед.

Чл. 10. Лицата от 0 до 18 години с установени отклонения във физическото, психичното развитие и здравословното състояние се насочват от лекаря, извършил профилактичния преглед, към съответните специалисти за изясняване на състоянието.

Чл. 11.

(1) Резултатите от профилактичния преглед се нанасят в талона за здравословно състояние, а в случаите на патологични отклонения - и в личната амбулаторна карта и се предоставят на медицинските специалисти от здравните кабинети на училищата, детските ясли и детските градини.

(2) Въз основа на резултатите от профилактичния преглед лекарят прави оценка на физическото и здравословното състояние на лицето.

(3) Оценката на физическото развитие и дееспособност се извършва чрез сравняване на резултатите от прегледа с нормите, посочени в методиката по **чл. 3.**

Раздел III Провеждане на диспансерно наблюдение

Чл. 12. Лицата с открити заболявания, които се нуждаят от уточняване, се насочват от лекаря, който ги е открил, с "Медицинско направление" (бл. МЗ - НЗОК № 3) към съответния специалист от лечебно заведение за извънболнична помощ в зависимост от вида на заболяването.

Чл. 13.

(1) Списъкът на болестите, при които лицата от 0 до 18-годишна възраст подлежат на диспансерно наблюдение, периодичността и продължителността на наблюдението, необходимите изследвания, консултации и лечебно-рехабилитационни мерки са посочени в приложение № 2.

(2) Диспансерното наблюдение на лицата по ал. 1 се организира и провежда от общопрактикуващ лекар, от педиатър или специалист по профила на заболяването съгласно приложение № 2.

Чл. 14.

(1) Списъкът на болестите, при които лицата над 18-годишна възраст подлежат на диспансерно наблюдение, периодичността и продължителността на наблюдението, необходимите изследвания, консултации и лечебно-рехабилитационни мерки са посочени в приложение № 3.

(2) Диспансерното наблюдение на лицата по ал. 1 се организира и провежда от общопрактикуващ лекар или специалист по профила на заболяването съгласно приложение № 3.

Чл. 15.

(1) Прегледите, изследванията и консултациите, които включва диспансерното наблюдение на бременни, са посочени в приложение № 4.

(2) Диспансерното наблюдение на бременни с нормално протичаща бременност се организира и провежда от общопрактикуващ лекар, а по тяхно искане - от специалист акушер-гинеколог. Искането се изразява пред общопрактикуващия лекар.

(3) Бременни жени с риск при протичане на бременността и раждането подлежат на диспансерно наблюдение от специалист акушер-гинеколог при състоянията, посочени в приложение № 5.

Чл. 16.

(1) Лекарят, който извършва диспансерното наблюдение, регистрира данните

от анамнезата, обективното състояние, назначените от него изследвания, схема на наблюдение, лечение и рехабилитация в "Амбулаторен лист" (бл. МЗ - НЗОК № 1), маркиран като диспансерен вид преглед, и осигурява изпълнението на назначенията, предписани от консултант/и.

(2) Първите екземпляри от амбулаторния лист ежемесечно се отчитат в районната здравноосигурителна каса (РЗОК).

(3) Вторите екземпляри от амбулаторния лист, подредени по хронология, формират диспансерно досие на ЗЗОЛ.

(4) Диспансерното досие се съхранява при лекаря, провеждащ наблюдението.

(5) Диспансеризираните лица получават диспансерното си досие в случаите, когато се явяват при специалисти консултанти, и са длъжни да го върнат на лекаря, провеждащ наблюдението, в 7-дневен срок след провеждане на консултацията.

(6) Диспансеризираните лица задължително предоставят третия екземпляр от диспансерния лист на общопрактикуващия си лекар с изключение на случаите, когато диспансерното наблюдение се провежда от него.

Чл. 17. При смяна на лекаря, провеждащ наблюдението, диспансеризираните лица получават диспансерното си досие и медицинско направление и ги предоставят на новоизбрания лекар.

Чл. 18. В случаите, когато на диспансеризирани ЗЗОЛ са извършени изследвания по повод на друго заболяване в сроковете съгласно приложения № 2, 3, 4 и 5, те не се извършват повторно при диспансерното наблюдение.

Чл. 19.

(1) Консултативните прегледи на диспансеризираните лица със специалисти се извършват по искане от лекаря, който осъществява диспансерното наблюдение.

(2) Консултантите нанасят резултатите от прегледите, предписаната от тях схема на наблюдение и лечение и оценката на еволюцията на заболяването в "Амбулаторен лист" (бл. МЗ - НЗОК № 1).

(3) Третите екземпляри от амбулаторния лист се прикрепят към диспансерното досие на ЗЗОЛ.

Чл. 20.

(1) Лекарят, който извършва диспансерното наблюдение на лицата със заболявания, посочени в приложенията, ги разпределя в следните групи:

1. първа група - болни с компенсирани стадии на заболяването, при които се провеждат поддържащо лечение, диетичен режим, рехабилитация и общоукрепващи процедури;

2. втора група - болни със субкомпенсирано и декомпенсирано протичане на заболяването, които се нуждаят от провеждане на активно и системно медицинско наблюдение, лечение и други медико-социални мероприятия и при които са настъпили патологични изменения, водещи до временна или трайна неработоспособност.

(2) Групите, в които се разпределят диспансеризираните болни със специфични и хронични неспецифични белодробни болести, са посочени в приложение № 3.

Раздел IV

Отчет и контрол на дейността по диспансерното наблюдение и профилактичните прегледи

Чл. 21.

(1) Лекарите, извършващи профилактични прегледи, ежегодно в срок до 5 март изготвят писмен отчет за резултатите от профилактичните прегледи, включващ оценка на физическото, психичното развитие и здравословното състояние.

(2) Лекарите, които извършват диспансерно наблюдение, ежегодно в срок до 5 март изготвят писмен отчет за резултатите от диспансерното наблюдение. (3) Отчетите по ал. 1 и 2 включват:

1. броя на лицата, които са обхванати с диспансерно наблюдение;
2. броя на новооткритите и взетите на диспансерно наблюдение лица;
3. броя на снетите от отчет лица поради оздравяване, навършване на 18-годишна възраст, раждане, промяна на местоживеенето или летален изход;
4. броя на лицата, преминали от една диспансерна група в друга;
5. броя на лицата, останали на диспансерно наблюдение по групи съгласно **чл. 20**;
6. информация за изписани лекарствени продукти (генерични наименования) съгласно изискванията на Националния рамков договор.

Чл. 22. Копия от отчетите за резултатите от профилактичните прегледи и диспансерното наблюдение се изпращат на районните центрове по здравеопазване (РЦЗ), регионалните хигиенно-епидемиологични инспекции (ХЕИ) и РЗОК.

Чл. 23. Контролът по провеждането на профилактичните прегледи и диспансерното наблюдение се осъществява от РЦЗ, регионалната ХЕИ и РЗОК.

Заклучителна разпоредба

Параграф единствен. Наредбата се издава на основание на чл.30 от **Закона за народното здраве** и отменя Наредба № 9 от 1996 г. за организация и провеждане на профилактични прегледи и диспансерно наблюдение при деца от 0 до 18 години (ДВ, бр. 43 от 1996 г.) и Наредба № 12 от 1996 г. за организация и провеждане на диспансеризация при лица над 18 години (ДВ, бр. 56 от 1996 г.).

Приложение № 1

към **чл. 3**

МЕТОДИКА

за провеждане на профилактичните прегледи на лица от 0 до 18 години

I. Изследване на антропометричните показатели

При антропометричните измервания кърмачетата са голи, а по-големите са съблечени по гащета, фланелка и боси. Като опорни точки за стандартизиране на методиката служат приетите в практиката антропологични точки.

1. Ръст При деца до 3-годишна възраст ръстът се измерва със специален детски ръстомер. Детето се измерва в легнало положение до прохождането му. Майката фиксира главата му към началото на ръстомера. Подвижното рамо на ръстомера се поставя до стъпалото на детето. При деца в предучилищна и училищна възраст се използват ръстомери или антропометри. При измерването петите на детето са събрани, тялото е изправено и се допира до ръстомера в областта на петите, между глутеалната гънка и между скапуларната област. Главата е в т. нар. "франкфуртска равнина" - линията, съединяваща горния ръб на външния слухов канал и долния ръб на орбитата, трябва да е успоредна на пода. Ръстът се измерва с точност до 0,5 см при използване на ръстомер и с точност до 1 мм при използване на антропометър (табл. 1).

2. Телесна маса Измерва се с медицинска теглилка с точност: при деца до 1-годишна възраст - до 10 г; при деца в ранна, предучилищна и училищна възраст - до 50 г. Теглилката трябва да се сверява периодично (табл. 1).

3. Обиколки на тялото Измерването се извършва с неразтеглива сантиметрова лента с точност до 0,5 см.

3.1. Обиколка на глава - сантиметровата лента минава отпред през глабелата (над веждите), а отзад през опистокраниона (най-изпъкналата част на черепа) - табл. 2.

3.2. Обиколки на гръдния кош: При деца до 3-годишна възраст: сантиметровата лента се поставя на гърба непосредствено под долния ъгъл на скапелата, а отпред върху мамилите. Мери се при спокойно състояние на детето (табл. 3). При деца в предучилищна и училищна възраст обиколките на гръдния кош се измерват в 3 положения: в пауза, при максимално вдишване и при максимално издишване (табл. 3 и 4). Сантиметровата лента минава отзад под върха на скапулите. При момичета с начална степен на развитие на млечните жлези лентата минава над мамилите, а при момчетата под тях. При девойките лентата е непосредствено под млечните жлези при максималното им отдръпване нагоре. Първо се измерва гръдната обиколка в дихателна пауза, а след това, без да се променя положението на лентата, се измерват обиколките при максимално вдишване и издишване. 4. Оценка на антропометрични показатели На табл. 1, 2, 3 и 4 са представени средните стойности (\bar{x}) и стандартното отклонение (s) на антропометричните показатели, съответно по възраст и пол. При индивидуалната им оценка се оформят:

I група	норма $\bar{x} \pm 1 s$; в нея се включват деца и ученици, чиито показатели са в границите на средната стойност (\bar{x}) плюс/минус 1 стандартно отклонение ($1 s$)
II група	разширена норма; в нея са включени деца и ученици, при които антропометричните показатели са между $\bar{x} \pm 1 s$ и $\bar{x} \pm 2 s$
III група	извън нормата - антропометричните измервания са под $\bar{x} - 2 s$ и над $\bar{x} + 2 s$.

II. Изследване на физическата дееспособност

1. Мускулна сила на лява и дясна ръка (динамометрия, чрез която се определя силата на флексорите на пръстите на ръцете) Изследва се при деца над 3-годишна възраст. Измерва се с ръчен динамометър с точност до 1 кг. Изследването се извършва последователно на двете ръце, като се правят

няколко опита и се отчитат най-високите стойности (табл. 5).

2. Гладко бягане (тест за бързина) При деца от 1- до 3-годишна възраст - на разстояние 20 м. При деца в предучилищна възраст - на разстояние 40 м. При ученици - на разстояние 60 м. Провежда се на равна асфалтова площадка. Децата предварително се инструктират да бягат колкото се може по-бързо до определената цел, намираща се на 5 - 6 м зад финалната линия. Разстоянието се пробягва еднократно. Времето от стартовия сигнал до финалната линия се измерва с хронометър с точност до 0,1 сек (табл. 6).

3. Скок на дължина от място с два крака (тест за мускулите на краката) Провежда се на равна площадка с нехлъзгава настилка (земя, зебран, килим). Начертава се линия на отскачане. Детето застава зад начертаната линия така, че пръстите на краката опират до линията, без да я докосват. Разрешава се предварително изпълнение на махове с ръце и пружиниране от тазобедрените стави. Подскок не се разрешава. Измерването се извършва перпендикулярно от най-близкия белег, оставен от приземяването, от която и да е част на тялото до линията на отскока с точност до 1 см. Изпълняват се 3 отскока, отчита се най-добрият (табл. 7).

4. Хвърляне на малка плътна топка (80 г) със засилване (тест за силата на мускулите на ръцете, раменния пояс и гърба) Извършва се от предварително начертана стартова линия на равен терен. Отчита се линейното разстояние между нея и точката на приземяване на топката с точност до 1 см. Правят се 2 - 3 опита с лявата ръка и дясната ръка, като се вписва най-добрият резултат (табл. 8).

5. Максимален брой клякания за 20 сек (тест за издръжливост, прилага се при деца над 3-годишна възраст) От основен строеж се извършват максимален брой клякания за 20 сек. Клякането трябва да бъде пълно (дълбоко), като за бройка се отчита цикъл от едно клякане и изправяне (табл. 9 и 9а). За деца от 10 до 18 години вместо максимален брой клякания се включва гладко бягане на 600 м за мъже и 300 м за жени (тест за издръжливост). Тестът се провежда на лекоатлетическа писта или друго равно и гладко място. Времето се измерва с хронометър с точност до 0,1 сек.

6. Оценка на физическата дееспособност При индивидуалната оценка на показателите на физическата дееспособност на деца и ученици се отчитат само тези, които са под $x - 1 s$.

III. Лекарски преглед

1. Анамнестични данни Получават се от майката на детето и/или от ученика и се отнасят за: - настоящи оплаквания; - минали заболявания; - бременност, раждане, ръст и тегло на детето при раждането; - фамилна обремененост; - хранене, имунизации; - социален статус на родителите.

2. Физикално изследване

2.1. Оглед - дава информация за физическото развитие, общото състояние на детето, цвят на кожата и лигавиците, наличие на обриви, увеличени лимфни възли, увеличена щитовидна жлеза, стойка, деформации на гръдния кош, гръбначния стълб и крайниците, малформации на половите органи и степента на пубертетното развитие. При кърмачетата допълнително се изследват мускулният тонус, тургорът, подкожната мастна тъкан и нейното разпределение по корем, крайници, гърди. Обръща се внимание на формата на главата, състоянието на шевове и, определя се големината на фонтанелите. Търси се

евентуално краниотабес и други симптоми на рахит. Отбелязват се редът на прорязване на зъбите и броят им.

2.2. Дихателна система - отбелязва се проходимостта на носа. При наличие на дихателната патология се описват точно симптомите ѝ. При кърмачетата се определя честотата на дишането и се търсят признаци на диспнея.

2.3. Сърдечно-съдова система - за диагностициране на сърдечно-съдови заболявания се търсят: - при новородени деца (до 30-ия ден след раждането) отказ от гърда (биберон), затруднено дишане след нахранване, незадоволително наддаване на тегло, цианоза от централен тип, тахипнея по време на сън (над 55 - 60 в мин), тахидиспнея, наличие на малформативни стигми (например тризомия 21 и др.), промяна в качеството на пулса (слаб на четирите крайника, целеритет, липса на долните крайници), при аускултация - наличие на сърдечен шум, долавяне на сърдечните тонове отдясно (декстрокардия), аритмична, брадикардична (под 90 в мин) или тахикардична сърдечна дейност (над 180 - 200 в мин при липса на фебрилитет), хепатомегалия, аномалии в ситуса на вътрешните органи; - при кърмачета до 1 година освен посочените симптоми в тази възраст се прибавят: изоставане във физическото развитие, изпотяване, бледост (без да е задължително наличие на анемия) и чести респираторни заболявания; - при деца от 1- до 5-годишна възраст се наблюдават същите симптоми, както и лесна уморяемост, оплаквания от сърцебиене, синкопи (прилошавания, колапси) и повишено артериално налягане. За диагнозата са необходими: рентгенография; ЕКГ; консултация с педиатър-кардиолог, вкл. в детските специализирани клиники на ВМУ. Методика за измерване на артериално налягане и пулсова честота Артериалното налягане (АН) се измерва в сутрешните часове, в затоплена стая, след 10 - 15-минутен физически и психически покой. При деца до 2-годишна възраст АН се измерва с Доплер, осцилометър или се използва "флъш метод" (метод на зачервяване). Подходящата по размери за възрастта маншета (табл. 10) се поставя проксимално от китката или глезена. Детето е в лежачо положение. Крайникът се повдига, за да избледнее. Маншетата бързо се напompва над очакваните стойности на АН. Крайникът се поставя в хоризонтално положение (на нивото на сърцето), след което бавно се декомпресира. Отчита се стойността, при която се появява зачервяване в анемизирания преди това крайник. Тази стойност е най-близка до средното АН (табл. 11). При деца в предучилищна и училищна възраст АН се измерва по аускултаторния метод на Коротков с живачен или анероиден сфигмоманометър, с подходящи за възрастта размери на маншетата. Тя се поставя на дясната ръка на 1 см над кубиталната гънка. Изследваното дете е седнало, като ръката му е на нивото на сърцето. Артериалното налягане се измерва трикратно последователно. Систолното АН се отчита при появата на I тон (I фаза на Коротков), диастолното АН - при пълното изчезване на тоновете (V фаза на Коротков). Отчитането се извършва с точност до 2 мм Hg. Ако най-ниската стойност на систолното и/или диастолното налягане от 3-те измервания превишава възрастовата норма (табл. 12), се налага измерването му още най-малко при 2 различни прегледа (в рамките на 1 - 2 месеца), както и измерването на пулса и АН на четирите крайника. Децата, показали повишено артериално налягане при трите различни прегледа, се насочват към съответния специалист за диагноза и диспансеризация. Пулсовата честота се измерва палпаторно на a. radialis на дясната ръка за 60 сек. Времето се засича с

хронометър (табл. 13). Задължително е двустранното изследване на пулса на a.femoralis, а ако това е невъзможно - на a.dorsalis pedis.

Забележки:

1. Сърдечната честота при здравите деца се характеризира с голяма вариабилност. Посочените стойности на сърдечната честота в таблицата отразяват възможните ѝ отклонения при здрави деца.
2. При сърдечна честота, фиксирана постоянно в долната или горната граница за дадена възраст или близки до тези стойности, може да се подозира патология. В такива случаи е необходима кардиологична консултация.

2.4. Храносмилателна система Изследват се устна кухина (език, устна лигавица, венци, тонзили, фаринкс, зъбен статус) и корем (палпират се слезка, черен дроб, търсят се туморни маси и наличие на локализирана болезненост).

2.5. Отделителна система Succussio renalis (+/-), видими аномалии на уретрата.

2.6. Ендокринна система

2.6.1. Щитовидна жлеза Основните клинични методи на изследването ѝ са оглед и палпация, извършени в право или седнало положение на детето/ученика, при прякото ѝ осветяване. Определят се размерът, консистенцията, повърхността, болезнеността, наличието на нодули и евентуално съпътстващо увеличение на лимфни възли. Нормално всеки лоб е с размери, по-малки от крайната фаланга на палеца на изследваното лице. Размерът на увеличената щитовидна жлеза се определя по 3-степенната скала на СЗО: IA степен - жлезата се палпира, но не се вижда; IB степен - жлезата се палпира и се вижда при извита назад глава и шия; II степен - жлезата се вижда ясно и при обичайно положение на главата и шията; III степен - жлезата проминава, вижда се от дистанция и нерядко деформира релефа на шията; може да се открият симптоми на компресия (разширени вени на шията, дисфагия и др.); при тази степен е необходимо измерване на обиколката на шията. Всяко увеличение на щитовидната жлеза над IB степен и/или наличие на нодули изисква консултация с педиатър - ендокринолог.

2.6.2. Пубертетно развитие Оценява се по развитието на вторичните полови белези (окосмяване на пубиса, аксилите и брадата, развитие на млечните жлези) и датата на първия мензис при момичетата/първата нощна полюция при момчетата. Възрастта, в която настъпва пубертетът, е с много широки граници - от 9 - 10 до 15 г. при момичетата и от 11 до 17 - 18 г. при момчетата.

Наблюдението на учениците трябва да започне преди този период. При съмнение за ранен или късен пубертет оценката се извършва по скалата на Танер (табл. 14) и се провеждат необходимите хормонални изследвания и консултации с ендокринолог.

2.6.3. Затлъстяване Необходимо е да се наблюдават децата с наднормена телесна маса (между +1 и +2 стандартни отклонения от средната възрастова норма за телесната маса при съответен за възрастта ръст) и тези със затлъстяване. Степента на затлъстяване се определя въз основа на следната класификация: I степен - увеличение на телесната маса от 15 до 30 %; II степен - увеличение на телесната маса от 31 до 50 %; III степен - увеличение на телесната маса от 51 до 100 %; IV степен - увеличение на телесната маса над 101 %. Може да се използва показателят за индекс на телесната маса (ИТМ) = тегло : ръст² Нормални стойности на ИТМ (индекс на телесна маса) Нормални стойности - 18 - 24 кг/м² Наднормено тегло - 25 - 29 кг/м² Затлъстяване - >30

кг/м²

2.7. Нервна система Търсят се данни за отпадна двигателно-неврологична симптоматика, изоставане в нервно-психичното развитие, гърчове и др., които да насочват към резидуална увреда. При деца с нормално до момента развитие се отчитат новопоявили се неврологични симптоми (главоболие, парези, гърчове и др.), с оглед на установяване на патологичен процес (мозъчен тумор, съдова малформация, дистрофия). Особено внимание заслужават невротичните разстройства (тикове, заекване, страхови преживявания, поведенчески реакции и др.).

2.8. Анализатори

2.8.1. Зрителен анализатор При деца до 3-годишна възраст освен с приетите обективни методи за изследване на зрителния орган информация за нарушения във функциите му се получава при определяне на нервно-психическото развитие (метод на Томова-Манова) и проследяване на отделните показатели. При деца в предучилищна и училищна възраст зрителната острота и цветното зрение се изследват съответно със специални зрителни таблици и таблиците на Рабкин. Показания за консултация с офталмолог при деца и ученици са:

а) липса на зенична реакция на светлина и обща двигателна реакция на Пайпер (при осветяване на всяко око се наблюдава присвиване на клепачите, отдръпване на главата назад и опистотонус);

б) липса на двуочна фиксация на предметите или светлинните източници и нарушена двуочна координация на движенията на очите (след 3-ия месец);

в) установяване на нистагъм, ограничение на движенията на едното или двете очи в определена посока и страбизъм;

г) установяване на ненормални по размери очни ябълки, птоза, "червено око", "бяла зеница";

д) установяване на рефракционни аномалии (миопия, хиперметропия, астигматизъм, анизометропия).

2.8.2. Слухов анализатор При деца до 3-годишна възраст от значение за диагнозата са анамнезата, обективните методи на изследване и определянето на нервно-психичното развитие (метод на В. Манова-Томова) и проследяване на определени показатели. При деца в предучилищна и училищна възраст диагнозата се поставя въз основа на анамнезата и чрез пряк контакт, при който се установява степента на развитието на говора. Провежда се тест с говор или шепот (детето трябва да повтаря това, което чува при говор или шепот за всяко ухо поотделно, без да вижда устата на лекаря). При съмнение за намаление на слуха или липса на такъв децата се насочват към оториноларинголог и евентуално рехабилитация на слуха и говора.

2.9. Опорно-двигателна система

2.9.1. Изследване на гръбначен стълб, гръден кош и крайници Изследват се в предучилищна и училищна възраст, като в повечето случаи изискват консултации с ортопед. При прегледа детето трябва да бъде съблечено по гашета, босо и да е стъпило на равна плоскост, като предварително се измерва дължината на долните крайници. Ходилата са събрани в петите, леко отведени откъм пръстите, коленете - изпънати, а ръцете - свободно отпуснати до тялото. Тялото и главата са в обичайното изправено положение без допълнително напрежение на гръбначната и коремна мускулатура. Огледът се извършва отпред, отстрани и отзад. При оглед отпред се преценяват: - позицията на главата; - симетричността на двете лицеви половини; - симетричността на

шийно-раменните линии; - общата конфигурация и симетричността на гръдния кош; - формата на големите гръдни мускули (евентуално липсата им); - формата и симетричността на гърдите (мамилите); - деформациите на предната гръдна стена (гръдна кост, ребра); - симетричността на талийните триъгълници. При оглед от страни се преценяват: - нормалните физиологични извивки на гръбначния стълб (гръдна кифоза и лумбална лордоза) и евентуалното им намаляване или увеличаване; - позицията на шията и главата в сагиталната равнина и тялото; - позицията на раменете и долните ъгли на лопатките, коремния и гръдния контур (хлътнали или изпъкнали) и взаиморазположението им. Промените в посочените позиции, контури и взаимоотношения се установяват чрез: - тест за волево налягане на гръбначната и коремната мускулатура, при който детето се подканя да застане в позиция "мирно"; - тест на Адамс - детето се навежда напред със свободно отпуснати надолу ръце и глава; - налягане на гръбначната мускулатура при лежаща позиция на детето по корем на твърда кушетка - лицев лег. При оглед отзад се преценява: - правилната вертикална позиция на тялото, евентуално наличие на наклон встрани чрез прокаране на отвес от протуберанция окципиталис екстерна или бодилковия израстък на 7-ия шиен прешлен (нормално тази линия минава през интерглутеалната гънка); - хоризонталната позиция и симетричността на раменете; - разположението, нивото и симетричността на лопатките и особено на долните им ъгли; - симетричността на талийните триъгълници; - хоризонталната позиция на таза, респ. на хълбочните гребени. Чрез палпация се проследява редът на бодилковите израстъци, като върховете им се маркират с дермографичен молив (флумастер).

а) Неправилно телодържане (неправилна стойка) Характеризира се с функционални отклонения от нормалната стойка, които променят позицията на гръбначния стълб в пространството и взаиморазположението на главата, шията, раменния пояс, ръцете, туловището, таза и краката. При неправилното телодържане не се установяват фиксирани (структурни) изкривявания на гръбначния стълб във фронталната, сагиталната и транзверзалната равнина. Липсват ротация на прешлените, респ. ребрен гибус или мускулен вал, и дефицит в подвижността на гръбначния стълб. Установените отклонения и асиметрии се коригират при прилагане на теста за волево налягане на гръбначната и коремната мускулатура, теста на Адамс и при лицев лег.

б) Сколиоза Представлява странично изкривяване на гръбначния стълб, при което е налице и ротация на включените в кривата прешлени. Възможно е и абнормна промяна във величината на сагиталните извивки. По този начин се получава сложно патологично разположение на гръбначния стълб в пространството спрямо фронталната, сагиталната и транзверзалната равнина. Съществен белег е наличието на фиксирани структурни промени и ротация на прешлените, които обуславят оформянето на ребрен гибус в областта на гръдния кош, респ. неговото деформиране и/или мускулен вал в поясния отдел със скосяване на таза, водещо до функционална разлика в дължината на долните крайници. При волево налягане на мускулатурата, лицев лег и навеждане напред изкривяването не се коригира напълно. Различават се 4 степени на сколиоза (клинична класификация на В. Д. Чаклин, 1957 г.): I степен: ъгълът на сколиозата е до 10° . Установява се: - лека разлика в нивото на раменете; - линията на бодилковите израстъци е отклонена леко странично; - при затегляне на болния за главата тази линия, маркирана с дермографичен

молив (флумастер), се изправя; - при оглед отпред има асиметрия на мамилите; посочените симптоми са изразени слабо и е необходимо внимателно изследване и умение, за да се забележат; при тази степен на сколиозата особена важност е тестът на Адамс, чрез който се установява леко изразен ребрен гибус. II степен: ъгълът на сколиозата е от 10° до 25°. Всички описани за I степен симптоми са изразени по-отчетливо. Ротацията е по-голяма. Пасивното коригиране чрез затегляне на главата нагоре от медицинската сестра, застанала пред детето, е частично. III степен: ъгълът на сколиозата е от 25° до 50°. Всички симптоми на първа и втора степен са силно изразени: - ъглите на лопатките са асиметрични; - изпъкването на долния ъгъл на лопатката и ребрената гърбица откъм страната на конвекситета са значителни и се забелязват и под дрехите; - наклонът на раменете не съвпада с този на таза; - налице е деформиране на гръдния кош с изпъкване отпред, на противоположната страна на задната ребрена гърбица; - отчетливо е изразен симптомът на мускулния вал в поясния отдел, което е сигурен белег за ротация на прешлените в зоната на гръбначното изкривяване. IV степен: ъгълът на сколиозата е над 50°. Всички посочени симптоми са силно изразени: - изкривяването е фиксирано; - гръдният кош е силно деформиран; - при пониските сколиози тазът е силно скосен; - налице е функционална разлика в дължината на долните крайници.

в) Кифоза - абнормно фиксирано увеличаване на физиологичната кифоза в гръдния дял на гръбначния стълб. Диагностицира се при оглед в профил. При волево налягане на гръбначната мускулатура, пасивно изтегляне на главата нагоре и в положение на лицева лег деформацията не се коригира. При теста на Адамс и тангенциално наблюдаване на гърба от страни деформацията изпъква по-ясно.

г) Кифосколиоза - смесена форма на деформация на гръбначния стълб в предно-задна и латерална равнина.

д) Лордоза - абнормно увеличаване на физиологичната лордоза в лумбалния дял на гръбначния стълб. Диагностицира се в профил. При фиксирана лордоза повдигането на сгънат ляв или десен крак към гърдите изглажда деформацията, а ако тя се коригира, се касае за неправилна стойка.

е) Деформации на гръдния кош - хлътнал (обущарски) и изпъкнал (птичи). Диагностицират се при оглед на тялото във фас и профил.

ж) Ортопедични дефекти на долните крайници *Coxa vara congenita* - крайникът е скъсен и детето куца без болка. *Coxa vara adolescentium* - детето куца, има болка при ходене. Установява се флексионна абдукторна и външноротаторна контрактура (ФАБЕР тест). *Coxa valga antetora* - децата седят в "телевизионна позиция" и ходят с увеличена вътрешна ротация на крачето. Деформации на коляното (*genu varum, valgum, recurvatum*), криви крачета (*pes equinovarus, planovalgus* и др.) и разлика в дължината на крайниците.

2.9.2. Изследване на тазобедрена става Тазобедрената става задължително се изследва при новородени, кърмачета и особено при "рисковата група" деца, обособена въз основа на следните анамнестични и клинични данни: обременена фамилна анамнеза по отношение на луксация на тазобедрената става; женски пол, дете от първо раждане, седалищно предлежание цезарово сечение поради седалищно предлежание; олигохидрамнион; многоплодна бременност; липса на флексионна контрактура на тазобедрената става; кос таз; външна ротация на крайника и екстензионна контрактура на коляното; други вродени аномалии (тортиколис, плагиоцефалия, сколиоза, криви крачета - *pes*

equinovarus, pes planovalgus, pes calcaneovalgus, pes metatarsovarus).

Новороденото може да има: здрава става; нестабилна става, която може да се сублуксира или луксира; луксирана става, при която главата е изцяло извън ацетабулума и може да се намести чрез теста на Маркс-Ортолани.

а) Вродено изкълчване на тазобедрената става, при което се различават две основни разновидности: - тератогенно, появяващо се рано - in utero, с тежки контрактури на меките тъкани с изразено изместване на бедрената глава и се придружава от други тежки малформации (артрогрипоза, миеломенингоцеле и др.); - типично, настъпващо пренатално, перинатално и се диагностицира при иначе здрави деца. При новородени и кърмачета до края на 2-рия месец от значение за диагнозата са: Тест на Маркс-Ортолани Детето се поставя по гръб върху твърда маса или дюшече. Необходимо е да се изчака детето да се успокои и отпусне. Всяка става се изследва поотделно. С едната ръка се стабилизира тазът. С другата ръка от тестваната страна колянната става се сгъва под остър ъгъл, а тазобедрената - до 90°. Върховете на средния пръст и показалеца се поставят върху големия трохантер по латералната страна на бедрото, а палецът лежи направо на коляното. Палецът не трябва да бъде върху малкия трохантер на бедрения триъгълник, защото натискът в тази област е болезнен. Върховете на пръстите не трябва да се забиват в меките тъкани. При внимателно абдуциране на бедрото може да се почувства, а в някои случаи да се чуе т.нар. "щракане на наместването" - изкълчената бедрена глава се плъзга зад задния ръб на ацетабулума и влиза в ацетабуларната ямка. След това бедрото се аддуцира, при което бедрената глава излиза от ацетабулума отново с щракане - "щракане на изместването". Двете стави се флектират, като нетестваната става е във флексия от 90° и лека абдукция. Тестваната става е във флексия 45° - 60° и лека аддукция. Поставят се вторият и третият пръст върху големия трохантер върху латералната част на бедрото, а палецът - по медиалната долна част на бедрото. Коляното на детето лежи в дланта на лекаря. При това положение, натискайки внимателно по надлъжната ос на бедрото, изследващият се стреми да измести бедрената глава от ацетабулума. В случай че се касае за "става, която може да се луксира", бедрената глава ще се измести изцяло от ацетабулума с феномена "щракане на изместването". При освобождаване от натиск с палеца и внимателна абдукция и флексия на бедрото бедрената глава се връща в ацетабулума с феномена "щракане на наместването". Тест на Палмен Чрез него се диагностицира нестабилна тазобедрена става, която може да се сублуксира. Детето се изследва както при теста на Барлоу. Тестваната става се поставя в по-голяма аддукция и екстензия, т.е. в по-нестабилно положение. При "става, която може да се сублуксира" бедрената глава не излиза изцяло от ацетабулума, но опъва еластичните връзки и капсулата. Характерно е усещането за "телескопиращо", "пружиниращо", "плъзгащо" движение в ставата. Бедрената глава обаче не може да бъде избутана назад от ацетабулума. Не се получава феноменът "щракане на изместването". При отпускане на натиска по надлъжната ос на бедрото се усеща избутване на коляното върху дланта и наместването на главата в ацетабулума, но без феномена "щракане на наместването". При нестабилните тазобедрени стави анатомичните елементи са нормални и затова сонографиите и рентгенографиите не показват отклонения.

IV. Психично развитие на деца от ранна и предучилищна възраст

1. Изследване на нервно-психичното развитие на деца до 3-годишна възраст
Използва се методът на В. Манова-Томова (табл. 15 и 16). Отчитат се отделните показатели за развитието на детето в съответната възраст. Данните за изпълнението им се вземат от майките и/или личното наблюдение на детето. За децата, отглеждани в детски ясли и ДМД, се изчислява коефициентът на психичното развитие (КoP), като се отчитат изпълнените показатели (BП) и съответната календарна възраст на детето (KB). Използва се следната формула:

	BP x 100	
КoP =		.
	KB	

През първата година изпълнението на един показател има стойност, равна на една седмица, през втората - на 1/2 месец и през третата - на 1 месец. Според стойностите на КoP се обособяват следните нормативни групи:

КoP: над 120 - много високо психично развитие 110 - 119 - високо; 90 - 109 - нормално; 80 - 89 - слабо; 70 - 79 - гранично.

Таблица 1

Ръст и телесна маса

Възраст	Ръст (см)				Телесна маса (кг)			
	мъже		жени		мъже		жени	
	x +/- s	x +/- s	x +/- s	x +/- s	x +/- s	x +/- s	x +/- s	
0 м.	53,1	2,1	52,5	2,1	3,9	0,5	3,8	0,6
1 м.	54,5	3,2	53,8	3,1	4,4	0,8	4,1	0,7
2 м.	59,3	3,1	57,9	3,0	5,6	0,8	5,2	0,8
3 м.	62,3	2,9	60,9	3,1	6,4	0,8	6,0	0,8
4 м.	64,7	3,4	63,6	3,1	7,1	0,9	6,7	0,8
5 м.	67,0	3,1	65,4	2,9	7,7	0,9	7,2	0,9
6 м.	69,0	2,8	67,4	3,1	8,4	1,0	7,8	0,9
7 м.	70,6	2,9	68,3	3,1	8,8	1,0	8,1	0,9
8 м.	71,9	3,1	70,1	3,1	9,3	1,2	8,6	1,0
9 м.	72,9	2,8	71,6	3,1	9,6	1,1	9,0	1,1
10 м.	74,5	3,7	72,9	3,1	9,9	1,2	9,3	1,0
11 м.	75,6	3,3	74,4	3,2	10,2	1,2	9,7	1,2
1 г.	78,0	3,7	76,3	3,3	10,7	1,2	10,1	1,2
1 г. 3 м.	80,8	4,1	79,8	3,8	11,3	1,3	10,8	1,2

1 г. 6 м.	83,7	3,6	81,7	3,6	12,1	1,3	11,4	1,3
1 г. 9 м.	85,6	4,8	84,8	4,5	12,3	1,4	12,0	1,4
2 г.	88,3	4,8	87,5	4,6	12,9	1,5	12,5	1,4
2 г. 3 м.	90,6	4,8	90,1	4,8	13,6	1,6	13,2	1,6
2 г. 6 м.	92,6	5,1	91,6	4,9	14,1	1,6	13,6	1,7
2 г. 9 м.	94,7	5,4	93,1	5,2	14,5	1,7	13,9	1,6
3 г.	98,7	4,7	96,8	4,7	16,0	2,3	15,4	2,1
3 г. 6 м.	101,2	5,6	101,1	5,3	16,8	2,3	16,4	2,2
4 г.	104,4	5,1	103,8	5,2	17,5	2,3	17,2	2,4
4 г. 6 м.	108,1	5,6	107,3	5,4	18,8	2,6	18,3	2,5
5 г.	111,8	5,6	111,4	5,9	19,8	2,8	19,8	2,9
5 г. 6 м.	114,6	6,1	113,2	5,8	21,0	3,1	20,3	3,1
6 г.	117,4	6,3	116,8	6,1	22,3	3,4	21,9	3,6
6 г. 6 м.	120,6	5,8	120,4	5,6	23,6	3,6	23,1	3,6
7 г.	125,0	6,0	124,6	5,5	25,4	4,2	25,2	4,1
8 г.	130,6	7,3	129,4	6,3	28,0	5,0	27,7	5,4
9 г.	135,2	6,4	135,6	6,4	31,3	5,5	31,0	5,3
10 г.	140,9	6,4	141,4	5,7	35,2	6,5	35,6	7,5
11 г.	145,8	7,5	147,2	5,7	38,6	7,4	39,3	7,8
12 г.	151,0	8,0	153,1	6,9	43,3	8,7	45,4	8,6
13 г.	158,3	8,4	157,2	6,6	49,7	10,1	49,9	9,2
14 г.	165,6	8,1	159,2	5,8	56,2	10,5	53,8	8,4
15 г.	169,6	7,7	159,9	5,6	60,4	10,1	56,6	8,2
16 г.	172,3	7,1	160,7	6,1	64,5	9,4	57,3	7,7
17 г.	173,8	6,4	161,2	5,8	67,9	8,9	58,1	8,1
18 г.	172,3	6,3	161,4	6,0	69,6	7,8	58,4	8,3

Таблица 2

Обиколка на главата (см)

Възраст	Мъже		Жени	
	x +/- s		x +/- s	
0 м.	36,6	1,6	36,1	1,8

1 м.	37,3	2,1	36,6	2,1
2 м.	39,7	1,4	38,8	1,6
3 м.	41,0	1,5	40,0	1,6
4 м.	42,0	1,7	41,1	1,6
5 м.	43,0	1,5	42,1	1,6
6 м.	44,1	1,5	42,9	1,6
7 м.	44,5	1,7	43,4	1,4
8 м.	45,2	1,6	44,2	1,5
9 м.	45,6	1,4	44,6	1,5
10 м.	46,2	1,6	45,1	1,4
11 м.	46,5	1,5	45,6	1,5
1 г.	47,0	1,7	46,0	1,6
1 г. 3 м.	47,3	1,8	46,5	1,4
1 г. 6 м.	47,7	1,5	47,1	1,6
1 г. 9 м.	48,3	1,6	47,6	1,6
2 г.	48,7	1,7	47,9	1,6
2 г. 3 м.	49,1	1,6	48,3	1,5
2 г. 6 м.	49,5	1,6	48,5	1,8
2 г. 9 м.	49,9	1,5	48,8	1,6
3 г.	50,3	1,9	49,4	2,1
3 г. 6 м.	50,7	1,8	49,6	1,9
4 г.	51,1	2,0	49,9	2,0
4 г. 6 м.	51,4	1,6	50,2	1,7
5 г.	51,5	1,6	50,4	1,6
5 г. 6 м.	51,6	1,6	50,7	1,6
6 г.	51,9	1,7	50,9	1,8
6 г. 6 м.	52,0	1,8	51,0	1,6
7 г.	52,4	1,7	51,4	1,9
8 г.	52,6	1,9	51,9	1,8
9 г.	53,2	1,8	52,3	1,6
10 г.	53,6	1,8	52,7	1,7

11 г.	53,6	2,1	53,0	1,6
12 г.	54,0	1,7	53,9	1,9
13 г.	54,6	2,2	54,1	1,8
14 г.	55,4	1,9	54,4	1,6
15 г.	55,8	1,9	54,6	1,7
16 г.	56,2	1,8	54,7	1,7
17 г.	56,5	1,8	54,7	1,6
18 г.	56,2	1,6	55,0	2,0

Таблица 3

Обиколка на гърдите при пауза (см)

Възраст	Мъже		Жени	
	x +/- s		x +/- s	
0 м.	35,4	2,1	35,1	2,2
1 м.	36,5	2,9	35,9	2,7
2 м.	39,7	2,5	38,6	2,4
3 м.	41,3	2,2	40,2	2,4
4 м.	42,8	2,3	41,9	2,3
5 м.	43,9	2,3	43,0	2,6
6 м.	45,3	2,4	43,9	2,6
7 м.	45,7	2,5	44,5	2,4
8 м.	46,6	2,4	45,5	2,3
9 м.	47,0	2,4	46,0	2,3
10 м.	47,4	2,4	46,0	2,3
11 м.	47,9	2,6	46,9	2,3
1 г.	48,5	2,4	47,4	2,4
1 г. 3 м.	49,4	2,6	48,2	2,5
1 г. 6 м.	50,4	2,5	49,1	2,7
1 г. 9 м.	50,6	2,4	49,9	2,4
2 г.	51,4	2,7	50,1	2,5
2 г. 3 м.	52,0	2,7	50,9	2,5
2 г. 6 м.	52,3	2,5	51,2	2,6

2 г. 9 м.	52,7	2,6	51,5	2,4
3 г.	53,3	2,9	52,2	3,0
3 г. 6 м.	53,6	2,7	52,9	3,0
4 г.	54,6	2,9	53,6	3,0
4 г. 6 м.	55,6	3,1	54,4	3,4
5 г.	56,5	3,5	55,4	3,6
5 г. 6 м.	57,4	3,3	55,7	3,5
6 г.	58,2	3,6	56,9	3,9
6 г. 6 м.	59,4	3,8	57,7	4,1
7 г.	60,6	3,7	59,2	4,1
8 г.	62,5	4,8	61,3	4,9
9 г.	64,3	4,6	63,1	5,0
10 г.	67,5	5,5	65,9	6,3
11 г.	69,3	5,8	67,7	6,1
12 г.	72,1	6,6	70,9	6,1
13 г.	76,1	7,2	72,9	6,2
14 г.	80,1	6,8	75,3	6,6
15 г.	82,5	6,6	76,4	6,5
16 г.	84,9	6,2	76,5	6,8
17 г.	87,2	6,9	77,2	6,6
18 г.	88,1	5,4	78,8	7,0

Таблица 4

Обиколка на гърдите (см)

Възраст	При вдишване				При издишване			
	мъже		жени		мъже		жени	
	x +/- s	x +/- s	x +/- s	x +/- s	x +/- s	x +/- s	x +/- s	
3 г.	55,6	3,2	54,4	3,2	52,3	3,2	51,2	3,0
3 г. 6 м.	56,2	3,1	55,4	3,3	52,7	3,3	51,8	2,9
4 г.	57,3	3,2	56,1	3,3	53,5	3,3	52,5	3,1
4 г. 6 м.	58,7	3,4	57,2	3,4	54,5	3,4	53,4	3,4
5 г.	59,6	3,7	58,9	3,7	55,4	3,8	54,4	3,4

5 г. 6 м.	60,7	3,7	58,9	3,7	56,1	3,9	54,6	3,3
6 г.	61,6	3,9	60,4	3,9	56,9	4,1	55,6	3,7
6 г. 6 м.	63,3	4,2	61,6	4,2	58,1	4,3	56,5	4,1
7 г.	65,2	4,4	63,5	4,4	59,2	4,5	57,8	4,1
8 г.	67,3	5,4	65,7	5,4	60,8	5,2	59,6	4,7
9 г.	69,4	5,4	67,7	5,4	62,6	5,0	61,5	5,0
10 г.	72,5	5,3	70,8	5,3	65,8	6,3	64,1	6,3
11 г.	74,8	6,1	72,9	6,1	67,5	6,4	65,9	5,8
12 г.	77,9	6,7	75,8	6,7	70,2	6,3	69,2	6,4
13 г.	82,1	7,4	77,8	7,4	74,1	6,3	71,0	6,3
14 г.	86,1	6,9	80,4	6,9	77,8	6,8	73,2	6,6
15 г.	88,9	6,7	81,3	6,7	80,1	6,7	74,2	6,4
16 г.	91,2	6,3	81,9	6,3	82,4	6,9	74,4	6,8
17 г.	93,7	6,0	82,3	6,0	84,4	6,8	75,0	6,5
18 г.	94,5	5,7	83,8	5,7	86,0	6,3	76,6	6,9

Таблица 5

Сила на дясната и лявата ръка (кг)

Възраст	Дясна ръка				Лява ръка			
	мъже		жени		мъже		жени	
	х +/- s	х +/- s	х +/- s	х +/- s	х +/- s	х +/- s	х +/- s	х +/- s
3 г.	4,7	2,4	4,1	1,7	4,4	2,2	3,9	1,9
3 г. 6 м.	4,9	2,0	4,8	2,0	4,6	1,9	4,6	2,4
4 г.	6,2	2,2	5,1	1,8	5,7	2,2	4,8	1,8
4 г. 6 м.	6,8	2,4	6,0	2,2	6,4	2,4	5,7	2,1
5 г.	8,1	2,9	6,7	2,5	7,5	2,8	6,2	2,3
5 г. 6 м.	9,1	3,1	7,4	2,7	8,4	3,2	7,3	2,8
6 г.	10,2	3,2	8,4	2,8	9,5	2,9	7,9	2,9
6 г. 6 м.	11,1	3,3	9,4	3,2	10,3	3,2	8,8	2,9
7 г.	12,7	3,6	10,9	3,0	11,7	3,2	10,2	3,0
8 г.	14,5	3,6	13,0	3,2	13,5	3,6	12,2	3,1
9 г.	16,7	3,9	14,4	3,6	15,3	3,9	13,4	3,5

10 г.	19,4	4,7	16,2	4,3	17,4	4,3	15,1	4,1
11 г.	21,6	4,7	19,3	4,8	20,0	4,3	17,8	4,5
12 г.	25,2	6,1	22,5	5,1	23,1	6,1	24,0	4,7
13 г.	34,0	7,9	24,9	5,2	27,7	7,7	22,5	5,5
14 г.	37,0	8,9	26,9	5,4	34,1	8,4	24,4	5,5
15 г.	42,5	9,6	27,9	6,3	39,1	9,3	25,7	6,1
16 г.	45,7	9,9	29,0	6,4	42,0	8,9	26,5	5,8
17 г.	48,3	8,4	28,8	6,1	44,6	8,6	26,1	5,9
18 г.	52,9	10,8	27,2	9,7	47,4	9,9	24,7	9,1

Таблица 6

Гладко бягане (м/сек)

Бягане 60 м (40 м под 7 г.)				
Възраст	мъже		жени	
	х +/- s		х +/- s	
3 г.	16,0	3,4	16,7	3,7
3 г. 6м.	14,8	3,2	15,4	3,4
4 г.	13,2	2,7	13,9	2,9
4 г. 6м.	12,6	2,8	13,5	2,9
5 г.	11,5	2,5	12,1	2,4
5 г. 6м.	11,1	2,3	11,9	2,5
6 г.	10,9	2,6	11,3	2,6
6 г. 6м.	10,2	2,3	11,1	2,6
7 г.	13,0	2,0	13,5	1,7
8 г.	12,0	1,5	12,9	1,5
9 г.	11,6	1,1	12,3	1,4
10 г.	11,2	1,2	12,2	1,7
11 г.	10,9	1,2	11,2	1,4
12 г.	10,8	1,5	11,1	1,3
13 г.	10,2	1,1	10,9	1,4
14 г.	9,8	1,4	11,3	1,7
15 г.	9,4	1,4	11,2	1,9

16 г.	9,2	1,3	10,9	1,4
17 г.	9,1	1,2	11,1	1,6
18 г.	9,4	1,3	12,2	2,2

Таблица 7

Скок на дължина от място с два крака (см)

Възраст	Мъже		Жени	
	x +/- s		x +/- s	
3 г.	44,4	15,3	40,6	14,1
3 г. 6 м.	51,6	16,8	47,6	16,1
4 г.	65,5	20,6	62,1	20,1
4 г. 6 м.	74,5	21,1	65,8	18,8
5 г.	86,1	21,1	79,0	21,3
5 г. 6 м.	88,1	21,9	84,0	20,8
6 г.	96,1	21,2	89,8	21,9
6 г. 6 м.	103,9	21,4	96,4	20,4
7 г.	116,4	22,5	108,8	19,4
8 г.	130,6	22,7	119,7	20,6
9 г.	139,5	21,6	130,2	20,8
10 г.	144,8	22,5	135,8	21,3
11 г.	154,0	22,2	145,7	25,6
12 г.	163,8	25,8	150,1	24,6
13 г.	173,3	27,4	157,1	28,3
14 г.	185,9	32,6	152,2	29,3
15 г.	195,0	30,8	152,7	28,0
16 г.	198,9	33,2	154,4	31,1
17 г.	200,1	34,6	152,7	29,6
18 г.	192,5	30,2	136,7	31,4

Таблица 8

Хвърляне плътна топка 80 г със засилване (м)

Възраст	Дясна ръка	Лява ръка
---------	------------	-----------

	мъже		жени		мъже		жени	
	x +/- s		x +/- s		x +/- s		x +/- s	
3 г.	3,5	1,7	3,1	1,7	2,5	1,2	2,2	1,0
3 г. 6 м.	4,2	2,1	3,4	1,7	3,0	1,4	2,4	1,1
4 г.	5,3	2,4	4,1	1,8	3,7	1,8	2,9	1,2
4 г. 6 м.	6,1	3,0	4,5	2,1	4,2	1,9	3,2	1,4
5 г.	7,1	3,4	5,2	2,3	4,9	2,3	3,8	1,5
5 г. 6 м.	8,0	3,5	5,7	2,3	5,3	2,2	4,2	1,6
6 г.	9,1	3,9	6,3	2,3	6,0	2,6	4,7	1,8
6 г. 6 м.	9,9	3,9	7,4	3,2	6,3	2,4	5,2	2,0
7 г.	14,3	6,1	9,1	4,2	8,0	3,2	6,3	2,5
8 г.	18,1	6,9	11,1	4,5	9,7	4,2	7,2	2,4
9 г.	21,6	7,8	13,5	5,4	10,9	4,9	8,4	3,0
10 г.	25,3	7,9	15,3	5,8	12,8	5,6	9,7	3,4
11 г.	28,9	7,7	19,0	6,9	14,1	6,4	11,4	3,9
12 г.	31,9	8,7	19,7	7,4	15,7	6,9	12,3	5,0
13 г.	35,6	9,3	22,1	7,6	16,8	7,1	13,1	4,7
14 г.	38,8	9,7	22,4	7,1	18,7	8,1	13,1	5,0
15 г.	40,9	11,1	22,4	8,9	19,4	8,7	12,9	5,8
16 г.	45,2	13,8	23,7	8,8	21,5	10,4	13,7	5,4
17 г.	48,5	11,6	24,9	9,4	22,8	9,8	14,5	6,4
18 г.	53,2	11,1	24,9	8,4	27,4	11,0	13,4	5,9

Таблица 9

Максимален брой клякания за 20 сек (брой)

Възраст	Мъже		Жени	
	x +/- s		x +/- s	
3 г.	11,1	3,8	10,9	3,6
3 г. 6 м.	11,6	3,8	12,2	4,3
4 г.	14,5	4,3	13,9	4,0
4 г. 6 м.	14,4	4,0	14,6	3,8
5 г.	16,0	3,8	15,7	3,9

5 г. 6 м.	16,5	4,1	15,7	3,8
6 г.	16,8	4,1	16,3	3,4
6 г. 6 м.	17,3	3,8	16,4	3,6
7 г.	18,5	4,1	18,0	4,2
8 г.	19,1	3,9	18,4	3,6
9 г.	19,5	3,9	18,8	3,6
10 г.	19,2	3,5	18,3	3,3

Таблица 9а

Физическа дееспособност след 10-годишна възраст

Бягане 600 м за мъже, 300 м за жени (м/сек)

Възраст	600 м - мъже		300 м - жени	
	x +/- s		x +/- s	
10 г.	164,4	32,3	93,5	23,8
11 г.	158,9	28,6	85,8	24,8
12 г.	153,9	27,9	81,0	20,5
13 г.	147,4	24,8	79,9	19,1
14 г.	143,6	24,2	82,3	20,6
15 г.	138,9	24,4	81,7	23,2
16 г.	136,3	22,8	83,8	24,0
17 г.	137,6	23,6	84,0	20,7
18 г.	135,8	19,4	90,3	24,6

Таблица 10

Видове маншети, подходящи за измерване на АН

Вид маншета	Широчина (см)	Дължина (см)
За новородени	2,5 - 4,0	5,0 - 9,0
Бebешки	4,0 - 6,0	11,5 - 18,0
Детски	7,5 - 9,0	17,0 - 19,0
За възрастни	11,5 - 13,0	22,0 - 26,0
За дебела ръка	14,0 - 15,0	30,5 - 33,0
За бедро	18,0 - 19,0	36,0 - 38,0

Таблица 11

Норми за стойностите на АН по метода на Флъш (мм Hg)

Възраст	Средно АН на китка	Средно АН на глезен
1 - 5 дни	46 + 8,0	37 + 7,0
1 - 3 месеца	67 + 11,0	61 + 10,5
4 - 5 месеца	73 + 9,5	68 + 10,0
7 - 9 месеца	76 + 9,0	74 + 8,5
10 - 12 месеца	76 + 14,0	79 + 8,5

Таблица 12

Стойности на АН (мм Hg) съобразно възрастта на детето

Възраст	Физиологични стойности на АН		Нормални, но високи за възрастта стойности на АН		Повишени стойности (патологични) на АН	
	систолично налягане	диастолично налягане	систолично налягане	диастолично налягане	систолично налягане	диастолично налягане
2 г.	75-104	40-64	105-109	65-69	110	70
3 г.	80-104	40-64	105-109	65-69	110	70
4 г.	80-109	40-69	105-109	70-74	110	75
5 г.	80-109	40-69	110-114	70-74	115	75
6 г.	80-109	40-69	110-114	70-74	115	75
7 г.	80-109	40-69	110-117	69-74	118	75
8 г.	85-109	50-69	110-117	69-74	118	75
9 г.	85-109	50-69	110-119	70-74	120	75
10 г.	90-114	50-69	115-119	70-79	120	80
11 г.	90-114	50-69	115-119	70-79	120	80
12 г.	90-119	50-69	130-124	70-79	125	80
13 г.	90-120	52-74	122-129	75-79	130	80
14 г.	90-125	55-75	130-139	76-79	140	80
15 г.	95-125	60-79	130-139	80-84	140	85

Таблица 13

Сърдечна честота (удара/мин)

Възраст	Будно	Покой	Натоварване
	в спокойно състояние	по време на сън	фебрилитет, неспокойствие, плач
Новородено	100-180	80-160	до 200
1 седм. до 3 мес.	100-220	80-200	до 220
3 мес. - 2 г.	80-150	70-120	до 200
2 - 10 г.	70-110	60-90	до 200
Над 10 г.	55-90	50-90	до 200

Таблица 14

Развитие на пубертета при момичета и момчета (по Танер)

I. Пубертетно развитие при момичета	
A. Развитие на гърди (Телархе-М)	
1 степен (M1)	- предпубертетен стадий
2 степен (M2)	- палпира се само "бутон"
3 степен (M3)	- гърдите нарастват и в профил имат релеф
4 степен (M4)	- мамилата и ареолата са конусовидни, гърдите са почти оформени
5 степен (M5)	- мамилата изпъква над ареолата, млечната жлеза е оформена
B. Пубисно окосмяване (Пубархе - По)	
1 степен (По 1)	- предпубертетен стадий
2 степен (По 2)	- единични косми или мъх пубисно
3 степен (По 3)	- редки косми по централната част на пубиса, липсва оформена хоризонтална черта
4 степен (По 4)	- пубисното окосмяване е по-силно изразено, има оформена хоризонтална линия
5 степен (По 5)	- пубисното окосмяване е както при възрастни + леко окосмяване по вътрешната страна на бедрата
B. Аксиларно окосмяване	

I степен (А 1)	- единични косми в аксилите
II степен (А 2)	- непълно окосмяване
III степен (А 3)	- пълно окосмяване, тип както при възрастни
Г. Менархе - дата на първия мензис	
II. Пубертетно развитие при момчета	
А. Генитални гонади + пенис	
1 степен (Го 1)	- предпубертетен стадий
2 степен (Го 2)	- леко отпускане на скроталната торбичка
3 степен (Го 3)	- нарастване на гонадите и пениса
4 степен (Го 4)	- продължава нарастването на гонадите и пениса, по-интензивно оцветяване на кожата на скротума
5 степен (Го 5)	- завършено развитие на скротума и пениса
Б. Пубисно окосмяване - момичетата, но при По 3 има окосмяване по корема и бедрата	
В. Аксиларно окосмяване - степените на развитие са както при момичетата	
Г. Окосмяване по лицето	
1 степен	- начално (мъх)
2 степен	- 1 степен < 2 степен < 3 степен
3 степен	- тип на възрастен
Д. Първа нощна полюция – дата	

Таблица 15

Психично развитие от 0 до 12 месеца

Сед-мици	Показатели	Криви на развитие												КоР				
52	4.Г. Произнася 4 - 5 осмислени думи 3. ЕС. Радва се, когато изпълни задача 2.Д. Постава две кубчета																	X X X X

	едно над друго 1.М. Пристъпва самостоятелно													
48	4.Г. Опит за произнасяне първи думи 3.ЕС. Реагира с неудоволствие при забрана 2.Д. Пие самостоятелно от чашка 1.М. Застоява се без опора											X X X X		
44	4.Г. Произнася звукоподражания 3.ЕС. Радва се при име на приятен човек 2.Д. Поставя кубче (топка) в кутия 1.М. Ходи след подвижна опора											X X X X		
40	4.Г. Изпълнява поръчки при словесни указания 3.ЕС. Радва се при похвала "браво" 2.Д. Различно играе с различни играчки 1.М. Ходи водено за ръка											X X X X		
36	4.Г. Произнася по подражание срички 3.ЕС. Прави "довиждане" с ръка 2.Д. Чука две кубчета едно в друго 1.М. Пристъпва встрани											X X X X		
32	4.Г. Търси с поглед предмет при запитване 3.ЕС. Радва се при игра на криеница 2.Д. Настойчиво се добира до играчка 1.М. Изправя се, хванато за опора											X X X X		
28	4.Г. Произнася продължителни звукосъчетания 3.ЕС. Радва се на приятен човек 2.Д. Заиграва се											X X X X		

2.Д. Трепва и се вслушва в силен звук 1.М. Изправя глава за късо време															
Възрастови периоди (седм.) Възраст при изследването (седм.)	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52		

Легенда: М - моторика; Д - сензорна дейност; ЕС - емоционално-социално развитие; Г – говор

Таблица 16

Оценка на психично развитие от 1 до 3 години

Мес.	Показатели на развитие	Криви на развитие						КоР
36	6.Г. Може да разказва свързано 5.ЕС. В игрите се вживява в роля 4.И. Рисува балон, ябълка и др. 3.Н. Само се съблича и облича 2.У. Вгнездява 5 кубчета 1.М. Качва се и слиза по стълба без опора						X X X X X	
30	6.Г. Задава разнообразни въпроси 5.ЕС. Може да се убеди с думи 4.И. Чертае крива затворена линия 3.Н. Съобщава редовно за физиологичните си нужди 2.У. Откопчава три копчета 1.М. Тича значително добре					X X X X X		
24	6.Г. Задава първи въпроси 5.ЕС. Влиза във взаимодействие с деца 4.И. Чертае вертикални и хоризонтални линии 3.Н. Регулира физиологичните си нужди 2.У. Прегъва лист хартия 1.М. Качва се и слиза по стълба с опора				X X X X X			
21	6.Г. Назовава 5 изображения на картина 5.ЕС. Търси помощ от възрастен 4.И. Драска в границите на листа 3.Н. Храни се самостоятелно 2.У. Хвърля топка в кутия 1.М. Опитва се да тича			X X X X X				
18	6.Г. Опитва се да свързва две думи в изречение 5.ЕС. Исква всичко да върши само 4.И. Драска спонтанно и с усърдие 3.Н. Опитва се да се храни самостоятелно 2.У. Изобразява наблюдавани действия с играчки		X X X X X					

	1.М. Ходи стабилно, рядко пада		X					
15	6.Г. Служи си с 10 и повече думи	X						
	5.ЕС. Изпълнява добре поръчки	X						
	4.И. Държи молив и оставя следи	X						
	3.Н. Държи лъжичка при хранене	X						
	2.У. Ходи само, но често пада	X						
	1.М. Поставя пет кубчета едно върху друго	X						
	Възрастови периоди (в месеци)	15	18	21	24	30	36	
	Възраст при изследването (в месеци)							

Легенда: М - моторика; У - умения; Н - навици; И - изобразителна дейност; ЕС - емоционално-социално развитие; Г – говор

Приложение № 2

към чл. 13

Списък на болестите, при които децата от 0 до 18-годишна възраст подлежат на диспансерно наблюдение и схема на неговото провеждане

I. Инфекциозни болести и паразитози

1. Скарлатина Периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи на преболедувалите деца на 20-ия ден от заболяването и в края на 3-тия месец (при снемане от отчет); клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на сърдечно-съдовата и отделителната система; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, левкоцити с диференциално броене, СУЕ и урина (албумин и седимент) на 20-ия ден и 3-тия месец; AST - при засягане на сърдечно-съдовата система, гърлен секрет - след 15 дни от провеждане на антибактериално лечение; необходими консултации - с кардиолог, нефролог при нужда; лечение и рехабилитация - антибактериално лечение; диспансерно наблюдение - общопрактикуващ лекар или педиатър.

2. Менингоенцефалит Периодичност и продължителност на наблюдението - контролни прегледи на преболедувалите деца на 3-тия, 6-ия и 12-ия месец (при снемане от отчет); клиничен преглед - неврологичен статус; лечение и рехабилитация - психостимулиращи, седатива и антиконвулсивни медикаменти; имунизации минимум след преценка от регионалната комисия за отлагане на имунизации по медицински противопоказания; балнеолечение, лечебна физкултура; необходими консултации - невролог при необходимост диспансерно наблюдение - педиатър.

3. Остър вирусен хепатит. Носителство на вирусите на хепатит В, С и D Периодичност и продължителност на наблюдението - на 3-тия и 6-ия месец при вирусен хепатит А; на 3-тия, 6-ия и 12-ия месец след вирусен хепатит В, С и D, респ. носителство; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на черния дроб и далака; необходими изследвания - АСАТ, АЛАТ, ЛДХ, ГГТП, общ билирубин - директен; урина за пигменти - билирубин, уробилиноген - при всеки контролен преглед; общ белтък, албумин - два пъти годишно; необходими консултации - при данни за хронифициране се насочва за диспансерно наблюдение от гастроентеролог; лечение и рехабилитация - медикаментозно; след нормализиране на трансаминазите - балнеолечение;

диспансерно наблюдение - педиатър.

4. Шигелози Периодичност и продължителност на наблюдението - ежемесечни прегледи на преболедевалите деца в продължение на 3 месеца; клиничен преглед - общо състояние; необходими изследвания - бактериологична посявка на фецес - на 15-ия ден след провеждане на лечението; необходими консултации - с инфекционист; лечение и рехабилитация - антибактериално и симптоматично; диспансерно наблюдение - общопрактикуващ лекар или педиатър.

5. Салмонелоза Периодичност и продължителност на наблюдението - ежемесечни прегледи на преболедевали деца в продължение на 3 месеца; клиничен преглед - общо състояние; необходими изследвания - бактериологична посявка на фецес - на 15-ия ден след провеждане на лечението; лечение и рехабилитация - антибактериално по преценка и симптоматично; диспансерно наблюдение - инфекционист.

6. Епидемичен полиомиелит Периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са на 3 или 6 месеца в срок до 5 години след преболедеването; клиничен преглед - неврологичен статус; необходими изследвания - ЕМГ - един път годишно; необходими консултации - невролог; лечение и рехабилитация - физикална терапия, рехабилитация и витаминотерапия; диспансерно наблюдение - педиатър.

7. Лаймска болест Периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват на 3 месеца в продължение на една година, а по-късно - в интервали по преценка на лекаря; клиничен преглед - общ статус; необходими изследвания - серологично изследване (титър на антитела за борелии) - два пъти годишно; необходими консултации - инфекционист, невролог; лечение и рехабилитация - съобразно клиничната симптоматика; диспансерно наблюдение - общопрактикуващ лекар или педиатър.

8. HIV-инфекция Диспансерното наблюдение и необходимите изследвания се провежда в специализиран сектор за HIV-инфекция в Инфекциозна болница - София.

9. Чревни хелминтози (аскаридоза, трихоцефалоза, хименолепидоза, тениаринхоза) Периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи на 3-тия и 6-ия месец; диспансеризация от 6 месеца до една година; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на храносмилателния тракт, алергична симптоматика; необходими изследвания - паразитологично изследване на фекалии, перианален отпечатък (тениаринхоза) - двукратно; необходими консултации - паразитолог; лечение и рехабилитация - специфични антихелминтни препарати; диспансерно наблюдение - общопрактикуващ лекар или педиатър.

10. Трихинелоза Периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи на 3-тия, 6-ия и 12-ия месец; диспансеризация до една година; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на сърдечно-съдовата и дихателната система, алергична симптоматика; необходими изследвания - СУЕ, серологично изследване, ЕКГ - двукратно; необходими консултации - кардиолог и невролог при необходимост; лечение и рехабилитация - специфични антихелминтни препарати; антиалергични и симптоматични медикаменти - по показания; диспансерно наблюдение - от общопрактикуващ лекар или педиатър.

11. Ехинококоза Периодичност и продължителност на наблюдението - първата година на 3-тия, 6-ия и 12-ия месец; от втората до петата година - периодично

на 6 месеца; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми според органната локализация; необходими изследвания - хемоглобин, левкоцити с диференциално броене, серологично изследване, ехографско изследване - два пъти годишно, при консервативна терапия или химиопрофилактика с антихелминтни средства - чернодробни трансминази, креатинин - един път годишно; необходими консултации - хирург; пулмолог или гастроентеролог според органната локализация; лечение и рехабилитация - хирургично лечение, консервативна терапия и противорецидивна химиопрофилактика с антихелминтни препарати; диспансерно наблюдение - общопрактикуващ лекар или педиатър.

12. Малария Периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи при фебрилно състояние, диспансеризация за 3 години; клиничен преглед - общо състояние, фебрилитет, анемичен синдром; необходими изследвания - при фебрилитет - паразитологично изследване за малария, "дебела капка"; необходими консултации - паразитолог; лечение и рехабилитация - специфични антималярийни препарати. диспансерно наблюдение - общопрактикуващ лекар или педиатър.

13. Висцерална лайшманиоза Периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи на 6-ия и на 12-ия месец; диспансеризация до една година; клиничен преглед - общо състояние, соматичен статус, хематологична симптоматика (анемичен синдром); необходими изследвания - серологично изследване, паразитологично изследване (при необходимост), серумен албумин, общ белтък - един път годишно; необходими консултации - паразитолог; лечение и рехабилитация - специфични антипротозойни препарати в острата фаза; симптоматични и патогенетични средства; диспансерно наблюдение - общопрактикуващ лекар или педиатър

14. Чревни протозои (лямблиаза, амебиаза, криптоспоридиоза) Периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи и изследвания на 3-тия и на 6-ия месец; диспансеризация от 6 месеца до една година; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на храносмилателния тракт; необходими изследвания - паразитологично изследване на фекалии, серологично изследване (амебиаза) еритроцити, хемоглобин, хематокрит, левкоцити на 3-тия и 6-ия месец; необходими консултации - гастроентеролог; лечение и рехабилитация - специфични антипротозойни препарати и симптоматично; диспансерно наблюдение - паразитолог, а при липса на такъв - общопрактикуващ лекар или педиатър.

II. Злокачествени новообразувания Периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи се извършват по преценка и в зависимост от схемата на лечение; диспансеризация до 18-годишна възраст; клиничен преглед - общ и локален статус; необходими консултации - по преценка на лекаря, провеждащ наблюдението; лечение и рехабилитация - оперативно; химиотерапия и лъчетерапия, рехабилитация. Диспансерното наблюдение и необходимите изследвания се провеждат в областните диспансери за онкологични заболявания или в специализирани детски клиники.

III. Болести на ендокринните жлези и на обмяната

1. Хипотиреоидизъм Периодичност и продължителност на наблюдението - ежемесечно през първата година, от 1 до 3 години - през 3 месеца, след 3-годишна възраст - през 4 месеца; наблюдава се до 18-годишна възраст;

клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на сърдечно-съдова и костна система, кожа и кожни придатъци; необходими изследвания - ТСХ и СТ4 - през първата година от лечението четири пъти годишно, а след първата година - два пъти годишно; необходими консултации - психиатър; лечение и рехабилитация - непрекъснато заместително хормонално лечение (levothyroxin); логопедична, неврологична и психологична рехабилитация; диспансерно наблюдение - от детски ендокринолог, а при липса на такъв - от педиатър.

2. Ендемична гуша Периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват два пъти годишно до оздравяване; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на ендокринната система; необходими изследвания - СТ4 и ТСХ - веднъж годишно; необходими консултации - кардиолог; лечение и профилактика - калиев йодид, Л-тироксин; използване на йодирана сол + антиструмин; диспансерно наблюдение - от детски ендокринолог, а при липса на такъв - от педиатър.

3. Хипертиреозидизъм (тиреотоксикоза) Периодичност и продължителност на наблюдението - до компенсирание на заболяването - ежемесечно, а след това - два пъти годишно до 10 години след спиране на терапията; след спиране на лечението през първите 3 месеца прегледите са ежемесечно, а след това - 2 пъти годишно; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на сърдечно-съдова, нервна и храносмилателна система; очен статус; необходими изследвания - СТ4, ТСХ, ЕКГ, кръвна захар - един път годишно; рентгенография на китка за костна възраст през първата година - еднократно; необходими консултации - кардиолог, офталмолог; лечение и рехабилитация - консервативно лечение - тиреостатици (да се следи поносимостта към тях) и LT4; при консервативно лечение (след 2 рецидива) и при непоносимост към медикаменти се предлага за хирургично лечение; климатолечение без морски и слънчеви бани. диспансерно наблюдение - от детски ендокринолог, а при липса на такъв - от педиатър.

4. Тиреоидит на Хашимото Периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са през 6 месеца - до 18-годишна възраст; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на ендокринната система; необходими изследвания - кръвна захар, СТ4, ТСХ - при лечение на три месеца, без лечение - два пъти годишно; ЕКГ - един път годишно; необходими консултации - кардиолог, невролог; лечение и рехабилитация - с тиреоидни хормони, бета блокер, тиреостатици, климатолечение, без морски и слънчеви бани; диспансерно наблюдение - от детски ендокринолог, а при липса на такъв - от педиатър.

5. Изоставане в растежа Периодичност и продължителност на наблюдението - два пъти годишно; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към физическото, нервно-психичното и пубертетното развитие; измерване на ръста - четири пъти годишно; необходими изследвания - рентгенография на китка за костна възраст - един път годишно; лечение и рехабилитация - според съответната нозологична единица - кинезитерапия и плуване; диспансерно наблюдение - от детски ендокринолог, а при липса на такъв - от педиатър.

6. Отклонение в пубертетното развитие (забавяне на пубертета или ранно полово развитие) Периодичност и продължителност на наблюдението - при преждевременен пубертет - проследяване при момчета до 12 - 13-годишна възраст, при момичета до 10 - 11-годишна възраст; при забавен пубертет - до 18-годишна възраст; децата се следят през 6 месеца; клиничен преглед - общо

състояние с насоченост към физическото, нервно-психичното и пубертетното развитие (първични и вторични полови белези), неврологична симптоматика; необходими изследвания - рентгенография на китка за костна възраст - един път годишно; ехография на яйчниците при идиопатичен ранен пубертет - един път годишно; необходими консултации - акушер-гинеколог или уролог; лечение - антиандрогени, LH-RH-аналози; диспансерно наблюдение - от детски ендокринолог, а при липса на такъв - от педиатър.

7. Крипторхизъм Периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са през 3 месеца до оздравяване; клиничен преглед - общо състояние и локален статус с определяне разположението на гонадите; необходими консултации - с уролог; лечение - предимно хирургично; диспансерно наблюдение - от детски ендокринолог, а при липса на такъв - от педиатър.

8. Вродена надбъбречна хиперплазия Периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са на 1 до 3 месеца през първата година, а след 1 година - на 3 до 6 месеца; при интеркурентни заболявания - специална насоченост; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от повишена функция на надбъбречната жлеза (белези на вирилизация), данни за солева загуба; необходими изследвания - калий - веднъж годишно; необходими консултации - акушер-гинеколог или уролог; лечение и рехабилитация - кортизонови препарати, минералкортикоиди; при интеркурентни заболявания дозата на кортизола се увеличава 3 пъти за 2-3 дни; оперативна козметична корекция на гениталиите; диспансерно наблюдение - от детски ендокринолог, а при липса на такъв - от педиатър.

9. Адисонова болест Периодичност и продължителност на наблюдението - четири пъти годишно; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на сърдечно-съдовата система и кожата; необходими изследвания - К, Na - два пъти годишно, кръвна захар - еднократно; лечение и рехабилитация - заместителна хормонотерапия - 9-флуорокортизон и кортикостероиди; при интеркурентни заболявания дозата на кортизола се повишава 3 пъти за 2-3 дни; да се избягват физическо натоварване, стрес-ситуации, климатолечение; диспансерно наблюдение - от детски ендокринолог, а при липса на такъв - от педиатър.

10. Захарен диабет Периодичност и продължителност на наблюдението - ежемесечно; клиничен преглед - оценка на общото състояние, физическо и пубертетно развитие, клинична оценка на ендокринната система; преглед и оценка на дневника за самоконтрол на кръвната захар; необходими изследвания - пълен липиден профил един път годишно, HbA1c - три пъти годишно; микроалбуминурия два пъти годишно (над 9-годишна възраст); рентгенография за костна възраст - един път годишно до 7-годишна възраст; необходими консултации - офталмолог, невролог, нефролог, кардиолог; детски ендокринолог - два пъти годишно (при диспансерно наблюдение от педиатър); лечение и рехабилитация - инсулинолечение, диетолечение, кинезитерапия, физиотерапия на инжекционните места при нужда, обучение и реобучение на родители и деца; диспансерно наблюдение - от детски ендокринолог, а при липса на такъв - от педиатър.

11. Затлъстяване Периодичност и продължителност на наблюдението - през 6 месеца до оздравяване или до 18 години; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на ендокринната, сърдечно-съдовата, храносмилателната и нервна система; необходими изследвания - определяне

на триглицериди, холестерол, кръвна захар - един път годишно; лечение и рехабилитация - етиологично и патофизиологично; диетолечение; оптимален двигателен режим; кинезитерапия; диспансерно наблюдение - от общопрактикуващ лекар или педиатър.

12. Рахит Периодичност и продължителност на наблюдението - на един месец през първата година, а след това - на 3 месеца; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на костната система; необходими изследвания - P, Ca и AF - на един месец през първата година, а след това - на 3 месеца; рентгенография на китка и колене - един път годишно; лечение и рехабилитация - Vigantol, Rokaltrol при резистентен рахит; калциеви препарати и фосфорни соли - при хипофосфатемичен рахит; диспансерно наблюдение - от детски ендокринолог, а при липса на такъв - от педиатър.

13. Фенилкетонурия Периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са през 3 месеца до едногодишна възраст; след това - през 6 месеца, наблюдението е до 18-годишна възраст; клиничен преглед - ръст, тегло, обиколка на глава, общ соматичен статус, неврологичен статус, нервно-психическо развитие; необходими изследвания - фенилаланин един път седмично до 6-месечна възраст, два пъти месечно до 12-месечна възраст; необходими консултации - невролог, психолог, диетолог; лечение и рехабилитация - по показания; диспансеризация - педиатър от университетска детска клиника;

14. Болест на Gaucher периодичност и продължителност на наблюдението - до 18-годишна възраст; клиничен преглед - тегло, ръст, обиколка на корем, размери на слезка и черен дроб - преди всяка инфузия; необходими изследвания - чернодробни ензими, холестерол, триглицериди, креатинин, урея, общ белтък - на шест месеца, рентгенография - един път годишно; необходими консултации - невролог; лечение и рехабилитация - по показания; диспансерно наблюдение - от педиатър.

15. Хипопаратиреоидизъм периодичност и продължителност на наблюдението - ежемесечно през първата година, а след това - на всеки 3 месеца; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на ендокринната, костната, нервната, половата и отделителната системи, очен статус; необходими изследвания - Ca, P - два пъти годишно; ЕКГ, ехография на бъбреци - един път годишно; необходими консултации - нефролог, офталмолог; лечение и рехабилитация - Tachystin или AT 10 или Rokaltrol 1 caps дневно, калциеви соли; диспансерно наблюдение - от детски ендокринолог, а при липса на такъв - от педиатър.

IV. Болести на кръвта и кръвотворните органи

1. Желязонеодоимъчни анемии периодичност и продължителност на наблюдението - интервалите се определят от лекуващия лекар, наблюдава се до пълно оздравяване; клиничен преглед - общо състояние, коремни органи, кожа, склери, лигавици; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, MCV, MCH, CUE - два пъти годишно; серумно желязо, ЖСК - един път годишно; необходими консултации - не се изискват; лечение - желязни препарати, пълноценно хранене; диспансерно наблюдение - педиатър или хематолог.

2. Хемолитични анемии

2.1. Микросфероцитоза периодичност и продължителност на наблюдението - един път годишно до спленектомията; клиничен преглед - общо състояние,

кожа, лигавици, склери, коремни органи; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, урина - билирубин, седимент - два пъти годишно; лечение - хемотрансфузии при показания; диспансерно наблюдение - хематолог.

2.2. Ензимопенични хемолитични анемии периодичност и продължителност на наблюдението - в зависимост от показанията; клиничен преглед - общо състояние, кожа, лигавици, склери, коремни органи; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, урина - билирубин, седимент - два пъти годишно; лечение - хемотрансфузии, при показания; диспансерно наблюдение - хематолог, а при липса на такъв от педиатър.

2.3. Таласемия майор периодичност на наблюдението - в началото на заболяването - през 15 дни, а след това - ежемесечно; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на дихателна, сърдечно-съдова, храносмилателна система, очен статус и кожна симптоматика; необходими изследвания - хемоглобин, тромбоцити - ежемесечно; контрол на чернодробни функции - АСАТ, АЛАТ, ГГТП, билирубин - на три месеца; хепатитни маркери и СПИН - един път годишно; глюкозо-толерантен тест - един път годишно след 10-годишна възраст; ФТ4, ТСХ - два пъти годишно; Са - 4 пъти годишно; ЕКГ, аудиограма (във връзка с хелатната терапия) - един път годишно; на 6 месеца - специфични тестове за определяне на пубертетното развитие; изследване на зрителния орган - един път годишно; необходими консултации - кардиолог, оториноларинголог, офталмолог; лечение - хемотрансфузии, хелатни съединения, при нужда допълнителна терапия в зависимост от засегнатите органи; диспансерно наблюдение - от хематолог, а при липса на такъв - от педиатър.

2.3. Таласемия интермедия периодичност на наблюдението - на всеки три месеца; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на дихателна, сърдечно-съдова, храносмилателна системи, очен статус и кожна симптоматика; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити - четири пъти годишно; чернодробна функция - два пъти годишно само при лечение с хемотрансфузии, ЕКГ - един път годишно; необходими консултации - кардиолог, гастроентеролог, ендокринолог; лечение - в зависимост от тежестта на протичане на заболяването; диспансерно наблюдение - хематолог, а при липса на такъв от педиатър.

2.4. Автоимунни хемолитични анемии периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи всеки месец през първите 3 месеца от откриване на заболяването, след това по преценка на хематолога; клиничен преглед - кожа, лигавици, големина на коремни органи и цвят на урината; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, морфология на еритроцитите - два пъти годишно; лечение - кортикостероиди, цитостатици; диспансерно наблюдение - хематолог, а при липса на такъв - от педиатър.

3. Хипопластични анемии периодичност и продължителност на наблюдението - четири пъти годишно; клиничен преглед - общо състояние, коремни органи, кожа, склери, лигавици, неврологичен статус; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити - четири пъти годишно; миелограма - два пъти годишно; лечение - имunosупресори, хемотрансфузии; диспансерно наблюдение - хематолог, а при липса на такъв - от педиатър.

4. Тромбоцитопении периодичност и продължителност на наблюдението - в зависимост от тежестта на хеморагичния синдром - минимум два пъти годишно;

необходими изследвания - тромбоцити при всеки преглед; лечение - кортикостероиди, имunosупресори, имуновенин; диспансерно наблюдение - хематолог, а при липса на такъв от педиатър.

5. Хемофилия периодичност и продължителност на наблюдението - два пъти годишно; клиничен преглед - общо състояние, наличност на хемартрози, подвижност (активна, пасивна) в засегнатите стави, хематоми по цялото тяло, корем, неврологичен статус, очни дъна; необходими изследвания - рентгенография на засегнатата става (при необходимост); необходими консултации - хирург, ортопед, офталмолог; лечение и рехабилитация - заместващо лечение със съответния фактор (фактор VIII, IX, фактор на Вилебранд) интравенозно; рехабилитация; диспансерно наблюдение - хематолог, а при липса на такъв - от педиатър.

V. Психични разстройства

1. Генерализирано (первазивно) разстройство на развитието - ранен детски аутизъм, атипичен аутизъм, синдром на Asperger, синдром на Rett, дезинтегративно разстройство в детството периодичност и продължителност на наблюдението - през 3 месеца, а след 12 години - на 6 месеца; наблюдават се цял живот; клиничен преглед - оценка на осевни симптоми на разстройствата - аутистична изолираност, особености в социалните взаимоотношения, задръжка в говора и речеви нарушения, поведенчески стереотипи, степен на овладяване на психосоциални и обучителни умения, възможни необичайни емоционални реакции; необходими консултации - невролог; лечение и рехабилитация - медикаментозно, съответно на подлежащо заболяване, ако е уточнено; диспансерно наблюдение - от детски психиатър, а при липса на такъв - от педиатър.

2. Изоставане в нервно-психическото развитие периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са през 3 до 6 мес. до 18- год. възраст; клиничен преглед - фамилна обремененост, характеристика на пре- и перинаталния период, особености в поведението, обучителни възможности, психическо развитие (KoP или IQ), малформативни стигми (глава, уши, очи, крайници и кожа), отклонения в неврологичния и психичен статус, аномалии в растежа; необходими консултации - невролог; лечение и рехабилитация - етиопатогенетично при метаболитен дефект и/или церебропротективно, педагогическа, социална и трудова рехабилитация; диспансерно наблюдение - от детски психиатър, а при липса на такъв - от педиатър.

VI. Болести на нервната система и сетивните органи

1. Детска церебрална парализа периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са през 3 месеца до едногодишна възраст, след това - на 6 месеца до възстановяване или до 18-годишна възраст; клиничен преглед - общо състояние, мускулен тонус, наличие на гърчове, парези, контрактури, деформации, хиперкинезии, говор, психично развитие; необходими изследвания - ЕЕГ веднъж годишно; необходими консултации - невролог; рехабилитация, физиотерапия и лечебна физкултура - специализирани лечебни заведения; диспансерно наблюдение - педиатър.

2. Епилепсия периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са през 3 до 6 месеца в продължение на 3 - 5 години от последния гърч; клиничен преглед - общо състояние, характер, честота, тежест и продължителност на епипристъпите, следпристъпни явления, отклонение в

соматичния и неврологичния статус, фамилна обремененост, психично развитие; необходими изследвания - ЕЕГ - един път годишно; необходими консултации - невролог; психиатър; лечение и рехабилитация - антиконвулсивни медикаменти в зависимост от вида на гърча; социална и педагогическа рехабилитация; предпазване от прекомерни физически натоварвания; диспансерно наблюдение - педиатър.

3. Наследствени и дегенеративни болести на ЦНС и болести на ПНС (прогресивна мускулна дистрофия, спинална мускулна атрофия, двигателна сетивна полиневропатия, миастения, полиневропатии, синдром на Guillain-Barre, родово-травматична пареза на plexus brachialis и др.); периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са през 3 до 6 месеца; продължителността им се определя от вида на заболяването; клиничен преглед - фамилна обремененост, общо състояние с акцент върху физическото развитие, неврологичен статус, начало и еволюция на клиничните признаци, походка, клякане, изправяне, изкачване на стълби, мускулна хипотрофия или хипертрофия, контрактури, рефлексии, сетивност; необходими изследвания - ЕМГ - един път годишно; необходими консултации - с невролог; лечение и рехабилитация - лекарствено-рехабилитационен комплекс; диспансерно наблюдение - педиатър.

4. Болести на окото и придатъците му

4.1. Конгенитални аномалии на окото (глаукома, катаракта и др.), ретролентална фибродисплазия, възпалителни заболявания (увеити) периодичност и продължителност на наблюдението - при децата с прогресиращо заболяване - през 3 месеца, а при останалите - един път годишно; клиничен преглед - очен статус; необходими изследвания - зрителна острота, периметрия, очни дъна - при всеки преглед; лечение и рехабилитация - специална оптична корекция (телескопична, очила и др.); елементарна, зрителна и педагогична; диспансерно наблюдение - офталмолог.

4.2. Нарушения на рефракцията и акомодацията (прогресираща миопия, хиперметропия и други високостепенни аномалии), страбизъм периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са през 6 месеца, непрекъснато през целия живот; клиничен преглед - очен статус; необходими изследвания - зрителна острота, периметрия, очни дъна; лечение и рехабилитация - съобразно основното заболяване: специална оптична корекция (телескопична, очила и др.); елементарна, зрителна и педагогическа след консултация с педиатър; диспансерно наблюдение - офталмолог.

4.3. Травматични увреждания на окото

I група: тежки проникващи очни травми, водещи до васкуларизирани левкоми, секундарен глауком, травматична катаракта, късни промени в задния очен сегмент; периодичност и продължителност на наблюдението:

I година - ежемесечни прегледи през първите 3 месеца, след това - през 2 месеца;

II година - два пъти годишно;

III година - един път годишно; наблюдението продължава до стабилизиране на състоянието;

II група: тежки контузионни очни травми, водещи до секундарен глауком, травматична и луксирана леща, късни постконтузионни промени в задния очен сегмент; периодичност и продължителност на наблюдението:

I година - прегледите са на всеки 2 месеца;

II - IV година - един път годишно; наблюдението продължава до стабилизиране

на състоянието;

III група: Тежки очни изгаряния, водещи до васкуляризирана левкома, секундарен глауком, сраствания и зараствания на клепачите, хроничен токсичен увеит; периодичност и продължителност на наблюдението:

I година - прегледите са през първите 4 месеца ежемесечно, след това през 2 месеца;

II - IV година - два пъти годишно; наблюдението продължава до стабилизиране на състоянието; лечение и рехабилитация - съобразно вида и тежестта на травмата и по преценка на офталмолог; диспансерно наблюдение - от офталмолог.

5. Болести на ушите, носа и гърлото

5.1. Остър рецидивиращ отит (при не по-малко от три пристъпа през последните 6 месеца) периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са през 3 месеца в продължение на една година след последния отит; клиничен преглед - пълен оториноларингологичен статус; необходими изследвания - носен, гърлен и ушен секрет - при всеки преглед; тонална аудиограма (на деца след 3 години) - два пъти годишно; рентгенография на синусите и епифаринкса - профил - един път годишно; лечение - саниране на инфекциите в ушите, носа, синусите и епифаринкса (аденотомия); противоалергични средства при данни за алергия; диспансерно наблюдение - от оториноларинголог.

5.2. Хроничен отит Мезотимпанит периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са през интервали по преценка на оториноларинголога до извършване на тимпанопластика; клиничен преглед - пълен оториноларингологичен статус; необходими изследвания - ушен секрет, аудиограма - два пъти годишно, рентгенография на синусите и епифаринкса - профил - един път годишно; лечение - тимпанопластика след 8-годишна възраст; диспансерно наблюдение - от оториноларинголог. Епитимпанит При хроничния отит - епитимпанит, се налага рано оперативно лечение.

Опериранията деца се вземат на диспансерно наблюдение от опериращия лекар за срок две години с оглед проследяване състоянието на оперативната кухина.

5.3. Вродено приемно намаление на слуха (глухонемота) периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват през 6 месеца; клиничен преглед - пълен оториноларингологичен статус; необходими изследвания - тонална аудиограма два пъти годишно; рехабилитация - слухопротезиране и рехабилитация на говора; диспансерно наблюдение - от оториноларинголог.

5.4. Придобито приемно намаление на слуха (неврит) периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват един път годишно до стабилизиране на слуха; клиничен преглед - пълен оториноларингологичен статус; необходими изследвания - аудиограма един път годишно; лечение и рехабилитация - в началния стадий - съдоразширяващи медикаменти и витамини от група В; слухопротезиране и рехабилитация на говора; диспансерно наблюдение - от оториноларинголог.

5.5. Ювенилна ларингеална папиломатоза периодичност и продължителност на наблюдението - интервалите между прегледите са по преценка на лекуващия лекар до 5 години след последното почистване; клиничен преглед - ларингоскопия; лечение - периодично оперативно отстраняване чрез МЛХ; диспансерно наблюдение - от оториноларинголог.

VII. Болести на сърдечно-съдовата система

1. Първична артериална хипертония (ювенилна хипертония) периодичност и продължителност на наблюдението - при I степен (RR 140/159) и II степен (RR 160/179) артериална хипертония (АХ) прегледите са на 3 месеца, а при III степен (RR над 180) - ежемесечно; при III степен на АХ и наличие на патологична органна симптоматика наблюдението се провежда по индивидуален план; клиничен преглед - насочена анамнеза за рискови фактори (фамилна обремененост със ССЗ, тегло, физическа активност, хранителен режим, тютюнопушене и др.), общо състояние с насоченост към физикално изследване на сърдечно-съдовата система (сърдечни граници, сърдечен връх, характеристика на АН и пулса, неврологичен, коремен, бъбречен и очен статус); необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити, урина (албумин и седимент), кръвна захар, креатинин, липиден профил (холестерол с фракциите му и триглицериди), очни дъна - един път годишно; ЕКГ - при всеки преглед; ехокардиография - един път годишно при АХ II и III степен; необходими консултации - офталмолог; лечение и рехабилитация - хипотензивна терапия по преценка на детски кардиолог, контрол на хранителния режим (ограничаване на солта, увеличена консумация на плодове и зеленчуци); препоръки за здравословен начин на живот, евентуално при фамилна обремененост съвет за семейна консултация; климатолечение; диспансерно наблюдение - АХ I степен се наблюдава от общопрактикуващ лекар, а АХ II и III степен - от детски кардиолог, а при липса на такъв - от педиатър.

2. Вторични (симптоматични) хипертонии: бъбречни, сърдечни, ендокринни, неврогенни и др. периодичност и продължителност на наблюдението - през 1 до 3 месеца (индивидуално) до 18-годишна възраст; клиничен преглед - анамнеза с насоченост към основното заболяване, общо състояние с насоченост към основното заболяване, причиняващо вторична хипертония, АН на горен и долен крайник; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити, урина (албумин и седимент), кръвна захар, креатинин, липиден профил, калий, натрий, очни дъна, ЕКГ и ехография на бъбреци - един път годишно; Холтер на артериално налягане - веднъж годишно; необходими консултации - нефролог или ендокринолог съобразно основното заболяване; офталмолог; лечение и рехабилитация - лечение на основното заболяване, хипотензивни средства (по показания) съобразно основния патогенетичен механизъм на хипертонията; рехабилитация и/или балнеолечение според основното заболяване; диспансерно наблюдение - от детски кардиолог, а при липса на такъв - от кардиолог.

3. Остър перикардит, остър миокардит, хронични миокардити и кардиомиопатии периодичност и продължителност на наблюдението - след остър перикардит или остър миокардит прегледите се извършват в продължение на 6 месеца ежемесечно; при компенсирани кардиомиопатии - на всеки 3 месеца, а при декомпенсирани кардиомиопатии - ежемесечно; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на сърдечно-съдовата система (обща слабост, отпадналост, лесна умора и задух при обичайни физически усилия); поява на ритъмни и проводни нарушения; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити, ЕКГ - при всеки преглед; лечение и рехабилитация - съобразно основното заболяване; диспансерно наблюдение - от детски кардиолог, а при липса на такъв - от кардиолог.

4. Нарушения на сърдечната проводимост и сърдечния ритъм (безструктурна кардиопатия) периодичност и продължителност на наблюдението - необходимо е предварително да бъде изключена със сигурност подлежаща структурна кардиопатия; прегледите се извършват един път месечно при деца с антиритъмна терапия и на 6 месеца при деца без лечение; децата с постоянна електростимулация и някои с антиритъмна терапия се наблюдават по индивидуален план; клиничен преглед - анамнестични данни за синкопални явления, промени в сърдечния ритъм (ускоряване, забавяне, аритмия); промени в сърдечно-съдовата система (отслабване на първи тон, поява на сърдечен шум); необходими изследвания - ЕКГ - при всеки преглед; Холтер - по преценка; лечение и рехабилитация - антиритъмни медикаменти, лечение на основното заболяване и усложненията му; рехабилитация; диспансерно наблюдение - от детски кардиолог, а при липса на такъв - от кардиолог.

5. Вродени сърдечни малформации (ВСМ)

5.1. ВСМ - неоперирани периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите през първите две години от живота на детето са на 3 месеца, между 2-рата и 6-ата година - на 6 месеца, а след 6-годишна възраст - един път годишно; клиничен преглед - анамнестични данни за чести респираторни инфекции, общо състояние с насоченост към изследване на сърдечно-съдовата система (симптоми на сърдечна недостатъчност - обща слабост, отпадналост, лесна умора и задух при обичайни физически усилия); поява на ритъмни и проводни нарушения, характеристика на качествата на пулса и АН; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит - при всеки преглед на деца с цианотични ВСМ; ЕКГ - при всеки преглед; ехокардиография, Холтер - един път годишно; рентгенография - веднъж на две години; лечение, профилактика и рехабилитация - своевременно лечение на интеркурентните заболявания; профилактика на инфекциозния ендокардит съобразно препоръките на детски кардиолог; рехабилитация, климато- и балнеолечение; диспансерно наблюдение - от детски кардиолог, а при липса на такъв - от кардиолог.

5.2. ВСМ - оперирани периодичност и продължителност на наблюдението - до 2-ата година след операцията прегледите се извършват на 3 месеца; от 2-рата до 5-тата година - веднъж на 6 месеца; след 5-тата година - един път годишно; някои пациенти се наблюдават съгласно индивидуален план и препоръки, определени от детски кардиолог; клиничен преглед - анамнестични данни за чести респираторни инфекции, общо състояние с насоченост към изследване на сърдечно-съдовата система (симптоми на сърдечна недостатъчност - обща слабост, отпадналост, лесна умора и задух при обичайни физически усилия); поява на ритъмни и проводни нарушения, характеристика на качествата на пулса и АН; необходими изследвания - ЕКГ - при всеки преглед; ЕхоКГ - първата година след операцията - 3 - 6 - 12 месец, 1 - 2 години след операцията - веднъж на 6 месеца; 2 - 5 години след операцията - веднъж годишно; след 5-ата година - веднъж на 3 - 5 години; рентгенография - сърце/бял дроб - първата година след операцията - на 6 - 12 месеца, 1 - 2 години след операцията - веднъж годишно, 2 - 5 години след операцията - веднъж на 2 - 3 г., след 5-ата година - веднъж на 4 - 5 г.; Холтер - 1 - 2 години след операцията - веднъж годишно, след втората година от операцията - веднъж на 3 - 5 години; необходими консултации - с детски кардиолог от специализираните детски клиники.

- На всички оперирани с екстракорпорално кръвообращение и на тези с палиативни операции (тетралогия на Фало, аортна стеноза, пулмонална стеноза, междупредсърден дефект, междукламерен дефект, транспозиция на големите артерии, комплексни ВСМ) - един път до една година след операцията.
- На оперирани деца без екстракорпорално кръвообращение (персистиращ артериален канал, коарктация на аортата - при липса на повишено АН, съдови пръстени) един път до две години след операцията.
- Консултантите (кардиохирурзи) определят индивидуален план за наблюдение на следните групи пациенти: - с клапни протези, съдови протези със/без клапа или хомографти (контрол на антикоагулантната терапия, оценка на протезната функция); - с лечение за сърдечна недостатъчност, ритъмно-проводни сърдечни нарушения; - с възникнали други късни следоперативни сърдечни усложнения; лечение и рехабилитация - по преценка на детски кардиолог. диспансерно наблюдение - от детски кардиолог, а при липса на такъв - от кардиолог.

Забележки:

1. Диспансерното наблюдение на децата, преболедували от инфекциозен ендокардит, се провежда съгласно изискванията за ВСМ или придобити клапни пороци.
2. Децата с акцедентелни (функционални) сърдечни шумове не подлежат на диспансерно наблюдение. Диагнозата при по-голяма част от тях се поставя чрез внимателна аускултация и ЕКГ. В някои случаи може да се направи рентгенография. Консултация с детски кардиолог, ЕКГ и ехокардиография се налагат, когато функционалният шум се аускултира до 7-годишна възраст или продължава да се чува и към 15-годишна възраст.

VIII. Болести на дихателната система

1. Хронични бронхопневмопатии (муковисцидоза, хемосидероза, хроничен бронхит, вродени аномалии на бронхопулмоналната система и др.)
периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са на всеки 3 месеца до 18-годишна възраст; клиничен преглед - анамнеза с данни за фамилна обремененост, начало на заболяването, продължителност, проведено лечение и ефекта от него; общо състояние с насочване към промени в дихателната система: характер на кашлицата (нощна), честота и характер на инфекциозните тласъци, експекторация, свиркане на гърдите, храносмилателни промени, наличие на аденоидни вегетации, хипертрофия на тонзилите, асиметрия на гръдния кош и други деформации, барабанни пръсти, характер и честота на дишането, физическо развитие; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, СУЕ, диференциално броене на левкоцити - на 6 месеца, рентгенография на бял дроб и синуси, функционално изследване на дишането (при муковисцидоза), посявка на храчка - един път годишно; лечение и рехабилитация - съобразно заболяването и състоянието, ЛФК, физиотерапия, климатолечение; диспансерно наблюдение - от педиатър или детски пневмофтизиатър.
2. Бронхиална астма периодичност и продължителност на наблюдението - ежемесечно до шестия месец, а след това - на всеки три месеца до 3 безсимптомни години; клиничен преглед - анамнеза с данни за фамилна обремененост, начало на заболяването, продължителност, проведено лечение и ефекта от него; общо състояние с насочване към промени в дихателната

система: характер на кашлицата, честота и характер на инфекциозните тласъци, експекторация, свиркане на гърдите, асиметрия на гръдния кош и други деформации, характер и честота на дишането, физическо развитие; необходими изследвания - диференциално броене - при всеки преглед; КАП с алергени - по преценка на алерголога; функционално изследване на дишането (ФИД) - на деца над 7-годишна възраст един път годишно; лечение и рехабилитация - медикаментозно, ЛФК, климатолечение; диспансерно наблюдение - от педиатър или от детски пулмолог или детски алерголог.

3. Полинози - ринит, конюнктивит и друга органна локализация периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват три пъти годишно до 3 безсимптомни години; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към промени в органната локализация; необходими изследвания - левкоцити с диференциално броене - при всеки преглед, КАП с алергени - по преценка на алерголога извън цъфтежния сезон, ФИД (на деца над 7 години) и при наличие на бронхиална обструкция през цъфтежния сезон; лечение и рехабилитация - медикаментозна профилактика, лечение на екзацербациите, професионално ориентиране; климатолечение; диспансерно наблюдение - от детски алерголог, педиатър или от детски пневмолог.

4. Бронхопулмонална дисплазия периодичност и продължителност на наблюдението - при показания през три месеца до 4-годишна възраст; клиничен преглед: общо състояние, симптоми на дихателна недостатъчност (ДЧ, тираж, аускултаторна белодробна находка, данни за бронхиална обструкция); необходими изследвания - рентгенография на бял дроб и сърце, ЕКГ - при показания; необходими консултации - детски пулмолог или детски кардиолог при данни за хронифициране; диспансерно наблюдение - педиатър или детски пневмолог.

IX. Болести на храносмилателната система

1. Язва на стомаха и дванадесетопръстника, хроничен гастродуоденит периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са през 3 месеца до края на първата година и на 6 месеца - до оздравяване; клиничен преглед - анамнеза с данни за фамилна обремененост, общо състояние с насоченост към симптоми от страна на храносмилателната система: гадене, повдигане, оригване, повръщане, болки в епигастриума и областта на дуоденалната луковица; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити с диференциално броене на шест месеца; фиброгастроскопия - контрол на *Helicobacter pylori* инфекция - един път годишно; необходими консултации - гастроентеролог; лечение и рехабилитация - при доказване на *Helicobacter pylori* инфекция - лечение по схема; противорецидивни курсове два пъти - пролет и есен; диетично хранене; липса на активност - балнеолечение; диспансерно наблюдение - от педиатър.

2. Хронични диарии - цьолиакия, алергична ентеропатия (до 3-годишна възраст), хроничен неспецифичен ентерит със или без вторичен ензимен дефицит, муковисцидоза, улцерохеморагичен колит и болестта на Крон периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са през 3 месеца съобразно състоянието; наблюдението продължава до 18-годишна възраст; клиничен преглед - анамнеза с данни за фамилна обремененост, общо състояние с насоченост към симптоми от страна на храносмилателната система: гадене, повдигане, оригване, повръщане, болки в епигастриума и областта на дуоденалната луковица, намален апетит, характеристика на

дефекацията, физическо и нервно-психическо развитие; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, тромбоцити, албумин, общ белтък; калций, желязо и ЖСК - при всеки контролен преглед; необходими консултации - с гастроентеролог, детски пулмолог (при муковисцидоза), алерголог (при алергична ентеропатия); лечение и рехабилитация - диетично и медикаментозно съобразно заболяването и стадия на протичането му; в реконвалесценция - балнеолечение; диспансерно наблюдение - от педиатър.

3. Хронични хепатити (постинфекциозни, вирусни, автоимунни, при някои генетични и обменни заболявания - M. Wilson) и чернодробна цироза периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са през три месеца съобразно еволюцията на заболяването, при изостряне - ежемесечно; наблюдението при деца с хроничен активен хепатит, чернодробна цироза и при тези с някои наследствени и обменни заболявания продължава до 18 години; клиничен преглед - анамнеза с данни за фамилна обремененост, общо състояние с насоченост към симптоми от страна на храносмилателната система: диспептичен синдром, кожни прояви (съдови звезди, палмарен еритем, разширена венозна мрежа по корема, субиктер или иктер), размери и плътност на черния дроб и далака; неврологичен статус при M. Wilson; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити, урина за пигменти - четири пъти годишно, АСАТ, АЛАТ, АФ, ГГТП, ехография на черен дроб и слезка - два пъти годишно; необходими консултации - с гастроентеролог; офталмолог и невролог - при M. Wilson; лечение и рехабилитация - диетично и медикаментозно - съобразно характера на заболяването; при липса на активност - балнеолечение; диспансерно наблюдение - от педиатър.

4. Жлъчнокаменна болест, дискинезии на жлъчните пътища, хроничен холецистохолангит, хроничен панкреатит периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са през 3 до 6 месеца до 18-годишна възраст; клиничен преглед - анамнеза с данни за фамилна обремененост, общо състояние с насоченост към симптоми от страна на храносмилателната система: коремни болки, тежест в дясното подребрие, гадене, повръщане, болезненост в областта на жлъчния мехур; евентуално субиктер и иктер; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити, урина за пигменти, холестерол, АФ, ГГТП, АСАТ, АЛАТ - през 3 до 6 месеца съобразно тежестта на заболяването, ехография на черен дроб и жлъчен мехур - един път годишно; необходими консултации - с гастроентеролог; лечение - диетично и медикаментозно съобразно характера на заболяването; в ремисия - балнеолечение; диспансерно наблюдение - от педиатър.

Х. Болести на пикочно-половата система

1. Гломерулонефрит (остър и хроничен) периодичност и продължителност на наблюдението - при остър гломерулонефрит прегледите са ежемесечно през първите 3 месеца, а след това през 3 месеца в продължение до една година; при хроничен гломерулонефрит те се извършват през 3 месеца и се наблюдават до 18-годишна възраст; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на отделителната система: наличие на отоци, бледост, уморяемост, фебрилитет, артериална хипертония, диуреза, хематурия, сукусио реналис; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, левкоцити с диференциално броене, хематокрит, СУЕ - при остър

ГН три пъти годишно, а при хроничен - два пъти годишно; имуноглобулини - АНА - един път годишно; креатинин, общ белтък, албумин, урина - протеинурия и седимент - 4 пъти годишно; необходими консултации - с кардиолог, оториноларинголог; лечение - саниране на фокалната инфекция; тонзилектомия - най-рано 6 месеца след началото на острия гломерулонефрит; диспансерно наблюдение - от нефролог, а при липса на такъв - от педиатър.

2. Пиелонефрит (остър или хроничен) периодичност и продължителност на наблюдението - при остър пиелонефрит прегледите са ежемесечно през първите 3 месеца, а след това през 3 месеца в продължение до една година; при хроничен пиелонефрит те се извършват през 6 месеца и се наблюдават до 18-годишна възраст; при изолирана бактериурия - на три месеца до изключване на пиелонефрит; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на отделителната система: микционни смущения; обща слабост, отпадналост, намален апетит, артериална хипертония; необходими изследвания - при остър пиелонефрит - хемоглобин, еритроцити, левкоцити с диференциално броене, СУЕ, СРП, урина (албумин и седимент), урокултури - три пъти годишно; при хроничен пиелонефрит същите изследвания се правят два пъти годишно; абдоминална ехография - един път при хроничен пиелонефрит; лечение и рехабилитация - антибиотично и химиотерапевтично (по схема); оперативно - по индикации; балнеолечение; диспансерно наблюдение - от педиатър.

3. Нефролитиаза периодичност и продължителност на наблюдението - два пъти годишно прегледи до 18-годишна възраст; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на отделителната система: болка в лумбалната област с ирадиация по хода на уретерите, микционни смущения, повишена температура, положително сукусио реналис; необходими изследвания - урина (албумин и седимент), абдоминална ехография - един път годишно; лечение и рехабилитация - болкоуспокояващи, диетичен режим, балнеолечение; диспансерно наблюдение - от педиатър.

4. Хронична бъбречна недостатъчност на консервативно лечение периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са 4 пъти годишно при стойности на серумния креатинин под 500 мкмол/л, а при болни над тези стойности - ежемесечно; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на отделителната, сърдечно-съдовата, белодробната, костно-мускулната система, изоставане в растежа, проследяване на телесното тегло; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, левкоцити с диференциално броене, тромбоцити, СУЕ, серумно Fe, ЖСК, урея, креатинин, калций, натрий, калий, фосфор, алкална фосфатаза, билирубин, урина (седимент и албумин) - четири пъти годишно; холестерол и триглицериди, чернодробни ензими (АСАТ, АЛАТ, ГГТП) - два пъти годишно; серологични изследвания за маркери на хепатитни вируси В и С - един път годишно; лечение - нискобелтъчна диета, активни метаболити на витамин D, кетоаналози на есенциалните аминокиселини, еритропоетин, растежен хормон, железни препарати, антихипертензивни средства, калциеви препарати, алкализирани средства; диспансерно наблюдение - педиатър или нефролог от извънболничната помощ (при стойности на серумния креатинин до 350 мкмол/л) и от нефролог в център (отделение) по хемодиализа (при стойности на серумния креатинин над 350 мкмол/л) съгласно Националната програма по нефрология и диализно лечение 2001 - 2005 г. При стойности на серумния

креатинин над 750 - 800 мкмол/л започва подготовка за диализно лечение, вкл. и траен съдов достъп за хемодиализа.

XI. Болести на костно-мускулната система и съединителната тъкан

1. Ювенилен хроничен (идиопатичен) артрит (ЮХА)

1.1. Системна форма периодичност и продължителност на наблюдението - първите шест месеца след изписване от стационара - ежемесечно, след това на всеки три месеца до 18-годишна възраст; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на сърдечно-съдовата система и опорно-двигателния апарат; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити, СУЕ, урина (албумин и седимент), фибриноген, кръвна захар - на шест месеца; имуноглобулини и рентгенография на засегнатата става - един път годишно; необходими консултации - офталмолог; лечение и рехабилитация - осъществяват се съобразно възприетите принципи за лечение и рехабилитация на заболяването; диспансерно наблюдение - от детски ревматолог, а при липса - от ревматолог или педиатър.

1.2. Олигоартритна форма - първи тип, втори тип и серонегативен, ентезопатия, артрит синдром (СЕА синдром) периодичност и продължителност на наблюдението - първите три месеца след изписване от стационара - ежемесечно, а след това - на всеки три месеца до 18-годишна възраст; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на опорно-двигателния апарат; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити, урина (албумин и седимент) два пъти годишно; при базисна терапия - проследяване на чернодробната и бъбречната функция; антинуклеарни антитела - един път годишно; необходими консултации - офталмолог; лечение и рехабилитация - осъществяват се съобразно възприетите принципи за лечение и рехабилитация на заболяването; диспансерно наблюдение - от детски ревматолог, а при липса - от ревматолог или педиатър.

1.3. Полиартритна форма периодичност и продължителност на наблюдението - първите шест месеца след изписване от стационара - ежемесечно, а след това - на всеки три месеца до 18 годишна възраст; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на опорно-двигателния апарат; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити, урина (албумин и седимент), рентгенография на засегнатите стави - един път годишно; при базисна терапия - проследяване на АСАТ, АЛАТ, АФ, антинуклеарни антитела - два пъти годишно; необходими консултации - офталмолог; лечение и рехабилитация - осъществяват се съобразно възприетите принципи за лечение и рехабилитация на заболяването; диспансерно наблюдение - от детски ревматолог, а при липса - от ревматолог или педиатър.

2. Ювенилни спондилоартропатии периодичност и продължителност на наблюдението - първите шест месеца след изписване от стационара - ежемесечно, след това - на всеки три месеца до 18-годишна възраст; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на опорно-двигателния апарат; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити, урина (албумин и седимент) - два пъти годишно; рентгенография на засегнатите периферни стави и аксиалния скелет - един път годишно; при базисна терапия - проследяване на чернодробната и

бъбречната функция; необходими консултации - ортопед, офталмолог; лечение и рехабилитация - осъществяват се съобразно възприетите принципи за лечение и рехабилитация на заболяването; диспансерно наблюдение - от детски ревматолог, а при липса - от ревматолог или педиатър.

3. Ювенилен реактивен артрит периодичност и продължителност на наблюдението - първите три месеца след изписване от стационара - ежемесечно, а след това - на всеки три месеца до оздравяването или най-малко една година след последния рецидив; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на опорно-двигателния апарат; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити, урина (албумин и седимент) - два пъти годишно; рентгенография на засегнатите стави - един път годишно; необходими консултации - нефролог, оториноларинголог; лечение и рехабилитация - осъществяват се съобразно възприетите принципи за лечение и рехабилитация на заболяването; диспансерно наблюдение - от детски ревматолог, а при липса - от ревматолог или педиатър.

4. Системен лупус еритематодес и смесена съединителнотъканна болест периодичност и продължителност на наблюдението - ежемесечно в първите шест месеца от откриването на заболяването, а след това - на всеки три месеца; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на отделителната, сърдечно-съдовата, централната нервна система и опорно-двигателния апарат; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити, урина (албумин и седимент) - два пъти годишно; антинуклеарни антитела, общ белтък, албумин, С3 и С4, АСАТ, АЛАТ, креатинкиназа, креатинин, кръвна захар - един път годишно; необходими консултации - нефролог, кардиолог, офталмолог, дерматолог според органната локализация; лечение и рехабилитация - осъществяват се съобразно възприетите принципи за лечение на заболяването; диспансерно наблюдение - от детски ревматолог, а при липса - от ревматолог или педиатър.

5. Ювенилен дерматомиозит периодичност и продължителност на наблюдението - първите три месеца след изписване от стационара - ежемесечно, а след това - на три месеца; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на скелетна мускулатура, кожа, сърдечно-съдова система, дихателна и гълтателна мускулатура; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити, урина (албумин и седимент), АСАТ, АЛАТ, КК - два пъти годишно; АСТ, антинуклеарни антитела, ЕКГ - един път годишно; необходими консултации - невролог, дерматолог; лечение и рехабилитация - осъществяват се съобразно възприетите принципи за лечение на заболяването; диспансерно наблюдение - от детски ревматолог, а при липса - от ревматолог или педиатър.

6. Склеродермия периодичност и продължителност на наблюдението - първите три месеца - ежемесечно, а след това - на три месеца; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към основните клинични прояви в зависимост от формата; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити, урина (албумин и седимент), АСАТ, АЛАТ, КК, креатинин - два пъти годишно; необходими консултации - дерматолог, гастроентеролог; лечение и рехабилитация - осъществяват се съобразно възприетите принципи за лечение на заболяването; диспансерно наблюдение - от детски ревматолог, а при липса - от ревматолог или педиатър.

7. Васкулити

7.1. Системни некротизиращи артериити периодичност и продължителност на наблюдението - ежемесечно в първите шест месеца от откриването на заболяването, а след това - на всеки три месеца; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на сърдечно-съдовата, отделителната, централната нервна система и опорно-двигателния апарат; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити, урина (албумин и седимент) - два пъти годишно; АСАТ, АЛАТ, креатинин - един път годишно; необходими консултации - нефролог, офталмолог, пулмолог, невролог; лечение и рехабилитация - осъществяват се съобразно възприетите принципи за лечение на заболяването; диспансерно наблюдение - от детски ревматолог, а при липса - от ревматолог или педиатър.

7.2. Болест на Кавасаки периодичност и продължителност на наблюдението - подостра фаза - ежеседмично; конвалесцентна фаза - на всеки 3 седмици, а след това - съобразно рисковата група, определена по ехокардиографски критерии; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на сърдечно-съдовата система; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити - ежемесечно; ЕхоКГ - на шестата седмица от началото на заболяването, а след това - съобразно рисковата група: втора рискова група - на шестия месец; трета рискова група - на шестия месец, а след това - един път годишно до десетгодишна възраст; четвърта рискова група - на шестия месец, а след това - един път годишно до осемнайсетгодишна възраст; пета рискова група - два пъти годишно. ЕКГ - един път годишно в първите десет години, а след това - при индикации; необходими консултации - детски кардиолог; лечение и рехабилитация - осъществяват се съобразно възприетите принципи за лечение на заболяването; диспансерно наблюдение - от детски ревматолог, а при липса - от ревматолог или педиатър.

7.3. Хиперсензитивни васкулити периодичност и продължителност на наблюдението - всяка седмица през първия месец, а след това - на три месеца до края на първата година след поставяне на диагнозата; клиничен преглед - общо състояние с насоченост към симптоми от страна на сърдечно-съдовата, отделителната, централната нервна система и опорно-двигателния апарат; необходими изследвания - урина (албумин и седимент) - ежеседмично през първия месец; хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити и урина (албумин и седимент) - ежемесечно до шестия месец, а след това на три месеца; необходими консултации - нефролог, невролог, дерматолог, офталмолог; лечение и рехабилитация - осъществяват се съобразно възприетите принципи за лечение на заболяването; диспансерно наблюдение - от детски ревматолог, а при липса - от ревматолог или педиатър.

8. Ревматична болест периодичност и продължителност на наблюдението - 6 месеца след пристъпа - ежемесечно; след 6-ия месец в продължение на 5 години на 4 месеца при ендокардна лезия или клапен порок и на 6 месеца при липса на такива; след 5-ата година на 6 месеца при наличие на клапен порок и един път годишно при липса на ендокардна лезия или клапен порок; клиничен преглед - анамнестични данни за прекарани интеркурентни заболявания; общо състояние с насоченост към симптоми от страна на сърдечно-ставната система; данни за наличие на фокални инфекции; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити, урина; АСТ, общ белтък, албумин - три пъти годишно, секрет от гърло - 20 дни след антибактериална терапия; ЕКГ - два пъти годишно, рентгенография на засегнатата става - един път годишно; необходими консултации - детски

кардиолог; лечение и рехабилитация - профилактика с бензацилин или орален пеницилин (при непоносимост към тях - еритран) - 5 години по схема; ацетизал - по схема; саниране на огнищните инфекции; кинезитерапия и закаляване; климатолечение; диспансерно наблюдение - от детски ревматолог, а при липса - от ревматолог или педиатър.

9. Гръбначни изкривявания

9.1. Неправилно телодържане периодичност и продължителност на наблюдението - през 6 месеца до завършване на растежа; клиничен преглед - оглед на гръден кош, гръбначен стълб, долни крайници; изследване на гръбначния стълб по приетата методика; необходими консултации - с ортопед; лечение и рехабилитация - насочване към подходящ спорт; диспансерно наблюдение - от общопрактикуващ лекар или педиатър.

9.2. Сколиоза I степен (по-малко от 10°) периодичност и продължителност на наблюдението - през 6 месеца от 7 - 10-годишна възраст до завършване на растежа; клиничен преглед - оглед на гръден кош, гръбначен стълб, крайници, изследване на мускулен хипертонус, наличие на ребрен гибус и деформации на долните крайници; необходими изследвания - рентгенография на гръбначен стълб в изправено положение веднъж годишно; необходими консултации - с ортопед; лечение и рехабилитация - изправителна гимнастика, плуване, ски, кънки и др.; физиопроцедури, закалителни процедури, масаж, рефлексотерапия; специализирани оздравителни лагери, морелечение; диспансерно наблюдение - от общопрактикуващ лекар или педиатър.

9.3. Сколиоза II степен (между 10° и 25°) периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи през 6 месеца от 7 - 10-годишна възраст до завършване на растежа; клиничен преглед - както при I степен сколиоза; необходими изследвания - рентгенография на гръбначен стълб в изправено положение веднъж годишно; лечение и рехабилитация - общоукрепващи медикаменти; по преценка коригиращи корсети; лечебни спортове - плуване, ски, кънки и др.; физиопроцедури: кварц, електростимулация, масаж; специализирани оздравителни лагери, морелечение; диспансерно наблюдение - от ортопед.

9.4. Сколиоза III и IV степен (III степен 25° - 50° , IV степен $> 50^\circ$). Диспансерното наблюдение и лечение се провеждат от специалист ортопед в специализирана клиника за гръбначна хирургия.

9.5. Кифоза (до 50°) периодичност и продължителност на наблюдението - през 6 месеца от 7 - 10-годишна възраст до завършване на растежа; клиничен преглед - оглед и изследване както при сколиоза I степен и тест за коригируемост на кифозата (опит за изправяне на кривата в легнало положение по корем); необходими изследвания - рентгенография на гръбначен стълб в изправено положение веднъж годишно; лечение и рехабилитация - както при сколиоза I степен, към което се прибавя герадехалтер; диспансерно наблюдение - от ортопед.

9.6. Кифоза (от 50° до 70°) периодичност и продължителност на наблюдението - през 6 месеца до завършване на растежа; клиничен преглед - оглед и изследване както при сколиоза I степен и тест за коригируемост на кифозата (опит за изправяне на кривата в легнало положение по корем); необходими изследвания - статични и динамични рентгенографии на гръбначния стълб - на всеки 6 месеца; необходими консултации - с кардиолог; лечение и рехабилитация - индивидуален, снимаем, реклинационен коригиращ корсет; изправителна гимнастика, плуване, ски, кънки и др.; физиопроцедури,

закалителни процедури, масаж, рефлексотерапия; специализирани оздравителни лагери, морелечение; диспансерно наблюдение - от ортопед.

9.7. Кифоза (над 70°) Диспансерното наблюдение и лечение се провеждат от специалист ортопед в специализирана клиника за гръбначна хирургия.

9.8. Кифосколиоза периодичност и продължителност на наблюдението - през 6 месеца до завършване на растежа; клиничен преглед - като при сколиоза II степен; необходими изследвания - рентгенография на гръбначния стълб при изправено положение - на всеки 6 месеца; необходими консултации - с кардиолог; лечение и рехабилитация - изправителна гимнастика, лечебно плуване, кънки, минибаскетбол, медикаментозни средства, ортопедични средства (корсетолечение), оперативно лечение; кварцово облъчване, електростимулации, масаж, рефлексотерапия; специализирани оздравителни лагери, морелечение; диспансерно наблюдение - от ортопед.

9.9. Лордоза (хиперлордоза) периодичност и продължителност на наблюдението - през 6 месеца до завършване на растежа; клиничен преглед - оглед на гръбначния стълб, гръдния кош, деформации на таза и долните крайници; неврологичен статус; необходими изследвания - рентгенография на гръбначния стълб в право положение (фас и профил), рентгенография на таза - на всеки 6 месеца; необходими консултации - с невролог или неврохирург; лечение и рехабилитация - електростимулация, изправителна гимнастика, плуване, волейбол, ски, ортопедични средства; физиопроцедури, закалителни процедури, масаж, рефлексотерапия; оздравителни лагери в специализирани санаториуми; диспансерно наблюдение - от ортопед.

9.10. Деформации на гръдния кош (лека степен) периодичност и продължителност на наблюдението - през 6 месеца до завършване на растежа; клиничен преглед - както при сколиоза I степен за изключване на съпътстващо гръбначно изкривяване, физикално изследване на бели дробове и сърце; необходими изследвания - рентгенография на гръден кош (профил) - веднъж годишно; необходими консултации - кардиолог, пулмолог; лечение и рехабилитация - дихателна гимнастика, ортопедични средства, при показания - оперативно лечение; физиопроцедури, закалителни процедури, спортни игри, плуване, масаж; оздравителни лагери в специализирани санаториуми; при птичи гърди - ортопедичен апарат - компресор; диспансерно наблюдение - от ортопед.

9.11. Деформация на гръдния кош (тежка степен) - диспансерното наблюдение и лечение се провеждат от специалист ортопед в специализирана клиника за гръбначна хирургия.

10. Деформации на крайниците

10.1. Вродено изкълчване на тазобедрената става периодичност и продължителност на наблюдението - по схема, определена от ортопед, от момента на откриването до пълнолетието; търси се още от първата седмица след раждането; клиничен преглед - по методиката за провеждане на профилактичните прегледи за оценка на физическото, психичното и здравословното състояние на децата; необходими изследвания - ехография - на т.н. "рискова група" - до 3-ия месец; рентгенография на ставите - на 4 - 5-месечна възраст; лечение и рехабилитация - рехабилитация; балнеолечение за раздвижване - след операция; диспансерно наблюдение - от ортопед.

10.2. Криви крачета (пес еквиноварус, пес плановалгус и др.) периодичност и продължителност на наблюдението - до пълна корекция в зависимост от тежестта на деформитета и получените лечебни резултати (по преценка на

ортопед); клиничен преглед - ортопедичен статус; необходими изследвания - рентгенография на крачетата - фас и профил - един път годишно; лечение и рехабилитация - в зависимост от състоянието, тежестта на деформациите и възрастта на детето; рехабилитация по преценка на ортопед; диспансерно наблюдение - от ортопед.

10.3. Придобит деформитет на тазобедрената става (кокса вара и валга и болестта на Пертес) периодичност и продължителност на наблюдението - от момента на откриването до завършване на растежа - един път годишно; клиничен преглед - ортопедичен статус; необходими изследвания - контролни рентгенографии - един път годишно; при болест на Пертес - сцинтиграфия един път годишно; лечение и рехабилитация - оперативно; диспансерно наблюдение - от ортопед.

10.4. Придобити изкривявания на долните крайници (крура вара, генус вара или валга), разлика в дължината на крайниците и др. периодичност и продължителност на наблюдението - от момента на откриването до завършване на растежа - един път годишно; клиничен преглед - ортопедичен статус; необходими изследвания - рентгенография - един път годишно; лечение и рехабилитация - оперативно; диспансерно наблюдение - от ортопед.

XII. Болести на кожата и подкожните тъкани

1. Атопичен дерматит периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са два пъти в годината до 7-годишна възраст, а след това - един път годишно; клиничен преглед - фамилна анамнеза за атопия, кожна симптоматика и насоченост към симптоми от страна на дихателната система; необходими консултации - с алерголог или педиатър; лечение и рехабилитация - противоалергични медикаменти; диспансерно наблюдение - дерматовенеролог.

2. Ихтиоза периодичност и продължителност на наблюдението - два пъти годишно; клиничен преглед - кожна симптоматика; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити - един път годишно; лечение и рехабилитация - витамини (ретинол), кератолитици (кератолан, калмолит); диспансерно наблюдение - от дерматовенеролог.

Забележка. На диспансеризираните деца, които получават хемотрансфузии, се извършват допълнителни изследвания и се провеждат допълнителни профилактични мерки съгласно изискванията на Наредба № 43 от 1995 г. за профилактика на вирусните хепатити в Република България (ДВ, бр. 103 от 1995 г.).

Приложение № 3

към **чл. 14**

Списък на болестите, при които ЗЗОЛ над 18 години подлежат на диспансерно наблюдение и схема на неговото провеждане

I. Инфекциозни болести и паразитози

1. Шигелози периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи на преболедалите лица, останали носители след лечението, и на лицата, работещи в рискови обекти, се провеждат ежемесечно в продължение на 3

месеца или след получаване на два отрицателни резултата, след което се снемат от наблюдение; тези от тях с отрицателен резултат и липса на диарийен синдром в продължение на трите месеца се снемат от наблюдение, а на останалите носители или с диарийен синдром наблюдението се удължава с един месец; или до тяхното саниране; клиничен преглед - общ клиничен статус; необходими изследвания - микробиологични на фецес, чиято честота е през първия месец два пъти през 15 дни, а след това един път месечно; необходими консултации - с инфекционист за преценка снемането от наблюдение; лечение и рехабилитация - антимикробни лекарствени средства се прилагат само на останалите след лечението носители, работещи в рискови обекти, съобразно данните от антибиограмата на изолирания причинител; диспансерно наблюдение - от общопрактикуващ лекар.

2. Вирусни хепатити периодичност и продължителност на наблюдението - контролни прегледи на лицата, преболедували от остри вирусни хепатити, както и на тези, открити като носители на вирусите на хепатити В, С и Д, се извършват на 3-ия, 6-ия и 12-ия месец от преболедуването или откриването на вирусносителството; наблюдението при вирусен хепатит А е от 3 до 6 месеца, а при вирусен хепатит В, С и Д - от 6 месеца до една година; клиничен преглед - общ клиничен и коремен статус; необходими изследвания - АСАТ, АЛАТ и ГГТ - два пъти годишно; лечение и рехабилитация - хепатопротективни лекарствени средства при нужда, а след 6-ия месец от преболедуването - балнеолечение при необходимост; диспансерно наблюдение - от инфекционист. Лицата, които са хронични носители на вирусите на хепатит В, С и Д, болните с хроничен вирусен хепатит и чернодробна цироза, се предават за наблюдение от гастроентеролог.

3. HIV-инфекция Диспансерното наблюдение и необходимите изследвания се провеждат в специализиран сектор за HIV-инфекция в Инфекциозна болница - София.

4. Лаймска болест периодичност и продължителност на наблюдението - един път на 3 месеца в продължение на 5 години след откриването на заболяването; клиничен преглед - общ клиничен и неврологичен статус; необходими изследвания - левкоцити, хематокрит, тромбоцити, диференциално броене и СУЕ, серология за Лаймска болест (титър на антитела за борелии) - два пъти годишно; необходими консултации - инфекционист; ревматолог, кардиолог, невролог според органната локализация; лечение и рехабилитация - антибиотици съобразно различните клинични стадии на заболяването; диспансерно наблюдение - от общопрактикуващ лекар.

5. Коремен тиф и паратифни заболявания периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите на преболедувалите от коремен тиф и паратиф, както и на заразноносителите се провеждат един път месечно в продължение на една година, преболедувалите от паратиф В - в продължение на 6 месеца; снемане от наблюдение - при отрицателни резултати от всички бактериологични изследвания, проведени след 3-ия месец; лицата, останали носители на С-тиф и след една година, се наблюдават до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен и коремен (с насоченост към черен дроб, жлъчка и бъбреци) статус; необходими изследвания - при доказано носителство

- бактериологични изследвания на фецес (шест пъти годишно) и урина (два пъти годишно); необходими консултации - с инфекционист за преценка снемането от наблюдение; диспансерно наблюдение - от общопрактикуващ лекар.

6. Хеморагична треска с бъбречен синдром (ХТБС) периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи един път месечно в продължение на шест месеца след преболедуването; клиничен преглед - общ клиничен статус; необходими изследвания - урина, урея и креатинин - ежемесечно; ехография на бъбреци - един месец преди снемането от диспансерно наблюдение; необходими консултации - нефролог; лечение и рехабилитация - по преценка на лекаря, който провежда наблюдението; диспансерно наблюдение - от инфекционист.

7. Еризипел периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи един път на 3 месеца в продължение на една година; клиничен преглед - общ клиничен и локален статус; необходими изследвания - кръвна захар, хемоглобин, левкоцити с диференциално броене, еритроцити, СУЕ - два пъти годишно; необходими консултации - инфекционист, дерматолог; лечение и рехабилитация - превантивно лечение с бензил-пеницилин по 1 200 000 Е веднъж на 6 месеца; диспансерно наблюдение - от общопрактикуващ лекар.

8. Остри менингити и менингоенцефалити от бактериален или вирусен произход периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи веднъж на 3 месеца в продължение на една година след преболедуването; клиничен преглед - неврологичен статус; необходими консултации - невролог; лечение и рехабилитация - съобразно състоянието; диспансерно наблюдение - от общопрактикуващ лекар.

9. Малария периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи при фебрилно състояние в продължение на 3 години от откриване на заболяването; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към търсене на фебрилитет, промени в черния дроб, слезката, анемичен синдром; необходими изследвания - при фебрилитет - паразитологично изследване за малария, като при отрицателен резултат изследването е с провокация; лечение и рехабилитация - съобразно състоянието (радикално, противоредицивно); диспансерно наблюдение - от паразитолог, а при липса на такъв - от общопрактикуващ лекар.

10. Висцерална лайшманиоза (Кала Азар) периодичност и продължителност на наблюдението - на 6-ия и 12-ия месец в продължение на една година след откриване на заболяването; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към периферни, трахеобронхиални и мезентериални лимфни възли, черния дроб, слезката, хематологична симптоматика, кожни изменения и наличие на фебрилитет; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, левкоцити с диференциално броене, СУЕ - два пъти годишно; креатинин, общ белтък, албумин, билирубин - един път годишно; необходими консултации - хематолог, дерматовенеролог; лечение и рехабилитация - съобразно състоянието; диспансерно наблюдение - от паразитолог, а при липса на такъв - от общопрактикуващ лекар.

11. Кожна лайшманиоза периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи на 6-ия и 12-ия месец в продължение на една година; клиничен преглед - локален статус с насоченост към кожни изменения; необходими консултации - дерматолог; лечение и рехабилитация - съобразно състоянието - етиологично с парантерални и локални лекарствени средства, хирургично; диспансерно наблюдение - от паразитолог, а при липса на такъв - от общопрактикуващ лекар.

12. Амебиаза периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи на 3-ия, 6-ия и 12-ия месец в продължение на една година; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към статуса на храносмилателната система, черния дроб, белия дроб и главния мозък; необходими изследвания - паразитологично изследване на фекалии, хемоглобин, еритроцити, левкоцити с диференциално броене - при всеки преглед; необходими консултации - гастроентеролог; лечение и рехабилитация - съобразно състоянието; диспансерно наблюдение - провежда се от паразитолог, а при липса на такъв - от общопрактикуващ лекар.

13. Шистоматози (урогенитална и чревна) периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи на 3-ия, 6-ия и 12-ия месец, след което на всеки 6 месеца до края на 3-ата година от заболяването; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към храносмилателната и уrogenиталната система; необходими изследвания - паразитологично изследване на фекалии, урина (при уrogenиталната шистоматоза), хемоглобин, левкоцити, еритроцити - два пъти годишно; необходими консултации - гастроентеролог, уролог (при уrogenиталната шистоматоза); лечение и рехабилитация - съобразно състоянието; диспансерно наблюдение - от паразитолог, а при липса на такъв - от общопрактикуващ лекар.

14. Филариатози (лимфатични и онхоцеркоза) периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи на 6 месеца в продължение на две години; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към алергична симптоматика, офталмологична, елефантиаза и подкожни възли; необходими изследвания - паразитологични изследвания на кръв, хемоглобин, еритроцити, левкоцити с диференциално броене, СУЕ - два пъти годишно; необходими консултации - офталмолог; лечение и рехабилитация - съобразно състоянието; диспансерно наблюдение - от паразитолог, а при липса на такъв - от общопрактикуващ лекар.

15. Ехинококоза периодичност и продължителност на лечението - през първата година след операцията са на 3-ия, 6-ия и 12-ия месец, а след това - на 6 месеца; наблюдението се провежда в продължение на 2 до 5 години от откриването и оперативното лечение; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към локалния статус съобразно органната локализация; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, левкоцити с диференциално броене, серологични изследвания (титър на антитела срещу причинителя) - два пъти годишно; необходими консултации - хирург, пулмолог, гастроентеролог според органната локализация; лечение и рехабилитация - оперативно, консервативно - съобразно състоянието и локализацията;

диспансерно наблюдение - от паразитолог, а при липса на такъв - от общопрактикуващ лекар.

16. Трихинелоза периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват на 6-ия и 12-ия месец след началото на заболяването; наблюдението продължава от 3 до 5 години след откриване на заболяването в зависимост от състоянието; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към алергични прояви, промени в двигателната, сърдечно-съдовата и нервната система; необходими изследвания - СУЕ, серологични (титър на антитела срещу причинителя), урина, ЕКГ - два пъти годишно; лечение и рехабилитация - съобразно състоянието; диспансерно наблюдение - от паразитолог, а при липса на такъв - от общопрактикуващ лекар.

17. Чревни хелминтози (аскаридоза, трихоцефалоза, хименолепидоза, тениаринхоза) периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват на 3-ия и 6-ия месец след откриване на заболяването, като болните се диспансеризират за 6 месеца; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към храносмилателната система, алергични и нервни прояви; необходими изследвания - паразитологично изследване на фекалии (два пъти годишно) и перианален секрет; необходими консултации - паразитолог; лечение и рехабилитация - съобразно състоянието; диспансерно наблюдение - от общопрактикуващ лекар.

18. Чревни протозоози (ламблиаза и криптоспиридоза) периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи трикратно през 10 дни след лечението, а след това ежесечно в продължение на 6 месеца до една година при ламблиазата; при криптоспиридозата прегледи на първия, третия и шестия месец, както и при чревна дисфункция; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към черния дроб, жлъчка и стомашно-чревния тракт; необходими изследвания - паразитологични - при ламблиоза на фекалии, а за криптоспоридии - фекалии, храчка (трахеобронхиален аспират) - шест пъти годишно; необходими консултации - паразитолог; лечение и рехабилитация - съобразно състоянието; диспансерно наблюдение - от общопрактикуващ лекар.

19. Тъканни паразити (токсоплазмоза и токсокароза) периодичност и продължителност на наблюдението - честота на прегледите съобразно състоянието до клинично оздравяване при токсоплазмозата, а за токсокарозата до 3 години след приключване на лечението; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към нервната система, очния анализатор, наличие на алергични и други прояви; необходими консултации - паразитолог; лечение и рехабилитация - съобразно състоянието; диспансерно наблюдение - от общопрактикуващ лекар.

II. Алергични болести

1. Бронхиална астма периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи два пъти годишно и при завършване на лечебните профилактични курсове; при влошаване на състоянието - честотата на прегледите е по преценка на лекаря, който провежда наблюдението; наблюдението е до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към дихателната

система; необходими изследвания - левкоцити с диференциално броене, КАП с алергени - два пъти годишно; функционално изследване на дишането (ФИД) и проследяване на върховия експираторен дебит (ВЕД-метрия) за оценка на контрола на състояние при всеки контролен преглед; лечение и рехабилитация - алергенна имунотерапия (специфична хипосенсибилизация) - средство на избор при атопичната бронхиална астма и риноконюнктивит в ранните им стадии, доведени до подходящ терапевтичен контрол; профилактично противовъзпалително, при нужда бронходилататорно медикаментозно лечение; ЛФК, климатолечение според вида и тежестта на астмата; изготвяне на индивидуален план за действие и обучение на болните и семействата им за самоконтрол на заболяването; диспансерно наблюдение - от алерголог или от пневмофтизиатър.

2. Полинози - ринит, конюнктивит и друга органна локализация периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се провеждат в началото на сезонното изостряне и по време на изострянето; наблюдението продължава до пет безсимптомни години - един път годишно; задължителен преглед през есента, когато се уточнява възможността за имунотерапия; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към дихателната система; необходими изследвания - левкоцити с диференциално броене - два пъти годишно; КАП с алергени извън сезонното изостряне; необходими консултации - офталмолог или оториноларинголог при обостряне; лечение и рехабилитация - алергенна имунотерапия (специфична хипосенсибилизация) - средство на избор при атопичните риноконюнктивити във фаза на сезонна ремисия; профилактично антивъзпалително, антихистаминово, деконгестантно медикаментозно лечение преди и по време на сезона; диспансерно наблюдение - от алерголог, при липса на такъв - от оториноларинголог.

III. Болести на кръвта и кръвотворните органи

1. Хипопластична анемия периодичност и продължителност на наблюдението - през три месеца; клиничен преглед - общ клиничен статус; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, левкоцити с диференциално броене, тромбоцити - четири пъти годишно; лечение и рехабилитация - Циклоспорин и Антитимоцитен глобулин; диспансерно наблюдение - от хематолог.

2. Хемолитични анемии Включват се вродените и придобитите хемолитични анемии. периодичност и продължителност на наблюдението - един път на три месеца; наблюдението продължава до края на живота за вродените хемолитични анемии и до оздравяване при придобитите хемолитични анемии; клиничен преглед - общ клиничен статус; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити - четири пъти годишно; лечение и рехабилитация - имуносупресори - за придобитите хемолитични анемии и десфериоксамин за вродените хемолитични анемии; диспансерно наблюдение - от хематолог.

3. Тромбоцитопении периодичност и продължителност на наблюдението - през три месеца; клиничен преглед - общ клиничен статус; необходими изследвания - тромбоцити - четири пъти годишно; необходими консултации - с офталмолог;

лечение и рехабилитация - кортикостероиди по преценка на лекаря, който води наблюдението, имunosупресори; диспансерно наблюдение - от хематолог.

4. Хемофилии периодичност и продължителност на наблюдението - при болни с тежки форми на хемофилия - на три месеца, а при останалите - на шест месеца; наблюдението се провежда до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към опорно-двигателния апарат и коремните органи; необходими изследвания - хемоглобин, левкоцити, тромбоцити, АСАТ, АЛАТ - при тежките случаи на шест месеца, а при останалите - веднъж годишно; необходими консултации - ортопед; лечение и рехабилитация - заместващо лечение със съответния фактор (фактор VIII, IX, фактор на Вилебранд); диспансерно наблюдение - от хематолог.

IV. Болести на кожата, подкожната тъкан и болести, предавани по полов път

1. Пемфигус периодичност и продължителност на наблюдението - в период на ремисия - на 6 месеца; наблюдението се провежда до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен и дерматологичен статус; необходими изследвания - хемоглобин, левкоцити, тромбоцити, СУЕ, кръвна захар, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, калий, натрий, калций, хлор - два пъти годишно; необходими консултации - пулмолог, кардиолог, ендокринолог - по преценка на лекаря, провеждащ наблюдението; лечение и рехабилитация - кортикостероиди, имunosупресори, анаболни стероиди, антибиотици, локални лекарствени средства; диспансерно наблюдение - от дерматовенеролог.

2. Лупус еритематодес периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите в период на ремисия се провеждат веднъж годишно - пролет; наблюдението се осъществява до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен и дерматологичен статус; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, тромбоцити, левкоцити с диференциално броене, СУЕ - веднъж годишно; необходими консултации - кардиолог, нефролог, дерматолог, офталмолог според органната локализация; лечение и рехабилитация - антималярични лекарствени средства и по преценка - кортикостероиди, фотопротектори, емулиенти; диспансерно наблюдение - от дерматовенеролог.

3. Прогресивна склеродермия периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи два пъти годишно при болните в ремисия; наблюдението се провежда до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен и дерматологичен статус с насоченост към типичните белези на заболяването; необходими изследвания - хемоглобин, левкоцити, тромбоцити, СУЕ, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, креатинин, изследване на урина (белтък и седимент) - веднъж годишно; необходими консултации - кардиолог, нефролог, пулмолог; лечение и рехабилитация - пеницилинови препарати, D-пенициламин, вазодилататори и нестероидни противовъзпалителни, локални лекарствени средства и физиотерапевтични процедури; диспансерно наблюдение - от дерматовенеролог.

4. Дерматомиозит периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват два пъти годишно при болните в ремисия; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ

клиничен и дерматологичен статус; необходими изследвания - хемоглобин, левкоцити, тромбоцити, СУЕ, АСАТ, АЛАТ, калий, натрий, хлор, калций - веднъж годишно; необходими консултации - ревматолог; лечение и рехабилитация - кортикостероиди, имуносупресори, нестероидни противовъзпалителни и локални лекарствени средства; диспансерно наблюдение - от дерматовенеролог.

5. Псориазис (еритродермичен, пустолозен, артропатичен) периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват два пъти годишно при болните в ремисия; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен и дерматологичен статус; необходими консултации - ревматолог; лечение и рехабилитация - цитостатици, имуносупресори, ретиноиди, локални лекарствени средства - кератолитици, кортикостероиди, деривати на Vit. D, пимекролимус; таласотерапия, УВ-терапия (селективна и ПУВА терапия); диспансерно наблюдение - от дерматовенеролог.

6. Атопична екзема периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите на болни се извършват два пъти годишно при болните в ремисия; наблюдението продължава до евентуално оздравяване; клиничен преглед - общ клиничен и дерматологичен статус; необходими консултации - алерголог; лечение и рехабилитация - кортикостероиди, антихистамини, локални кортикостероиди, емулиенти, такролимус, пимекролимус, УВ-селективна терапия; диспансерно наблюдение - от дерматовенеролог.

7. Херпетиформен дерматит периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи два пъти годишно при болни в ремисия; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен и дерматологичен статус; необходими изследвания - хемоглобин, левкоцити с диференциално броене, СУЕ - веднъж или два пъти годишно; необходими консултации - гастроентеролог; лечение и рехабилитация - сулфони, кортикостероиди, тетрациклини, безглутенова диета, локални кортикостероиди, емулиенти; диспансерно наблюдение - от дерматовенеролог.

8. Тежки ихтиози и Морбус Дарие периодичност и продължителност на наблюдението - два пъти годишно при болни в ремисия; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен и дерматологичен статус; необходими изследвания - хемоглобин, левкоцити с диференциално броене, СУЕ - два пъти годишно, холестерол, триглицериди, HDL - веднъж годишно; лечение и рехабилитация - ретиноиди, кератолитици, емулиенти; диспансерно наблюдение - от дерматовенеролог.

9. Булозна епидермолиза периодичност и продължителност на наблюдението - от два до три пъти годишно в компенсирана фаза; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен и дерматологичен статус; необходими изследвания - албумин, общ белтък, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, калций, калий - един път годишно; необходими консултации - хирург; лечение и рехабилитация - кортикостероиди, имуносупресори, антибиотици, локални кортикостероиди и епителизиращи средства; диспансерно наблюдение - от дерматовенеролог.

10. Пиломикози и онихомикози на ръцете периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи в продължение на шест месеца - ежемесечно, след това веднъж годишно; при онихомикозите - два пъти годишно до оздравяване; клиничен преглед - общ клиничен и дерматологичен статус; необходими изследвания - микологично изследване; АСАТ, АПАТ, ГГТ - само при провеждане на терапия със системни антимикотици; лечение - системни и локални антимикотични средства; диспансерно наблюдение - от дерматовенеролог.

11. Сифилис Диспансерно наблюдение и необходимите изследвания се провеждат от кожно-венерологичните диспансери.

12. Гонококция периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се провеждат две седмици след приключване на лечението и три месеца след първия контролен преглед, след което наблюдението се преустановява; клиничен преглед - общ клиничен и венерологичен статус; необходими изследвания - микроскопски и микробиологични изследвания - за откриване на гонококция и при резистентните на лечението; необходими консултации - акушер-гинеколог или уролог; лечение и рехабилитация - антибиотици; диспансерно наблюдение - от дерматовенеролог.

V. Заболявания на сърдечно-съдовата система

1. Артериална хипертония - първична и вторична Включват се пациенти в стадии 1, 2 и 3. 1.1. Пациенти с артериална хипертония лека и средностепенна в 1-ви и 2-ри стадий периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се осъществяват един път на 6 месеца; болните се наблюдават до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен преглед, сърдечен статус, стойности на артериалното налягане, проследяване на телесно тегло; измерването на артериалното налягане се извършва по правилата на добрата клинична практика и се оценява съобразно класификациите на СЗО; необходими изследвания - серумен натрий и калий, кръвна захар, креатинин, общ холестерол, HDL холестерол и триглицериди - един път годишно, очни дъна - при диспансеризирането и след това веднъж на 2 - 3 години; ЕКГ - един път годишно; необходими консултации - кардиолог (при наличие на значим сърдечно-съдов риск), офталмолог; диспансерно наблюдение - провежда се от общопрактикуващия лекар. 1.2. Пациенти със средностепенна в 3-и стадий и тежка артериална хипертония периодичност и продължителност на наблюдението - веднъж на 6 месеца, но при наличие на индикации и по-често; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към сърдечно-съдовата система; необходими изследвания - натрий, хлор, калий, кръвна захар, креатинин, общ холестерол, HDL холестерол и триглицериди, очни дъна - веднъж на една година; ЕКГ - веднъж на 6 месеца, но при болни след миокарден инфаркт по преценка на кардиолога; необходими консултации - с офталмолог; диспансерно наблюдение - от кардиолог.

2. Ревматични, неревматични пороци (болести на съединителната тъкан) и вродени сърдечни малформации

2.1. Първа група пациенти с нискостепенни (хемодинамично незначими) лезии и лезии без усложнения се диспансеризират и наблюдават от

общопрактикуващия лекар. периодичност и продължителност на наблюдението - един път годишно; наблюдението е до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към сърдечно-съдовата система (размери на сърце, камерна функция, белези за сърдечна недостатъчност, функционален клас, ритъмно-проводна патология); необходими изследвания - ЕКГ - един път годишно; необходими консултации - кардиолог при настъпване на усложнение от страна на сърдечно-съдовата система; диспансерно наблюдение - от общопрактикуващия лекар.

2.2. Втора група пациенти - хемодинамично значими лезии или лезии, придружени от усложнения, които не подлежат на интервенционално или хирургическо лечение периодичност и продължителност на наблюдението - на 6 месеца; наблюдението е до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към сърдечно-съдовата система (размери на сърце, камерна функция, белези за сърдечна недостатъчност, функционален клас, ритъмно-проводна патология); необходими изследвания - ЕКГ на 6 месеца или при необходимост по-често; ЕхоКГ - веднъж годишно; антикоагулантно лечение - при наличие на индикации с провеждане на контрол върху АПТТ или ИНР (протромбиново време), фибриноген; диспансерно наблюдение - от кардиолог.

3. Ишемична болест на сърцето

3.1. ИБС - състояние след остър коронарен синдром със СТ-сегмент елевация (миокарден инфаркт) - оформят се следните групи за наблюдение и лечение: Първа група - болни с нисък риск (добра левокамерна функция, липса на ритъмна патология, на индуцируема или спонтанна миокардна исхемия и стенокардия): периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се осъществяват веднъж на 3 месеца до края на първата година от началото на заболяването, а след това - веднъж на 6 месеца; клиничен преглед - общ клиничен статус, сърдечно-съдов статус, артериално налягане; необходими изследвания - хемоглобин, хематокрит, кръвна захар - веднъж на 6 месеца; общ холестерол, триглицериди, ниво на нископлътния холестерол - веднъж годишно, ЕКГ - веднъж на 6 месеца. Втора група - болни с умерено повишен риск (лека до умерена миокардна исхемия, стенокардия с функционален клас I и II без индикации за реваскуларизационни процедури, добра левокамерна функция): периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се осъществяват всеки месец след началото на заболяването до края на шестия месец, след което се извършват веднъж на 3 месеца до края на първата година; в зависимост от еволюцията на заболяването по-нататък клиничните прегледи се осъществяват веднъж на 3 месеца; клиничен преглед - общ клиничен статус, сърдечно-съдов статус, артериално налягане; необходими изследвания - хемоглобин, хематокрит, кръвна захар, ЕКГ - веднъж на 6 месеца; общ холестерол, триглицериди, определяне нивото на нископлътен холестерол - веднъж годишно; необходими консултации - в лечебни заведения с възможности за извършване на интервенционална реваскуларизация или кардиохирургия. Трета група - болни с висок риск (високостепенна миокардна исхемия, понижена левокамерна функция, слединфарктна стенокардия), но без възможност за провеждане на интервенционално или хирургическо лечение: периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват веднъж на 3 месеца след диспансеризацията; клиничен преглед - общ клиничен статус, сърдечно-съдов статус, артериално налягане; необходими изследвания

- хемоглобин, хематокрит, кръвна захар, ЕКГ - веднъж на 6 месеца; общ холестерол, триглицериди, определяне нивото на нископлътен холестерол - веднъж годишно; диспансерно наблюдение и при трите групи - от кардиолог.

3.2. ИБС - състояние след остър коронарен синдром без СТ-сегмент елевация - нестабилна стенокардия или миокарден инфаркт (диагностично уточнена в болница): Първа група - пациенти с нисък риск: периодичност и продължителност на наблюдението - всеки месец през първите 6 месеца, а след това на 6 месеца; клиничен преглед - общ клиничен статус, сърдечно-съдов статус, контрол на артериално налягане, периферен съдов статус; необходими изследвания - хемоглобин, хематокрит, СУЕ, общ холестерол, триглицериди, определяне нивото на нископлътния холестерол, СРК, АСАТ - веднъж годишно; ЕКГ - при всеки контролен преглед. Втора група - с умерен или висок риск, които не подлежат на реваскуларизационни процедури по медицински индикации: периодичност и продължителност на наблюдението - първият преглед веднага след дехоспитализацията, след това на всеки 2 месеца през първите 6 месеца на заболяването, а след това - на 3 месеца; необходими изследвания - хемоглобин, хематокрит, СУЕ, левкоцити с диференциално броене, КФК, АСАТ, общ холестерол, триглицериди, определяне нивото на нископлътния холестерол - веднъж годишно; ЕКГ - при всеки контролен преглед; необходими консултации - с кардиолог от кардиохирургичен център; диспансерно наблюдение (и при двете групи) - от кардиолог.

3.3. Стабилна стенокардия Пациенти от две основни групи: Първа група - пациенти със стабилна стенокардия първи и втори ФК и нормална левокамерна функция: периодичност и продължителност на наблюдението - един път на два месеца през първите 6 месеца, а след това - един път на 3 месеца до края на първата година и след това два пъти годишно; наблюдението е до края на живота; необходими изследвания - общ холестерол, триглицериди, определяне нивото на нископлътния холестерол - един път годишно; ЕКГ - при контролните прегледи; необходими консултации - с кардиолог в кардиохирургичен център. Втора група - пациенти със стабилна стенокардия трети и четвърти ФК с нормална или нарушена левокамерна функция, които не са реваскуларизирани по медицински индикации: периодичност и продължителност на наблюдението - два пъти месечно през първите 6 месеца, един път месечно до края на първата година, като през целия период се търсят възможности и индикации за коронарна реваскуларизация; насочено внимание към белези на сърдечна недостатъчност, ритъм, тонове, шумове, артериално налягане, периферен съдов статус; необходими изследвания - холестерол, триглицериди - веднъж годишно; при липса на дислипидемия - еднократно в началото и след това - един път през 3 години; необходими консултации - кардиолог в кардиохирургичен център за определяне на индикациите за коронарна реваскуларизация; диспансерно наблюдение (и при двете групи) - от кардиолог.

3.4. Хронична исхемична болест на сърцето с левокамерна дисфункция (със или без сърдечна недостатъчност, липсва активна миокардна исхемия - исхемична кардиопатия) периодичност и продължителност на наблюдението - през първите 6 месеца един път месечно, до края на първата година - един път на 3 месеца, а след това два пъти годишно и при необходимост по-често; наблюдението е до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към сърдечния статус и преди всичко големина на сърцето, белези на левокамерна дисфункция, ритъм, тонове, шумове, артериално налягане,

периферен съдов статус и явления на застойна сърдечна недостатъчност; необходими изследвания - ЕКГ в покой - два пъти годишно; холестерол и триглицериди - един път годишно; диспансерно наблюдение - от кардиолог.

4. Ритъмни нарушения - тахи- и брадиаритмии

4.1. Тахиаритмии

4.1.1. Надкамерни тахиаритмии - включват се надкамерни екстрасистоли, надкамерни тахикардии с риентри механизъм със или без допълнителна скрита връзка или WPW синдром, предсърдно мъждене, предсърдно трептене, автоматични надкамерни тахикардии; бенигнените надкамерни екстрасистоли (функционален тип без органични сърдечни заболявания) не се диспансеризират периодичност и продължителност на наблюдението - надкамерните тахикардии и тахиаритмии с добра прогноза при липса на значимо сърдечно заболяване се наблюдават в зависимост от честотата на пристъпите - малка честота на пристъпи - 1 - 2 пъти годишно, по-чести пристъпи - 2 - 3 пъти годишно; болните с органично сърдечно заболяване, тези с голяма симптоматика и чести пристъпи подлежат на чест контрол - един път на 2 месеца, а при необходимост - по-често до стабилизиране на синусов ритъм, след това до 4 пъти годишно; болните с висок риск (WPW синдром с чести пристъпи, предсърдно мъждене с чести пристъпи или хронично с тахиаритмия с трудно повлияване) подлежат на болнично лечение за уточняване индикациите за аблация и регулиране на терапията; след дехоспитализация наблюдението при болни с неизвършена аблация е един път на 3 месеца, а след успешна аблация - от един до два пъти годишно; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към сърдечно-съдовата система; необходими изследвания - ЕКГ в зависимост от риска и прогнозата: при висок риск - ежемесечно, при умерен риск - два - три пъти годишно, и при нисък риск - един - два пъти годишно; диспансерно наблюдение - от кардиолог.

4.1.2. Камерна тахиаритмия Включват се камерни екстрасистоли от бенигнен тип без сърдечно заболяване и камерни тахиаритмии с нисък, умерено висок и висок риск. Камерни екстрасистоли от бенигнен тип (без сърдечно органично заболяване) се наблюдават един път в годината в зависимост от симптомите до изчезването им, а при зачестили камерни екстрасистоли - контрол два пъти в годината. Камерните тахиаритмии с добра прогноза (непродължителна камерна тахиаритмия при здраво сърце или при заболяване с добра левокамерна функция) се наблюдава 2 - 3 пъти годишно, а по преценка - и по-често. Камерната тахиаритмия с умерено тежка прогноза (потенциално опасна) включва непродължителни или продължителни тахикардии при намалена левокамерна функция, но без сърдечна недостатъчност. След болнично уточняване прегледите се провеждат от 4 до 6 пъти годишно, а по преценка - по-често. Наблюдението е до края на живота. Малигнени тахикардии (лоша левокамерна функция и сърдечна недостатъчност) - прегледите се провеждат един път месечно. Наблюдението е до края на живота: клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към сърдечно-съдовата система; необходими изследвания - ЕКГ в зависимост от риска и прогнозата: при висок риск - ежемесечно, при умерен риск - 2 - 3 пъти годишно; диспансерно наблюдение - от кардиолог.

4.1.3. Пациенти след проведено аблационно лечение периодичност и продължителност на наблюдението - контролни прегледи на всеки 3 месеца през първата година; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към

сърдечно-съдовата система; необходими изследвания - при всеки преглед - ЕКГ, Холтер - мониториране на всеки 6 месеца/ специално късни потенциали при предшестващи камерни тахикардии, ЕхоКГ един път годишно; необходими консултации - от кардиолог електрофизиолог на 3 месеца през първата година, а след това - два пъти годишно; диспансерно наблюдение - провежда се от кардиолог.

5. Кардиомиопатии

5.1. Дилатативна (идиопатична и вторична с позната етиология) периодичност и продължителност на наблюдението - един път на 3 месеца, а при индикации - и по-често; при по-леки и умерено тежки случаи с лека (умерена)

кардиодилатация, леко потисната левокамерна функция и нетежка застойна сърдечна недостатъчност - прегледи един път на 3 месеца през първата година, а след това при стабилизация - до три пъти годишно; наблюдението е до края на живота; при прогресиращо влошаване - честота на прегледите както при тежката форма; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към сърдечно-съдовата система; необходими изследвания - ЕКГ - два пъти годишно, рентгенография на бял дроб и сърце - изходна в началото; ЕхоКГ - веднъж годишно; диспансерно наблюдение - от общопрактикуващ лекар.

5.2. Хипертрофична кардиомиопатия Две форми - обструктивна (с аортна стеноза) и необструктивна периодичност и продължителност на наблюдението - контролни прегледи - един на 3 месеца при по-тежки форми и при леки и умерени форми - контролни прегледи един до два пъти годишно; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към сърдечно-съдовата система; необходими изследвания - ЕКГ - два пъти годишно при тежки и един път годишно при леките форми, ЕхоКГ - веднъж годишно; необходими консултации - кардиолог от кардиохирургичен център при индикации; диспансерно наблюдение - от кардиолог.

6. Инфекциозен ендокардит, лекуван само консервативно - периодичност и продължителност на наблюдението - контролни прегледи - един път месечно до 6-ия месец, след това - един път на два месеца до края на първата година и един път на 6 месеца до края на живота; - клиничният преглед включва - общ клиничен статус (вкл. белези за интоксикация, фебрилитет, анемия) и проследяване на сърдечната находка - ритъм, тонове, шумове, сърдечни размери, белези за сърдечна недостатъчност, емболични прояви, спленомегалия, периферен съдов статус; - необходими изследвания - хемоглобин, хематокрит, СУЕ - 3 пъти годишно, урина (еритроцитурия и албуминурия), контролни хемокултури - ежемесечно през първите 3 месеца, ЕКГ - един път на три месеца; - необходими консултации - кардиолог от кардиохирургичен център през първите 3 месеца; - диспансерно наблюдение - от кардиолог.

7. Клапно протезиране, митрална комисуротомия или балонна клапна дилатация

7.1. Болни след хирургическа комисуротомия на митрална клапа и след балонна клапна дилатация периодичност и продължителност на наблюдението - до третия месец се извършват ежемесечно, а след това един път на три месеца до края на първата година; след първата година - един - два пъти годишно; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед -

общ клиничен статус с насоченост към сърдечно-съдовата система; необходими изследвания - хемоглобин, хематокрит, СУЕ, креатинин, калий; ЕКГ; рентгенография на бял дроб и сърце при първото посещение и на третия месец от диспансеризацията; ЕхоКГ - веднъж годишно; необходими консултации - след първата година, когато диспансеризирането се осъществява от общопрактикуващ лекар, да се осъществява консултативен преглед при кардиолог на всеки 6 месеца, а при болни с антикоагулантно лечение - веднъж на 6 месеца да се извършва консултация от хемостазиолог (за контрол на ИНР); диспансерно наблюдение - през първата година кардиолог от кардиохирургичен център, след това от общопрактикуващ лекар.

7.2. Болни с инплантирана клапна протеза периодичност и продължителност на наблюдението - един път месечно до края на първата година, след това - един до два пъти годишно, наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към сърдечния статус - ритъм, тонове, шумове с акцент в аускултаторния район на протезираната клапа - промяна на шумовата находка, белези за поява засилване на сърдечната недостатъчност (белодробен застой), системен венозен застой, физически капацитет (NYHA клас), сърдечни граници, белези на левокамерна дисфункция, кръвоизливи (антикоагулация); необходими изследвания - хемоглобин, хематокрит, СУЕ, креатинин, калий по преценка, лабораторен контрол на антикоагулантната терапия - през един до 2 месеца в първите 6 месеца, а след това на 3 - 4 месеца, ЕКГ - един път месечно в първите 6 месеца, а след това - от 1 до 2 пъти годишно; рентгенография на бял дроб и сърце - през първия месец след операцията; ЕхоКГ - веднъж годишно; необходими консултации - кардиолог в диспансера на кардиохирургичен център и хемостазиолог; диспансерно наблюдение - през първата година кардиолог от кардиохирургичен център, след това от общопрактикуващ лекар.

8. ИБС след коронарна реваскуларизация (аорто-коронарен байпас, АСВ или коронарна ангиопластика, РТСА) периодичност и продължителност на наблюдението - диспансеризацията се осъществява през първата година след реваскуларизацията от кардиолог в съответния кардиохирургичен център, а впоследствие от кардиолог от извънболничната помощ, прегледи се провеждат ежемесечно в първите 3 месеца, след това при благоприятно протичане - един път през 3 - 4 месеца до края на първата година, а в следващите години - два пъти годишно; наблюдението продължава цял живот; клиничен преглед - общ клиничен и сърдечен статус с насоченост към ритъм, тонове, шумове, артериално налягане, периферен съдов статус, сърдечни граници, белези за левокамерна дисфункция, левокамерна аневризма, застойна сърдечна недостатъчност - белодробен застой, функционален клас (степен на ограничение); определят се общият и коронарният атерогенен риск на болния; необходими изследвания - общ холестерол, триглицериди, определяне нивото на нископлътния холестерол на всеки 6 месеца, ЕКГ при всеки контролен преглед; ЕхоКГ - един път годишно; необходими консултации - кардиолог към кардиохирургичен център след първата година; диспансерно наблюдение - през първата година кардиолог от кардиохирургичен център, след това кардиолог от СИМП.

9. Имплантиран постоянен електрокардиостимулатор пейсмейкър периодичност и продължителност на наблюдението Контроли в интервали от време, както е показано на таблицата:

Месеци по ред	Нова имплантация	Смяна на импулсния генератор (батерия)
0	РК	РК
1	БК	РК+
3	РК+	-
6	БК	БК
12	РК	РК
18	БК	БК
24	РК	РК

Легенда:

РК = разширен контрол;

БК = базисен контрол;

РК + = разширен контрол плюс окончателно нагласяване; при хирургични или технически усложнения се правят допълнителни контроли според клиничното състояние.

клиничен преглед - включва общ клиничен статус с насоченост към сърдечно-съдовата система - палпитации, пристъпи на световъртеж, замайване, пресинкоп, синкоп, сърдечни граници, ритъм, локален статус (оперативно място), периферен съдов статус, артериално налягане, белези на сърдечна недостатъчност; необходими изследвания - първа седмица постоперативно ("0") - разширен контрол на пейсмейкърната функция, състояние на оперативната рана (джоб), подробна информация на болния и предоставяне на лична карта ("паспорт") на болен с имплантиран пейсмейкър (дати, вид и режим на пейсмейкъра); рентгенография на бял дроб - сърце за определяне мястото на електродите, Холтер ЕКГ 24 часа; при фреквентно-адаптираща система допълнителен контрол и велоергометричен тест за индивидуално нагласяване на сърдечната честота; при смяна на импулсния генератор - преценка на дадената стимулационна енергия след 4 седмици; провеждане на контрол на пейсмейкъра както при клиничния преглед; базисно изследване - при еднокамерен, двукамерен и честотно адаптиран пейсмейкър: задължително ЕКГ в покой - 12 отвеждания; факултативно дразнеща вълна, пейсмейкъррови спайкове; разширен контрол: провежда се най-малко веднъж годишно; диспансерно наблюдение - извършва се през първите 24 месеца от кардиолог в съответния център, извършил имплантацията, впоследствие пациентите се диспансеризират при кардиолог от извънболничната помощ.

10. Хронична артериална и венозна недостатъчност, заболявания на лимфните пътища Група на оперирани пациенти периодичност и продължителност на наблюдението - ежемесечно през първите два месеца след операцията, впоследствие - на 6 месеца; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен преглед с ангиологичен статус; необходими

изследвания - ултразвукови доплерови изследвания - един път годишно; АПТТ или ИНР (протромбиново време), фибриноген - два пъти годишно; необходими консултации - съдов хирург, кардиолог, невролог; диспансерно наблюдение - осъществява се през първата година след оперативно лечение от лекар в съответното болнично заведение, а след това от общопрактикуващ лекар. Група на неоперирани болни по медицински показания периодичност и продължителност на наблюдението - клинични прегледи веднъж на 6 месеца; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към сърдечно-съдовата система; необходими изследвания - хемостазни показатели веднъж на 6 месеца; ултразвукови доплерови изследвания - един път годишно; диспансерно наблюдение - от общопрактикуващия лекар;

VI. Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан

A. Възпалителни ставни заболявания

1. Ревматоиден артрит периодичност и продължителност на наблюдението - при откриване на заболяването и/или промяна на лечението прегледите са ежемесечни до третия месец, след което се провеждат на 3 или 6 месеца в зависимост от активността и еволюцията на заболяването до края на живота на болния; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към опорно-двигателния апарат; необходими изследвания - СУЕ, еритроцити, хемоглобин, левкоцити, тромбоцити, Валер-Роз или ревматоиден фактор, урина (белтък, билирубин, глюкоза, седимент), рентгенография на засегнатите стави - веднъж годишно; при лечение с антималярични средства, златни соли, имunosупресори и Д-пенициламин се изследват допълнително и диференциално броене на левкоцитите, АЛАТ, АСАТ, ГТП, АФ; необходими консултации - оториноларинголог, акушер-гинеколог или уролог в началото на заболяването с оглед на фокална инфекция; лечение и рехабилитация - съгласно възприетите принципи с НСПВС, БППРС, КС, биологични средства, вътреставни приложения на КС, химични и изотопни агенти, шейвинг и лаваж на става; диспансерно наблюдение - от ревматолог.

2. Болест на Бехтерев (анкилозиращ спондилит) периодичност и продължителност на наблюдението - при откриване на заболяването и/или промяна на лечението прегледите са ежемесечни до третия месец, след което се провеждат на 3 или 6 месеца в зависимост от еволюцията и активността на заболяването до края на живота на болния; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към опорно-двигателния апарат; необходими изследвания - СУЕ, еритроцити, хемоглобин, левкоцити с диференциално броене, тромбоцити - два пъти годишно, урина за белтък, билирубин, глюкоза и седимент ежемесечно до третия месец; рентгенография на засегнатите стави и аксиалния скелет - един път годишно; необходими консултации - ортопед; лечение и рехабилитация - съгласно възприетите принципи за лечение и рехабилитация на болестта на Бехтерев с НСПВС, БППРС, КС, биологични средства, вътреставни приложения на КС, химични и изотопни агенти, шейвинг и лаваж на става; ортопедично лечение се провежда по преценка на ревматолога съвместно с ортопеда; диспансерно наблюдение - от ревматолог.

3. Псориатричен артрит В зависимост от типа на протичане на псориатричния артрит (ревматоиден тип или спондилит) наблюдението и лечението се осъществяват съгласно изискванията за ревматоиден артрит или за болестта на Бехтерев. необходими консултации - дерматолог; диспансерно наблюдение - от ревматолог.

4. Реактивни артрити

4.1. Ревматизъм периодичност и продължителност на наблюдението - при болни в активна фаза II на ревматичното възпаление контролните прегледи се извършват един път месечно в продължение на една година от началото на поредния ревматичен пристъп; при болни в неактивна фаза III контролните прегледи са 4 пъти годишно в продължение на 3 до 5 години от поредния ревматичен пристъп; при болни в неактивна фаза IV контролните прегледи се извършват два пъти годишно в продължение на 5 години от началото на последния ревматичен пристъп, след това - един път, а при необходимост - по-често; наблюдението продължава до края на оздравяването в случаите, когато няма формиран порок; клиничен преглед - общ клиничен статус и пълен сърдечен статус с насоченост към размери на сърцето, сърдечна функция, търсене на сърдечна недостатъчност и ритъмно-проводни нарушения; необходими изследвания - при активна фаза II се изследват хемоглобин, еритроцити, левкоцити с диференциално броене, СУЕ - два пъти годишно; фибриноген - един път годишно; AST, ЕКГ и гърлен секрет - три пъти годишно; при неактивна фаза III и IV се прави ЕКГ един път годишно; лабораторните изследвания са същите и се провеждат един път годишно; необходими консултации - с кардиолог; лечение и рехабилитация - при болните с активна фаза II и неактивна фаза III и IV се провежда противоревматична профилактика с Бензацилин или орален пеницилин, при необходимост Еритран, най-малко 5 години след пристъпа или до 25-годишна възраст, а след това по преценка; при болни с ревматизъм в неактивна фаза IV противоревматичната профилактика се определя индивидуално; по време на пристъп НСПВС, кортикостероиди и покой; диспансерно наблюдение - провежда се при болните с ревматизъм в активна фаза II от ревматолог, а при болните в неактивна фаза III и IV - от общопрактикуващ лекар.

4.2. Други реактивни артрити В тази група се включват полово придобит реактивен артрит след хламидиална или гонорейна инфекция, постентеритен артрит след инфекция с шигела, салмонела и йерсиния ентероколитика, реактивни артрити при други инфекции (стафилококи, ешерихия коли, микобактериум туберкулозе и др.); периодичност и продължителност на наблюдението - при откриване на заболяването и/или промяна на лечението прегледите са ежемесечни до третия месец, след което се правят на 3 или 6 месеца в зависимост от активността и еволюцията на болестния процес до пълно оздравяване; при хроничните форми контролът е както при ревматоиден артрит и болест на Бехтерев; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към опорно-двигателния апарат; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, СУЕ, урина за: белтък, албумин, билирубин и седимент - два пъти годишно, рентгенография на засегнатите стави - един път годишно; лечение и рехабилитация - съгласно възприетите принципи за лечение и рехабилитация на реактивните артрити - НСПВС; антибиотици при показания; сулфасалазин и метотрексат при хроничните форми; вътреставни приложения с КС, химични и изотопни агенти,

шейвинг и лаваж на става; при лечение със сулфасалазин и метотрексат периодът на наблюдение и контролираните параметри са както при ревматоиден артрит; диспансерно наблюдение - от ревматолог.

Б. Системни заболявания на съединителната тъкан

1. Системен лупус еритематодес (СЛЕ) периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват ежемесечно в първите 3 месеца от откриването на заболяването и на 3 или 6 месеца в зависимост от активността и еволюцията на болестния процес до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към опорно-двигателния апарат, сърдечно-съдовата, дихателната, отделителната, централната и периферната нервна система, зрителния анализатор; необходими изследвания - урина за: албумин, билирубин, седимент - при всеки контролен преглед; СУЕ, хемоглобин, еритроцити, левкоцити с диференциално броене, тромбоцити, фибриноген - два пъти годишно; АЛАТ, АСАТ, ГТП, АФ, КК, антинуклеарни антитела, комплемент - С3 и С4 - един път годишно; необходими консултации - нефролог, офталмолог, невролог, кардиолог; лечение и рехабилитация - съгласно възприетите принципи за лечение и рехабилитация на СЛЕ с НСПВС, антималярици, КС, имunosупресори; диспансерно наблюдение - от ревматолог.

2. Прогресивна системна склероза (ПСС) периодичност и продължителност на наблюдението - в зависимост от състоянието през 3 или 6 месеца до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към типичните белези на заболяването; необходими изследвания - СУЕ, хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, фибриноген, креатинин, СГОТ, СГТП, ГГТП, СРК, урина за: белтък, билирубин и седимент, гърлен смив - посявка - два пъти годишно; необходими консултации - пулмолог, кардиолог; лечение и рехабилитация - лечението се осъществява съгласно възприетите принципи за лечение и рехабилитация на ПСС - с НСПВС, Д-пенициламин, имunosупресори, КС, вазодилататори, витамин Е; диспансерно наблюдение - от ревматолог.

3. Полимиозит периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са един месец след изписването от стационара, а след това - през 3 или 6 месеца в зависимост от активността и еволюцията на болестния процес; наблюдението се осъществява до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към специфичните прояви на болестта; необходими изследвания - СУЕ, хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, СГОТ, СГПТ, КК, ЕКГ - два пъти годишно; необходими консултации - дерматолог, кардиолог; лечение и рехабилитация - лечението се осъществява съгласно възприетите принципи за лечение и рехабилитация на полимиозит - НСПВС, КС, имunosупресори; диспансерно наблюдение - от ревматолог.

4. Смесена съединителнотъканна болест периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се провеждат ежемесечно първите 3 месеца, а след това през 3 или 6 месеца в зависимост от активността и еволюцията на болестния процес; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен и дерматологичен статус; необходими изследвания - СУЕ, хемоглобин, еритроцити, левкоцити, ДКК, тромбоцити, креатинин, СРК, кръвна захар, АЛАТ, АСАТ, ГТП, АФ; ЕКГ - един път годишно; необходими

консултации - дерматолог, невролог, нефролог, кардиолог според органната локализация; лечение и рехабилитация - кортикостероиди, имunosупресори, нестероидни противовъзпалителни средства, вазодилататори; диспансерно наблюдение - от ревматолог.

5. Болест на Бехчет и други васкулити (грануломатоза на Вегенер, полиартериитис нодоза, Чърч Щраус, темпорален артериит) периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се провеждат ежемесечно първите 3 месеца, а след това през 3 или 6 месеца в зависимост от активността и еволюцията на болестния процес; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен и дерматологичен статус с насоченост към лигавицата на устната кухина и гениталиите и съдовете; необходими изследвания - СУЕ, хемоглобин, еритроцити, левкоцити, ДКК, тромбоцити - два пъти годишно; АЛАТ, АСАТ, креатинин, урина за белтък, билирубин и седимент - един път годишно; необходими консултации - дерматолог, оториноларинголог, нефролог; лечение и рехабилитация - кортикостероиди, цитостатици, НСПВС, колхицин, антибиотици и локални лекарствени средства; диспансерно наблюдение - от ревматолог.

В. Дегенеративни и обменни ставни заболявания

1. Първична и вторична остеоартроза Включват се болни с активирана и инвалидизираща форма на болестта: периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите са два пъти годишно до края на живота, а при активиране на болестта през 3 месеца; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към опорно-двигателния апарат и с особено внимание към засегнатите стави и околоставни структури; необходими изследвания - рентгенография на засегнатите стави - един път годишно; необходими консултации - ортопед; лечение и рехабилитация - съгласно възприетите принципи за лечение и рехабилитация на остеоартрозата с НСПВС, аналгетици, миорелаксанти, хондропротектори и лубриканти; съвместно с ортопеда се преценяват показанията за ортопедично лечение; диспансерно наблюдение - от ревматолог.

2. Подагра и други кристални артропатии периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се провеждат два пъти годишно и при всеки пристъп до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към опорно-двигателния апарат; необходими изследвания - пикочна киселина, урина за белтък, глюкоза и седимент - два пъти годишно и при пристъп, кръвна захар, хемоглобин, еритроцити, левкоцити, СУЕ, креатинин - един път годишно, рентгенография на засегнатите стави - един път годишно; необходими консултации - нефролог; лечение и рехабилитация - съгласно възприетите принципи за лечение и рехабилитация на подаграта с диета, НСПВС, колхицин, урикозурици, урикоинхибитори, алкализирани урината средства; диспансерно наблюдение - от ревматолог.

VII. Болести на ендокринните жлези и на обмяната

1. Хипотиреоидизъм периодичност и продължителност на наблюдението - през 6 месеца до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с

насоченост към сърдечната честота, артериалното налягане, телесното тегло, кожата; необходими изследвания - холестерол, креатинфосфокиназа, СТ4, ТСХ, ЕКГ - един път годишно; необходими консултации - кардиолог; лечение и рехабилитация - обучение на болните, диета, режим; левотироксин 50 - 150 мкг дневно с цел нормализиране на ТСХ и СТ4; при нужда - профилактика и лечение на сърдечните и други усложнения; диспансерно наблюдение - провежда се от ендокринолог.

2. Хипертиреозидизъм (тиреотоксикоза) периодичност и продължителност на наблюдението - през 3 месеца до 18-ия месец; след консервативно излекуване проследяване на 6-ия и 12-ия месец; при неповлияване от консервативното лечение - оперативна или радиойодтерапия с последващо проследяване; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към сърдечната честота, артериалното налягане, телесното тегло, кожата, тиреоиден и очен статус; необходими изследвания - ТСХ, СТ4, ЕКГ - еднократно; след консервативно излекуване - проследяване на 6-ия и 12-ия месец на ТСХ, СТ4; необходими консултации - кардиолог, офталмолог; лечение и рехабилитация - обучение на болните, диета, режим, тиреостатици, бета-блокери, кортикостероиди (за лечение инфилтративна офталмопатия); ако след 18 месеца от началото на консервативното лечение не е настъпила имунологична и хормонална ремисия - преоценка на терапевтичното поведение - оперативно или радиойодлечение; при нужда - профилактика и лечение на сърдечните и други усложнения; диспансерно наблюдение - от ендокринолог.

3. Хипопаратиреоидизъм периодичност и продължителност на наблюдението - през 6 месеца до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към кожа, лигавици, изследване за тетанични феномени; необходими изследвания - веднъж на 6 месеца до края на живота - серумен калций, фосфор; необходими консултации - невролог по преценка на ендокринолога; лечение и рехабилитация - обучение на болните, диета, режим активни метаболити на vit. D, калциеви препарати; диспансерно наблюдение - от ендокринолог.

4. Първични хиперлиппротеинемии периодичност и продължителност на наблюдението - през 6 месеца до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към сърдечно-съдовия и неврологичния, ръст, тегло, затлъстяване, черен дроб и артериално налягане, кожа; необходими изследвания - общ холестерол, HDL холестерол, триглицериди, креатинфосфокиназа, ГТП, АСАТ, алкална фосфатаза - веднъж годишно; необходими консултации - невролог, кардиолог при необходимост; лечение и рехабилитация - обучение на болните, бедна на мазнини диета, режим на повишена физическа активност, антилипемични лекарствени средства (статици, фибрати); диспансерно наблюдение - от ендокринолог.

5. Захарен диабет периодичност и продължителност на наблюдението - при захарен диабет тип 2 (НИЗЗД) - два пъти годишно, а при захарен диабет тип 1 (ИЗЗД) - на три месеца; наблюдението на болните от двата вида диабет продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към ръст, тегло, кожа, инжекционни места, лигавици, черен дроб, артериално налягане, пулс на долните крайници, сетивност; необходими

изследвания - при ИЗЗД - КЗП ежесечно, урината за белтък, седимент, глюкоза, кетони, кръв и левкоцити - на шест месеца; серумен креатинин, холестерол, HDL холестерол, триглицериди, ЕКГ, фундоскопия, микропротеинурия - веднъж годишно; при НИЗЗД - КЗП веднъж на тримесечие; фундоскопия, АЛАТ, ГТП, микропротеинурия - по преценка; необходими консултации - офталмолог и невролог, ендокринолог за тип 2; лечение и рехабилитация - обучение на болните, самоконтрол на гликемията, глюкозурията и кетонемията в дома, диета, режим, инсулиново лечение, орални антидиабетни лекарствени средства; хипотензивни, антилипемични, антиагреганти, лазерна фотокоагулация при необходимост; диспансерно наблюдение - НИЗЗД - от ОПЛ, от ендокринолог - за ИЗЗД и усложнен НИЗЗД.

6. Остеопороза периодичност и продължителност на наблюдението - през една година до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към опорно-двигателния апарат за търсене на деформации и патологични фрактури, както и към търсене на заболявания, причиняващи вторична остеопороза, и съпровождащи заболявания; необходими изследвания - серумен калций и фосфор, алкална фосфатаза - веднъж годишно; лечение и рехабилитация - обучение на болните, диета, режим (повишена физическа активност - ЛФК, предотвратяване на паданията); медикаментозна профилактика (калциеви препарати и vit D, естрогени със/без гестагени, селективни модулатори на естрогенните рецептори, калцитонин, бифосфонати); медикаментозно лечение (калциеви препарати и vit D, селективни модулатори на естрогенните рецептори, калцитонин, бифосфонати); диспансерно наблюдение - от ендокринолог.

7. Хипогонадизъм - мъжки и женски периодичност и продължителност на наблюдението - веднъж годишно до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към гениталии, ръст, тегло, вторични полови белези; психичен статус; необходими консултации - акушер-гинеколог или уролог; лечение и рехабилитация - заместителна хормонотерапия с полови стероиди; диспансерно наблюдение - от ендокринолог.

8. Хипопитуитаризъм периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи - през една година до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към ръст, тегло, първични и вторични полови белези, кожа, окосмяване; необходими консултации - невролог; лечение и рехабилитация - според причината и степента на отпадане на хормоналната секреция; при интеркурентни заболявания, тежки физически и психически стресове дозата на глюкокортикоидите се повишава поне 2 - 4 пъти до отзвучаването им, след което се възстановява обичайната поддържаща доза; диспансерно наблюдение - от ендокринолог.

9. Инсипиден диабет периодичност и продължителност на наблюдението - на 6 месеца след започване на лечението до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към ръст, тегло, първични и вторични полови белези, артериално налягане, кожа, окосмяване; лечение и рехабилитация - заместително с антидиуретичен хормон или със салидиуретици при нефрогенната форма; диспансерно наблюдение - от ендокринолог.

10. Адисонова болест периодичност и продължителност на наблюдението - веднъж годишно; клиничен преглед - общ клиничен статус с търсене на пигментации, измерване на артериалното налягане в право и легнало положение; ръст и тегло; необходими изследвания - калий и натрий в серума; лечение и рехабилитация - заместително хормонално с глюкокортикоиди и 9-алфа-флуорокортизон; при интеркурентни заболявания, тежки физически и психически стресове дозата на глюкокортикоидите се повишава поне 2 - 4 пъти до отзвучаването им, след което се възстановява обичайната поддържаща доза; болните трябва да избягват тежки физически и психически стресове и интеркурентни заболявания; диспансерно наблюдение - от ендокринолог.

11. Вродена надбъбречнокорова хиперплазия периодичност и продължителност на наблюдението - веднъж годишно; клиничен преглед - общ клиничен статус, ръст и тегло, артериално налягане и търсене на белези на вирилизация или хипогонадизъм; необходими изследвания - калий в серума - един път годишно; необходими консултации - акушер-гинеколог или уролог; лечение и рехабилитация - глюкокортикоиди, при необходимост - 9-алфа-флуорокортизон, антиандрогени (при жените в комбинация с естрогени); диспансерно наблюдение - от ендокринолог.

12. Първичен алдостеронизъм периодичност и продължителност на наблюдението - при туморна форма - на 3-тия, 6-ия и 12-ия месец след операцията; в останалите случаи - на 6 месеца до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с измерване на артериалното налягане; необходими изследвания - калий и натрий на 6 месеца до края на живота; лечение и рехабилитация - при тумори - оперативно, в другите случаи - спиринолактон, триамтерен, глюкокортикоиди и др.; диспансерно наблюдение - от ендокринолог.

13. Синдром на Кушинг периодичност и продължителност на наблюдението - след оперативно лечение - на 3-тия, 6-ия и 12-ия месец, а при медикаментозно лечение - на 6 месеца до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус, ръст, тегло, затлъстяване, кожни промени, артериално налягане; необходими изследвания - калий и натрий на 6 месеца; лечение и рехабилитация - по правило - оперативно, а в някои случаи - лъчелечение или лечение със стероидни блокери; след оперативни интервенции на хипофизата или надбъбреците, при лъчелечение, както и при консервативното лечение със стероидни блокери част от пациентите развиват хипопитуитаризъм или хипокортицизъм; при интеркурентни заболявания, тежки физически и психически стресове дозата на глюкокортикоидите се повишава поне 2 - 4 пъти до отзвучаването им, след което се възстановява обичайната поддържаща доза; болните трябва да избягват тежки физически и психически стресове и интеркурентни заболявания; диспансерно наблюдение - от ендокринолог.

VIII. Оториноларингологични заболявания

Хронично гноино възпаление на средното ухо периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се провеждат два пъти годишно, а при необходимост - по-често; наблюдението продължава една година след оперативното лечение; клиничен преглед - локален статус, уточняване

локализацията на процеса, вида на перфорацията - централна или епитимпанална, изясняване характера на ексудата; необходими изследвания - аудиограма, рентгенография на мастоидните израстъци по Шулер еднократно; бактериологично изследване на секрета; хемоглобин, хематокрит еритроцити, левкоцити и СУЕ - един път годишно; лечение - консервативно и/или оперативно (слухоподобряваща и saniраща операция); диспансерно наблюдение - от оториноларинголог.

IX. Очни заболявания

1. Глаукома В групата на това заболяване се включват болни с първична, вторична и ювенилна глаукома; периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се провеждат на 6 месеца при неоперирани болни, а при оперирани болни първият преглед е една седмица след изписването, а след това на 6 месеца; наблюдението е до края на живота; клиничен преглед - очен статус; необходими изследвания - зрителна острота без и със корекция за далече и на зрителното поле, биомикроскопия на преден очен сегмент, просветление и офталмоскопия, гониоскопия, тонометрия; лечение и рехабилитация - консервативно, лазерно и оперативно; диспансерно наблюдение - от офталмолог.

2. Аблацио ретине В тази група се включват болни, преболедували от отлепване на ретината, застрашени от отлепване на ретината, средни, високи и злокачествени степени на късогледство; периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите на оперираните болни са през 6 месеца, а на останалите болни - един път годишно, може да бъде прекратено по преценка на наблюдаващия офталмолог; клиничен преглед - очен статус; необходими изследвания - при всеки преглед рутинни офталмологични изследвания, изследване на зрителното поле, биомикроскопични изследвания на периферията на очното дъно и други; лечение и рехабилитация - консервативно, лазерно и оперативно; режим на живот и работа без физически натоварвания; диспансерно наблюдение - провежда се от офталмолог.

3. Съдови и възпалителни заболявания на увеята и ретината В тази група се включват болни с някои съдови и възпалителни заболявания на ретината и увеята; периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват един път месечно до настъпване на излекуване, а при автоимунните заболявания - един път годишно, но и при всеки рецидив; наблюдението се провежда до края на живота; клиничен преглед - очен статус; необходими изследвания - при всеки преглед рутинни офталмологични изследвания, периметрия, биомикроскопско изследване на очното дъно и периферията му; флуоресцентна ангиография - при показания; необходими консултации - със съответния специалист съобразно етиопатогенезата; лечение и рехабилитация - противовъзпалително, антибиотично и имуномодулиращо, съобразно етиологията, антиагрегатно, съдово, лазерно; диспансерно наблюдение - от офталмолог.

4. Травматични увреждания на очите (на очната ябълка) периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите след изписването от болница са ежемесечно в първите три месеца, а след това на 6 месеца по преценка на

офтальмолога; наблюдението продължава до настъпване на оздравяване. клиничен преглед - очен статус; необходими изследвания - рутинни офталмологични изследвания при всеки преглед, други изследвания, включително ехография и електроретинография по преценка; лечение и рехабилитация - системно и периодично лечение по показания; оптична корекция и трудоустрояване в безопасна работна среда; диспансерно наблюдение - от офталмолог.

Х. Болести на храносмилателната система

1. Ахалазия на хранопровода периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват през 3 месеца при болни в напреднал стадий на заболяването, а при останалите - един път годишно; наблюдението се провежда до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към търсене на дисфагия, гадене, повръщане, ексикация, консумация на тегло и други нарушения; необходими изследвания - езофагогастроскопия - един път годишно; необходими консултации - хирург само при показания за неефективност на консервативното лечение; лечение и рехабилитация - пневмодилатация, хидравлична дилатация, прокинетици, дилататори на долния езофагиален сфенктер; диспансерно наблюдение - от гастроентеролог.

2. Стомашна язва периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват през два месеца до пълно оздравяване на язвата; след оздравяване на язвата се прави преглед един път годишно с оглед на недопускане на рецидив; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен и кореман статус с насоченост към болков, диспептичен синдром, характерни за язвите на стомаха, консумация на тегло; необходими изследвания - левкоцити с диференциално броене, СУЕ - един път годишно; лечение и рехабилитация - диета, двумесечен лечебен курс с H2 блокер или сукралфат, колоидален бисмутов субцитрат; през следващите 3 до 6 месеца - поддържаща терапия с половин от средната лечебна доза; при незатворени язви до 6-ия месец се препоръчва оперативно лечение; диспансерно наблюдение - от гастроентеролог.

3. Глутенова ентеропатия и хроничен неспецифичен ентероколит с малабсорбционен синдром периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват един път годишно, а при показания - през 3 до 6 месеца; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен и кореман статус с насоченост към търсене на диаричен синдром и прояви на малабсорбция - консумация на тегло, дехидратация, хиповитаминоза, анемия, хипопротеинемия, хипокалциемия и други електролитни и метаболитни нарушения; необходими изследвания - копрологични изследвания за бактериална и гъбична инфекция - по преценка; лечение и рехабилитация - диетично хранене - безглутенова диета, а при неповлияване - кортикостероиди; при чревна дисбиоза - антибиотици и чревни антисептици; диспансерно наблюдение - от гастроентеролог.

4. Улцерозен колит. Болест на Крон. Аденоми на дебелото черво и генерализирана полипоза периодичност и продължителност на наблюдението -

прегледите се извършват през 6 до 12 месеца, а при персистиращ улцерозен колит - през два месеца; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен и коремен статус с насоченост към търсене на диарийен синдром със съответната му характеристика, системни прояви, данни за водно-електролитни и метаболитни нарушения и клинични белези за развитие на усложнения; необходими изследвания - хемоглобин, еритроцити, левкоцити с диференциално броене, СУЕ - два пъти годишно; калий, калций, натрий, хлор; копрологични и серологични изследвания за бактериална и гъбна инфекция - един път годишно; ректоскопия - един път годишно, по преценка с биопсия; лечение и рехабилитация - диета, салазопирин или препаратите на 5-АСА, кортикостероиди, имуран, а при данни за инфекция - антибактериални и антимикотични средства; ендоскопска или оперативна полипектомия при аденоми, колектомия при строги показания при улцерозен колит, оперативно лечение при строги показания при болест на Крон и чревна полипоза; диспансерно наблюдение - от гастроентеролог.

5. Хронични хепатити (хронични вирусни хепатити и хронични автоимунни хепатити). Чернодробна цироза, включително първична билиарна цироза. Болест на Уилсън. Хемохроматоза периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват през 6 месеца; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към еволюцията на хепатоспленомегалията и клиничните белези за чернодробна функционална недостатъчност, портална хипертония, извънчернодробни и други клинични прояви на заболяването; при декомпенсирана цироза - контрол на оточно-асцитния синдром и търсене на хеморагична диатеза; необходими изследвания - еритроцити, левкоцити с диференциално броене, тромбоцити, СУЕ - два пъти годишно, АСАТ, АЛАТ, алкална фосфатаза, ГГТП - провеждат се един път годишно; при автоимунен хепатит - имуноглобулини - при първична билиарна цироза - един път годишно; при хемохроматоза - желязо, ЖСК при всеки преглед, за контрол на терапията; чернодробна биопсия - по преценка на две години; необходими консултации - невролог; офталмолог при болест на Уилсън; лечение и рехабилитация - антивирусни средства при хроничен активен вирусен хепатит; кортикостероиди при автоимунни хронични хепатити; хепатопротектори, диуретици; депенициламин, купренил при болестта на Уилсън; кръвопускания и евентуално лечение с Десферал - при хемохроматоза; имunosупресори и урзодеоксихолева киселина при първична билиарна цироза; диспансерно наблюдение - от гастроентеролог.

6. Хроничен панкреатит периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват през 6 до 12 месеца; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен преглед с насоченост към коремния статус, консумация на тегло, характеристиката на болковия синдром, клиничните прояви на панкреасната екзокринна недостатъчност (диария, стеаторея), панкреасен вторичен диабет, клинични данни за настъпили усложнения и други; необходими изследвания - еритроцити, левкоцити с диференциално броене, СУЕ, амилаза, кръвна захар, ехография на панкреас, черен дроб и жлъчни пътища - веднъж годишно; липаза при нова преценка за функционалното състояние на жлезата; лечение и рехабилитация - диета, ензимни препарати, H2 блокери, спазмолитици, аналгетици; пункционно

лечение на кистозните образувания; оперативно лечение - само при строги показания; диспансерно наблюдение - от гастроентеролог.

XI. Болести на нервната система

1. Паркинсонизъм периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се провеждат два пъти годишно и при всяко влошаване на неврологичната симптоматика и/или поява на нови симптоми; наблюдението е до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с неврологичен статус; необходими консултации - психиатър; лечение и рехабилитация - невропротектори, допаминови агонисти, Леводопа-медикаменти, рехабилитация и балнеолечение; диспансерно наблюдение - провежда се от невролог.
2. Болест на Алцхаймер и съдова деменция периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се провеждат три пъти годишно през първата година, след което два пъти в годината и при всяко влошаване и /или поява на нови симптоми; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен с неврологичен, невропсихологичен и психичен статус; необходими консултации - психиатър; лечение и рехабилитация - невропротективни, вазоактивни и антипсихотични средства, антидепресанти, атипични невролептици, конвенционални невролептици, Донепезил - при смесен тип деменция, Нивалин при Алцхаймерова болест, двигателна и социална рехабилитация; диспансерно наблюдение - провежда се от невролог; болни с психични отклонения се пренасочват за наблюдение от психиатър.
3. Мозъчно-съдова болест периодичност и продължителност на наблюдението - през първите три месеца - ежемесечно, до края на първата година - на три месеца, след първата година - два пъти годишно; при влошаване на неврологичната симптоматика или поява на нова се консултира с невролог; клиничен преглед - общ клиничен с неврологичен статус; необходими изследвания - ЕКГ, кръвна захар, натрий, калий, хлор, креатинин, холестерол, триглицериди - един път годишно; необходими консултации - невролог (след първата година); лечение и рехабилитация - антиагрегантни, вазоактивни, невропротективни, антихиперлипидемични, мускулни релаксанти, антидепресанти, невролептици, антиепилептични и нискомолекулни хепарини за лечение на дълбоки венозни тромбози, антихипертензивни, антиаритмични лекарствени средства; при необходимост и по преценка на невролог се назначава рехабилитация, физиотерапия и балнеолечение; диспансерно наблюдение - през първата година се провежда от невролог, след което - от общопрактикуващия лекар.
4. Множествена склероза и други демиелинизиращи заболявания периодичност и продължителност на наблюдението - болните се наблюдават четири пъти годишно; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен с неврологичен статус; необходими изследвания - кръвна захар, натрий, калий, хлор, креатинин - един път годишно; АСАТ, АЛАТ при болни на лечение с интерферони - два пъти годишно; ЯМР с контраст - един път годишно при болни на лечение с интерферон; невро-психологично изследване един път годишно; необходими консултации - психиатър, офталмолог; лечение и

рехабилитация - кортикостероиди при остър пристъп, а в междупристъпния период: интерферони, имуноглобулини, азатиоприн, цитостатици и симптоматично лечение - мускулни релаксанти, антихолинестеразни, антидепресантни лекарствени средства; при необходимост и по преценка на невролога се назначава рехабилитация, физиотерапия и балнеолечение; диспансерно наблюдение - от невролог; болните, които са на лечение с интерферон, се наблюдават от комисии в неврологичните клиники на университетските болници.

5. Епилепсия периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите при новодиагностицираните болни се провеждат четири пъти през първата година, а след това два пъти годишно; наблюдението продължава 5 години след последния припадък, а при болни с рецидивиращи припадъци - до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен и неврологичен статус; необходими изследвания - ЕЕГ един път годишно; необходими консултации - психиатър; лечение и рехабилитация - антиконвулсивни лекарствени средства, социална рехабилитация, трудоустрояване; диспансерно наблюдение - провежда се от невролог, а при лечение с медикаменти от групата на "новите" противоепилептични средства диспансерното наблюдение се провежда от съответните комисии към неврологичните клиники на университетските болници; при психични отклонения болните се насочват за наблюдение от психиатър.

6. Миастения гравис периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват шест пъти в годината при новооткрити и оперирани и два пъти годишно при болните със стабилизирано състояние; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен с неврологичен статус; необходими изследвания - ЕМГ с простигминов тест, АСАТ, АЛАТ, натрий, калий, хлор, креатинин, КАТ на медиастинума - един път годишно; необходими консултации - ендокринолог; лечение и рехабилитация - антихолинестеразни, имуномодулиращи (КСТ, Азатиоприн, високи дози имуноглобулини), плазмафереза при миастенни кризи и подготовка за операции, тимектомия; социална и професионална рехабилитация; диспансерно наблюдение - от невролог.

7. Хередодегенеративни заболявания - към тази група заболявания спадат миопатии, неврална мускулна атрофия, хепатолентикуларна дегенерация, ЛАС, хередоатаксии; периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват два пъти годишно от невролог; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен с неврологичен статус; необходими изследвания - ЕМГ - един път годишно; необходими консултации - гастроентеролог; лечение и рехабилитация - лекарствени средства съобразно вида на заболяването (симптоматично), рехабилитация и балнеосанаториално лечение; диспансерно наблюдение - извършва се от невролог.

XII. Болести на пикочно-отделителната система

1. Остър глумерулонефрит периодичност и продължителност на наблюдението - през три месеца в продължение на една година от началото на заболяването;

след първата година, ако персистира уринната находка или има други прояви, болният се превежда в диспансерната група на хроничните гломерулонефрити и интерстициални нефрити; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост за търсене на отоци, фебрилитет, артериална хипертония, макроскопска хематурия, прояви от инфекциозни огнища; необходими изследвания - четири пъти годишно се правят изследвания в рамките на малък нефрологичен комплекс (МНЛК): антропометрия - телесно тегло; изследване на сутрешна урина - белтък, седимент, рН-метрия, кристалурия, относително тегло; хемоглобин, еритроцити, левкоцити, СУЕ, общ белтък, албумин, креатинин; необходими консултации - оториноларинголог, кардиолог; лечение и рехабилитация - саниране на фокална инфекция (консервативно или оперативно), антихипертензивна терапия, кортикостероиди; диспансерно наблюдение - от нефролог.

2. Хронични гломерулонефрити и интерстициални нефрити периодичност и продължителност на наблюдението - при клинична и имунологична активност болните се хоспитализират и след изписването прегледите се провеждат през един до три месеца през първите шест месеца; при данни за ремисия или бавна прогресия - през три месеца; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост за търсене на отоци, фебрилитет, артериална хипертония, макроскопска хематурия, 24-часова диуреза, както и белези на ХБН (умора, астения, полиурия, никтурия, диспептични оплаквания); необходими изследвания - антропометрични (ръст, телесна маса), изследване на урина (белтък, седимент, рН-метрия, относителна маса), серумен креатинин, общ белтък, албумин в кръвта, глюкоза, хемоглобин, еритроцити, левкоцити с ДКК, СУЕ - четири пъти годишно; холестерол - два пъти; ехография, веднъж годишно; ЕКГ - през шест месеца; очни дъна - веднъж годишно; необходими консултации - офталмолог, кардиолог; лечение и рехабилитация - саниране на инфекции, кортикостероиди, имunosупресори, антиагрегантни, антихипертензивни, антилипемични и диуретични лекарствени средства; диспансерно наблюдение - от нефролог.

3. Нефропатии при системни заболявания на съединителната тъкан периодичност и продължителност на наблюдението - при клинична и имунологична активност болните се хоспитализират и след изписването прегледите се провеждат през един до три месеца през първите шест месеца; при данни за ремисия или бавна прогресия - през 3 месеца; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост за търсене на отоци, фебрилитет, артериална хипертония, макроскопска хематурия, ставни и мускулни болки, сърдечно-съдови оплаквания; необходими изследвания - антропометрични (ръст, телесна маса), изследване на урина - белтък, седимент, рН-метрия, относителна маса; серумен креатинин и урея, общ белтък, албумин в кръвта, глюкоза, холестерол, хемоглобин, еритроцити, левкоцити с ДКК, СУЕ; имунологични изследвания - различни за различните автоимунни заболявания; всички изследвания се извършват веднъж годишно; ехография - веднъж годишно, ЕКГ - през шест месеца и при необходимост; очни дъна - веднъж годишно, както и при малигнизирана хипертония, мозъчен едем; необходими консултации - офталмолог, кардиолог; лечение и рехабилитация - щадящ режим, диета, кортикостероиди, имunosупресори, антиагрегантни, антихипертензивни,

антилипемични и диуретични лекарствени средства; диспансерно наблюдение - от нефролог.

4. Инфекции на пикочните пътища и пиелонефрити периодичност и продължителност на наблюдението - първи преглед след проведеното антибактериално лечение, след това през един месец до третия месец; при липса на активна инфекция и при стабилизация на състоянието - през шест месеца; при активиране на инфекцията прегледите се провеждат както през първите 3 месеца; наблюдението продължава до оздравяване, а при хронифициране - до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към болки в лумбалната област, фебрилитет, дизурия, мътна урина; необходими изследвания - изследване на урина - белтък, седимент, рН-метрия, относителна маса, серумен креатинин, глюкоза - два пъти годишно; микробиологично изследване на урина - веднъж годишно; след завършване на етиологично лечение - три бактериологични изследвания през 15 дни; лечение и рехабилитация - щадящ режим, адекватна диета (приемане на повече течности), балнеолечение, антибиотици, химиотерапевтици, спазмолитици, отстраняване на предразполагащите фактори, ваксинотерапия; контрол на артериалната хипертония; диспансерно наблюдение - от нефролог.

5. Нефролитиаза периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се провеждат четири пъти годишно; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към търсене на болкова симптоматика от бъбреците и пикочните пътища, дизурия, хематурия, уроинфекция; необходими изследвания - сутрешна урина - белтък, седимент, рН-метрия, относително тегло, калциурия, урикозурия - един път годишно; лечение и рехабилитация - диета (внос на повече течности, намален внос на белтъци и сол), балнеолечение, алкализиране на урината с цитрати, тиазиди и намаляващи урикозурията средства; диспансерно наблюдение - от уролог.

6. Подагрозна нефропатия периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите се извършват два пъти годишно; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към търсене на метаболитен синдром, ставни прояви, артериална хипертония, нефролитиаза и др.; необходими изследвания - телесно тегло, изследване на сутрешна урина (белтък, седимент, кристалурия, рН-метрия, относително тегло), креатинин, пикочна киселина, кръвна захар, общ белтък - два пъти годишно; лечение и рехабилитация - диета (ограничение на белтъците, калоража и готварската сол и прием на повече течности), уриколитично, урикозурично лечение, алкализация на урината, антихипертензивни и хиполипемични лекарствени средства; диспансерно наблюдение - от нефролог.

7. Автозомно-доминантна поликистоза периодичност и продължителност на наблюдението - два пъти годишно; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към търсене на болкова симптоматика от бъбреците, палпаторна находка, хематурия и други; необходими изследвания - изследване на сутрешна урина (белтък, седимент), рН-метрия, относително тегло, микробиологично изследване на урината; креатинин, пикочна киселина, общ белтък, Hb, Eг, СУЕ, холестерол, ехографско изследване на коремни органи и

ретроперитонеум - един път годишно; лечение и рехабилитация - симптоматично лечение на инфекциите, артериалната хипертония и хематурията, балнеолечение, а при усложнения - лечение на усложненията; диспансерно наблюдение - от нефролог.

8. Хронична бъбречна недостатъчност на консервативно лечение периодичност и продължителност на наблюдението - прегледите при болни на консервативно лечение са четири пъти годишно при стойности на серумния креатинин под 500 мкмол/л, а при болни с над тези стойности - ежемесечно; наблюдението продължава до края на живота; клиничен преглед - общ клиничен статус с насоченост към сърдечния и белодробен статус, АН, костната, мускулната система и телесното тегло; необходими изследвания - креатинин, пикочна киселина, калий, натрий, калций, фосфор, алкална фосфатаза; хемоглобин, еритроцити, хематокрит, левкоцити, тромбоцити, СГОТ, СГПТ, ГТП, серумно желязо - четири пъти годишно; холестерол, триглицериди, общ билирубин - два пъти, серологични изследвания за маркери на хепатитни вируси В и С - един път годишно; лечение и рехабилитация - нискобелтъчна диета, кетоаналози на есенциалните аминокиселини, фосфор-свързващи препарати, активни метаболити на вит.Д, еритропоедин, антихипертензивни, алкализирани; при стойности на серумния креатинин над 750 - 800 мкмол/л започва подготовка за диализно лечение, включително и траен съдов достъп за хемодиализа; диспансерно наблюдение - нефролог от извънболничната помощ (при стойности на серумния креатинин до 350 мкмол/л) и от нефролог в център (отделение) по хемодиализа (при стойности на серумния креатинин над 350 мкмол/л) съгласно Националната програма по нефрология и диализно лечение 2001 - 2005 година.

XIII. Новообразувания

Онкологични заболявания периодичност и продължителност на наблюдението - прегледи се извършват по преценка на лекаря, който провежда наблюдението, съобразно тежестта, локализацията и клиничната изява на заболяването; клиничен преглед - общ и локален статус; необходими консултации - по преценка на лекаря, провеждащ наблюдението; лечение и рехабилитация - оперативно; химиотерапия и лъчетерапия, рехабилитация. Диспансерното наблюдение и необходимите изследвания се провеждат в областните диспансери за онкологични заболявания.

Забележка: Предраковите заболявания и доброкачествените новообразувания се обособяват в рисковата група. Наблюдението се осъществява от съответния специалист по профила на заболяването. Периодичността, продължителността и показателите на изследване, както и консултациите с други специалисти са по преценка на лекаря, който провежда наблюдението.

XIV. Болести на дихателната система

Обект на диспансерно наблюдение са всички болни с различни форми на туберкулоза и последиците ѝ, както и болни със социално значими хронични белодробни болести. Честотата на контролните прегледи и продължителността

на наблюдението се определят от характеристиката на процеса. Съответно на това лицата се разпределят в 8 диспансерни групи.

1. Туберкулоза На диспансерно наблюдение подлежат болните с бактериологично или морфологично доказана туберкулоза, както и тези със съчетание на типична рентгенологична, клинична, лабораторна и имунологична характеристика, лицата с повишен риск за заболяване или рецидив и лица, при които има съмнение за туберкулоза, до отхвърляне на тази диагноза.

необходими изследвания: белодробна туберкулоза - задължителни са: Hb, Eг, Leu, Ht, СУЕ, урина, биохимия - чернодробни ензими, микробиологично изследване на храчка, рентгенография на гръден кош, вкл. томография при показания, спирометрия; извънбелодробна туберкулоза - задължителни са: Hb, Eг, Leu, Ht, СУЕ, урина, чернодробни ензими; останалите изследвания (биохимични, образна диагностика, микробиология, патоморфология и др.) се определят от локализацията на процеса; необходими консултации - при показания (за диагноза, за лечение); лечение и рехабилитация - индивидуално за всеки болен според вида и тежестта на болестта, съгласно стратегията DOTS на СЗО; диспансерно наблюдение - в пневмо-фтизиатричните диспансери в местата, където са разкрити; в населени места без диспансери това се извършва от специалист по пневмология и фтизиатрия (отделения или кабинет в многопрофилно здравно заведение, индивидуална специализирана практика). Групи за диспансерно наблюдение: Група "0" - диагностично уточняване на лица със съмнение за туберкулоза или хронична неспецифична белодробна болест; Първа група - лечение на болни с белодробна туберкулоза; Втора група - контрол след проведено лечение за туберкулоза; Трета група - контрол на преболевали от туберкулоза; Четвърта група - контрол на здрави контактни лица; Пета група - болни с извънбелодробна туберкулоза; Шеста група - лица с висок риск за заболяване от туберкулоза или рецидив на болестта. Група "0" - в нея попадат лица, нуждаещи се от диагностично уточняване и/или установяване активността на болестта. Уточняването в тази група продължава не повече от два месеца. След това здравите се свалят от отчет, а болните се прехвърлят в друга група. Не се провежда "терапевтичен тест" с туберкулозостатици. Първа група - тук се включват всички болни с активна белодробна туберкулоза, които провеждат лечение - БК положителни и БК отрицателни при директна микроскопия или посевка на храчка. Болните от първа група се подразделят на: "I-а" - Новооткрити болни (I и II категория) - нелекувани или лекувани не повече от един месец с противотуберкулозни лекарства. Тези болни провеждат интензивната фаза на лечение в стационарни условия. "I-б" - Болни, лекувани повече от месец с противотуберкулозни лекарства (II категория) и: - прекъснали леченето най-малко два месеца - БК положителни или с клинично-рентгенологични данни за активност на туберкулозния процес; - неуспех от лечението (тласък) - БК положителни след 5 или повече месеца лечение; - рецидив - болни, оздравели след пълен курс лечение, но отново БК положителни; - хронично болни - БК положителни след пълен повторен курс лечение. В амбулаторни условия наблюдението в група "I-а" включва: контролни клинични прегледи на всеки 15 дни; лабораторни изследвания за контрол на странични ефекти от лечението всеки месец (на 2 месеца интермитентно); микробиология - всеки месец до спиране на лечението; рентгенография на гръден кош - след приключване на интензивната фаза и в края на лечението. Всеки новооткрит болен с туберкулоза се съобщава в ХЕИ с

бързо известие. На всяко тримесечие се изпраща сведение в РЦЗ за включване в Националния регистър по туберкулоза. Болните от група "I-a" с успешно приключили 6-месечен курс лечение, трайно БК отрицателни и липса на активност се прехвърлят във II група. При болни от група "I-б" с персистираща каверна и БК положителни въпреки лечението наблюдението (както при група "I-a" - т. 2) продължава до обезбациляване и изчезване белезите на активност. Прехвърляне на болни от I във II група: Във II група се прехвърлят болни с успешно приключил пълен курс на лечение. При болни със значително разпространение на процеса, усложнено протичане и/или наличие на посочените рискови фактори прехвърлянето се извършва не по-рано от 6 месеца след приключване на пълния курс на лечение:

А) напреднала възраст;

Б) несистемно лечение;

В) лоша дисциплина на болния;

Г) бавно обратно развитие на процеса;

Д) вълнообразно протичане на болестта;

Е) рискови фактори за заболяване, тласък или рецидив на туберкулозата, като: силикоза, диабет, тежки нервни или психически заболявания, алкохолизъм, наркомания, имunosупресивна терапия, тежка травма, бременност и др. След сполучлива белодробна резекция при отсъствие на туберкулозни изменения в останалия белодробен паренхим болните се прехвърлят във II-ра група 6 месеца след операцията и проведен пълен курс на лечение. Втора група - болни трайно БК отрицателни и успешно приключил пълен курс лечение, без белези за активност на болестта. Болните от II група подлежат на контролен преглед веднъж на три месеца. Болните от II група се наблюдават 6 месеца (освен тези с персистираща каверна и БК отрицателни), след което се прехвърлят в III група. Болни с персистиращи каверни, но БК отрицателни, остават във II група за 12 месеца. Трета група - включва лицата, преболели от туберкулоза (клинично здрави). Клинично здрави са лицата без субективни и обективни признаци за активности, на пневмосклероза, бронхиектази, сърдечно-белодробна недостатъчност, обусловени от фиброзоциротичен процес, развил се като последица на разпространени активни туберкулозни изменения или хирургическа намеса. Лицата се наблюдават в III група 12 месеца, след което се свалят от диспансерно наблюдение. Лицата в III група се проверяват клинично и бактериологично всеки 6 месеца. Четвърта група - здрави лица, намиращи се в контакт с болни от туберкулоза в първа диспансерна група. Контактните лица се проверяват клинично и микробиологично всеки два месеца и се наблюдават през време на контакта с болен от първа група. При първия клиничен преглед се извършва:

а) рентгенография на гръден кош, реакция към ППД, микробиология, ПКК. При следващите контроли изследванията са в зависимост от здравното състояние на лицата. Като контактни се привличат и децата и юношите, които са в контакт с болни от туберкулоза, водени в I група, дори и без бацилоотделяне. При контактните лица се провеждат следните профилактични мероприятия:

а) оздравяване на туберкулозните огнища;

б) химиофилактика. Пета група - болни с извънбелодробна туберкулоза.

Според активността на процеса болните се подразделят на:

а) V-1 - активна туберкулоза;

б) V-2 - стихваща туберкулоза; в) V-3 - неактивна туберкулоза. Болните от V група подлежат на контролен преглед в същите срокове както болните

съответно от I и II, и лицата от III група. Консултации със специалисти съобразно органната локализация задължително се провеждат на всеки 3 месеца. При съчетаване на белодробна с извънбелодробна туберкулоза болният се регистрира в първа група. Шеста група - в нея се включват лица с повишен риск (вж. по-горе) развитие на туберкулоза или рецидив, както и тези с разпространени метатуберкулозни изменения. Те са показани за прилагане на химиопрофилактика. Лицата от VI група посещават диспансера два пъти годишно и по преценка на лекаря се подлагат на химиопрофилактика. Диспансерното наблюдение и необходимите изследвания се провеждат в пневмофтизиатричните диспансери.

2. Хронични белодробни болести В тази група се наблюдават болни с доказана по време на уточняване в диспансерна група "0" или от друго лечебно заведение една от следните диагнози: Хроничен бронхит Белодробен емфизем Хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ) Бронхиална астма Белодробни фибрози и грануломатози Белодробен тромбемболизъм Бронхиектазии

2.1. Хроничен бронхит, белодробен емфизем, ХОББ периодичност и продължителност на наблюдението - контролен преглед и изследвания един път годишно; клиничен преглед - пълен обективен статус с насоченост към дихателната и сърдечно-съдовата система; необходими изследвания - рентгенография на гръден кош при първото посещение, след което по показания, спирометрия - при всяко посещение; лечение и рехабилитация - съгласно Националния консенсус за ХОББ; диспансерно наблюдение - пневмолог-фтизиатър.

2.2. Бронхиална астма периодичност и продължителност на наблюдението - контролни прегледи два пъти годишно при леко и средно тежко протичане, четири пъти при тежко протичане; клиничен преглед - пълен обективен статус с насоченост към дихателната и сърдечно-съдовата система; необходими изследвания - левкоцити с диференциално броене - два пъти годишно; рентгенография на гръден кош при първото посещение, след което по показания, спирометрия - при всяко посещение; лечение и рехабилитация - съгласно Националния консенсус за бронхиална астма; диспансерно наблюдение - пневмолог-фтизиатър или алерголог.

2.3. Белодробни фибрози и грануломатози периодичност и продължителност на наблюдението - контролни прегледи ежемесечно през първите три месеца след откриването на болестта и постигането на ремисия, след което три пъти годишно; клиничен преглед - пълен обективен статус с насоченост към дихателната и сърдечно-съдовата система; необходими изследвания - рентгенография на гръден кош при първото посещение, след което по показания, спирометрия - при всяко посещение; лечение и рехабилитация - индивидуално според вида и тежестта на болестта; диспансерно наблюдение - пневмолог-фтизиатър.

2.4. Белодробен тромбемболизъм периодичност и продължителност на наблюдението - остри форми - ежемесечно, докато се провежда антикоагулантна терапия (обичайно 6 - 12 месеца след инцидента при липсващи рискови фактори), а при наличие на рискови фактори при болни с хронични форми се наблюдават до края на живота; клиничен преглед - пълен обективен статус с насоченост към дихателната и сърдечно-съдовата система; необходими консултации - кардиолог, съдов хирург; честотата на посещенията

и изследванията зависят от тежестта на протичането, наличните рискови фактори, придружаващите болести и усложненията (хронично белодробно сърце, дихателна недостатъчност) и са индивидуални за всеки болен; необходими изследвания - рентгенография на гръден кош - един път годишно; ЕКГ, ехокардиография - един път годишно; перфузионна сцинтиграфия на 3-тия, 6-ия месец, протромбиново време (АПТТ) - ежемесечно; необходими консултации - кардиолог, съдов хирург; лечение и рехабилитация - антикоагулантна терапия; диспансерно наблюдение - пневмолог-фтизиатър.

2.5. Бронхиектазии периодичност и продължителност на наблюдението - извън тласък наблюдението е 2 пъти годишно; клиничен преглед - пълен обективен статус с насоченост към дихателната и сърдечно-съдовата система; необходими изследвания - Hb, Leu с диференциално броене, Thr, Ht, СУЕ, посявка на бронхиален секрет, рентгенография - един път годишно; необходими консултации - гръден хирург; диспансерно наблюдение - пневмолог-фтизиатър.

XV. Психични разстройства

Психиатричната диспансеризация се осъществява от всички специализирани психиатрични служби (психиатрични болници, клиники, психиатри от СИМП, отделения, диспансери, психично-здравни центрове), които разработват програми за продължителна връзка с пациента извън периода на активното болнично или извънболнично лечение (т.е. извън епизод на обслужване). Програма за поддържащо лечение при шизофрения. Фармакотерапевтичен модул за обучение в социални умения, модул за социална защита, модул за семейно консултиране. Програма за противорецидивно лечение при афективни разстройства. Фармакотерапевтичен модул, психосоциален модул. Програма за медицински и психосоциални грижи при психоорганични състояния. (Вследствие напр. на болестта на Алцхаймер, мозъчно-съдова болест, епилепсия, алкохолизъм, изоставане в умственото развитие и др.). Фармакотерапевтичен модул, модул за надомни грижи, психосоциален модул.

1. Шизофрения периодичност и продължителност на наблюдението - на диспансерно наблюдение подлежат лица, чийто първи епизод на боледуване е наложил активно лечение над една година, и всички лица, приключили втори епизод на боледуване; лицата се информират за препоръчителността на дългогодишното, неограничено във времето лечение; осведомяват се за предполагаемите нежелани ефекти и им се разяснява програмата на службата за тяхното мониториране; инициатива - постига се уговорка за терапевтично поведение при рецидив или нов пристъп и за приноса на болния, близките и персонала към поддържането на контакта с пациента и в периода на пристъп; клиничен преглед - веднъж месечно - съдържателните области на интервюто включват: проверка за продромите на пристъп, за странични явления, за нивото на социално функциониране, за идеи за самоубийство или агресия; необходими изследвания - по преценка на наблюдаващия лекар, като се следва протоколът на програмата, развита от службата; необходими консултации - по преценка на наблюдаващия лекар, следва се протоколът на програмата, развита от службата; лечение и рехабилитация - следва се протоколът на програмата, развита от службата; диспансерно наблюдение - провежда се от съответната психиатрична служба.

2. Афективни разстройства периодичност и продължителност на наблюдението - на проследяване подлежат лица след втори пристъп, настъпил преди изтичането на тригодишен светъл период, след пристъп, непоследван от светъл период; след приключен пристъп, чиято лична, социална или здравна цена се преценява като много висока; срокът на противорецидивното лечение се уговаря съобразно протокола на противорецидивната програма; очаква се готовност от лицето да се ангажира за 3 - 5 години с поемане на лекарства, прегледи и лабораторен контрол с уговорка за преразглеждане на споразумението след изтичане на посочения срок; инициатива - постига се уговорка за терапевтично поведение при рецидив или нов пристъп и за принос на болния, близките и персонала към поддържането на контакта с лицето и в периода на пристъп; клиничен преглед - веднъж месечно - съдържателните области на интервюто включват: проверка за продромите на пристъп, за странични явления, за нивото на социално функциониране, за идеи за самоубийство и агресия; необходими изследвания - по преценка на наблюдаващия лекар, следва се протоколът на програмата, развита от службата; на 6 месеца се изследват креатинин, АСАТ, АЛАТ, ГГТ; при наличие на ССЗ се прилагат изискванията на раздела за ССЗ; необходими консултации - изискват се при терапевтично-резистентните случаи; по преценка на наблюдаващия лекар, като се следва протоколът на програмата, развита от службата; лечение и рехабилитация - следва се протоколът на програмата, развита от службата; диспансерно наблюдение - провежда се от съответната психиатрична служба.

3. Психоорганични състояния периодичност и продължителност на наблюдението - наблюдението продължава, докато съществува възможност за поддържане на личността в общността (до настаняване в дом); честотата на прегледите е два пъти в годината; инициатива - болният, близките, психиатричната служба; клиничен преглед - областите на оценка включват: емоционална, познавателна и паметова сфера; телесно състояние; себеобгрижване; социално функциониране; ниво на зависимост от грижи; необходими консултации - съгласно протокола на програмата, развита от службата; необходими изследвания - съгласно протокола на програмата, развита от службата; лечение и рехабилитация - съгласно протокола на програмата, развита от службата; диспансерно наблюдение - провежда се от съответната психиатрична служба.

Приложение № 4 към **чл. 15**, ал. 1

Прегледи, изследвания и консултации, които включва диспансерното наблюдение на бременните

При първо посещение до III лунарен месец: определяне наличие, топка, срок на бременността; изчисляване термин на раждане; общ преглед и консултация със съответен специалист при наличие на придружаващи заболявания; измерване на ръст, тегло, кръвно налягане, пелвиметрия; параклинични изследвания - кръвна група, Резус-фактор, Васерман, Hb, Eг, Ht, Le, СУЕ, кръвна захар, урина (белтък, седимент, бактериологично изследване - при нужда), серологично изследване за токсоплазма - при жени с повече от два

спонтанни аборта; серологично изследване за рубеола - при данни за контакт с рубеола в хода на бременността; ОГТТ (орален глюкозо толерантен тест) в случаите с предишно раждане на едър плод, предшестващо мъртвораждаване, семейна обремененост с диабет, епизоди в анамнезата за предходно нарушение на въглехидратния толеранс, вкл. и по време на бременност, раждане на дете с аномалии, наличие на глюкозурия по време на настоящата бременност, възраст на бременната над 25 години и повишени стойности на кръвната захар над 6,5 ммол/л (резултатът се консултира с ендокринолог и при нарушен глюкозен толеранс се насочва бременната за последващо наблюдение от акушер-гинеколог и ендокринолог); изследване за носителство на Австралийски антиген (при положителен резултат се предлага имунизация на съпруга, ако той е отрицателен), изследване на HIV при съгласие на бременната; цитонамазка по Папаниколау (осъществяване на "опортюнистичен" скрининг за рак на маточната шийка); изпращане за пренатална диагностика на бременните с индикации.

Наблюдение на бременните жени в хода на бременността. При протичане на бременността без отклонение се извършва по един преглед във всеки лунарен месец на бременността и по един преглед всяка седмица през последните 45 дни преди раждането. Наблюдението включва контрол на: телесно тегло; кръвно налягане; урина за белтък, седимент, захар, уробилиноген и при нужда - бактериологично изследване; червена, а при нужда и пълна кръвна картина през VI, VIII и X лунарен месец; обиколка на корема и височина на фундуса на матката; сърдечна дейност на плода (с акушерска слушалка или монитор, при наличие на такъв), влагалищен секрет при наличие на колпит или очаквано оперативно родоразрешение; положение и предлежание на плода (методи на Леополд), ОГТТ - при обременени - в 24-та и 28-а г.с.; наличието на антитела при резус (-) или АВО-несъвместимост, в следните срокове на бременността: - от 9 до 12 г.с. - на бременни с обременена акушерска анамнеза: предшестващи спонтанни аборти, мъртвораждания, раждания на деца с хемолитична болест на новороденото, установени антитела при предшестващи бременности (независимо от Rh фактора им), при предстоящи инвазивни пренатални изследвания в I-ви или II-ри триместър; - от 17 до 20 г.с. на бременни с необременена акушерска анамнеза, но с отрицателен Rh фактор; - от 26 до 28 г.с. на бременни с отрицателен Rh фактор, на които при първото изследване не са открити антитела; серологичен контрол при анамнестични данни за контакт с рубеола в хода на бременността; насочване за пренатална диагностика; ехографски преглед - от 16 до 20 г.с.; при съмнение за отклонение в протичането на бременността - допълнителни ехографски прегледи.

Приложение № 5

към **чл. 15**, ал. 3

Бременни жени, подлежащи на диспансерно наблюдение от специалист акушер-гинеколог

Наблюдение на бременността от специалист акушер-гинеколог от началото или в хода на бременността се извършва в следните случаи: хидрамнион и олигохидрамнион, многоплодна бременност, при неправилни предлежания в хода на бременността, уроинфекция и други бъбречни заболявания, жени с

хипертензивни състояния, при ИУРП (интраутеринна ретардация на плода), анемия по време на бременността, при други аномалии и заболявания, свързани с бременността, общи заболявания, придружаващи бременността, които създават рискове за бременната и/или плода - диабет, Rh-несъвместимост (при висок титър на антителата след първото изследване или предхождащо раждане с такава между майката и плода), при съмнение за отклонения при протичане на бременността, предшестващо цезарово сечение или наличие на маточен цикатрикс по друг повод, тесен таз или ПФД (пелви-фетална диспропорция), диагностицирана в хода на бременността, предшестващ стерилитет. Специалистите акушер-гинеколози извършват наблюдението, като спазват реда за прегледи и изследвания, посочен в приложение № 4. При необходимост се извършват допълнителни прегледи, консултации и изследвания съобразно патологията.