ПЕДИАТРИЯ ПЛЮС

ОНЛАЙН ИЗДАНИЕ ЗА ПЕДИАТРИ И ОПЛ

юни, брой 3|2022
WWW.PEDIATRIA-BG.EU
ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ

СЪДЪРЖАНИЕ

НА ФОКУС
Интервю с д-р Иван Маджаров 3

НОВИНИ 10

ИЗБРАНО ОТ МЕДИИТЕ 13

СЪБИТИЕ НА МЕСЕЦА
Втора научна конференция „Генетика в клиничната практика“ 17

VII Великотърновска научно-педиатрична конференция „От симптома към диагнозата” 19

ОТ ПЪРВО ЛИЦЕ
Интервю с д-р Елена Зарева-Гонгалова 23

МЛАДИТЕ ПЕДИАТРИ
Интервю с д-р Цветина Велева 31

ГРАЖДАНСКИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ
Интервю с Пламена Николова 36

ЗА ПРАКТИКАТА
Helicobacter pylori инфекцията и децата
Д-р Петьо Хаджийски 42

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ
Клиничен случай: гастро-езофагеален рефлукс и/или астма
Доц. Гергана Петрова,
д-р Димитринка Митева 46

Календар на събитията на БПА | 2022 54

Д-р Иван Маджаров:

“МАЙЧИНОТО И ДЕТСКО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ ЩЕ БЪДАТ СРЕД ПРИОРИТЕТИТЕ ПО ВРЕМЕ НА СЛЕДВАЩИТЕ ПРЕГОВОРИ”

С д-р Иван Маджаров, председател на УС на БЛС, разговаряме за педиатричните клинични пътеки, кадровия дефицит и детското здравеопазване.

СЛЕД ДОСТА УСИЛИЯ ОТ ВАША СТРАНА НАСКОРО ПОСТИГНАХТЕ СРЕДНО 30% УВЕЛИЧЕНИЕ НА ЦЕНИТЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ В ПЪРВИЧНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ, СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ И БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ. КАКВО МОЖЕ ДА СЕ НАПРАВИ ОЩЕ ПО ОТНОШЕНИЕ НА КЛИНИЧНИТЕ ПЪТЕКИ, КАСАЕЩИ ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ?

Със сигурност не е достатъчно, но пък не можем да отречем, че това е най-голямото увеличение в последните години. Мисля, че от възникване на здравноосигурителната каса досега подобно увеличение не е имало. Аз очаквам това да бъде само началото на тенденция, която да се засилва през следващите години. Още тази есен, когато отново преговаряме по НРД, ще продължим да вървим в тази посока – приоритетно извънболнична помощ и майчино и детско здравеопазване.

СЪЩЕСТВЕН ПРОБЛЕМ ЗА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ В ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ Е ЛИПСАТА НА РЕДИЦА ДИАГНОЗИ В КЛИНИЧНИТЕ ПЪТЕКИ (КП). ДРУГ ПРОБЛЕМ – В ЕДНА КП СА ВКЛЮЧЕНИ ТВЪРДЕ РАЗЛИЧНИ ПО ТЕЖЕСТ ЗАБОЛЯВАНИЯ…

Това е проблем не само в педиатричните клинични пътеки, а и във всички специалности. Винаги, когато влизаме в преговори, призоваваме всички колеги от специализираните бордове да направят конкретни предложения за изваждане на кодове от една пътека и поставянето им в друга. Не само в педиатрията, но и във всички специалности пътеките, за които изискваме най-високи цени, трябва да се прецизират и да оставим само тези неща, които наистина са по-тежки и енергоемки като ре-

сурс. Те в повечето случаи са и по-редки, което значи, че не е проблем да бъдат и по-добре заплатени. Реално, тези състояния могат да бъдат лекувани в няколко болници в страната. Пример за това е и Педиатричната болница в София - тя се занимава със случаи, които никой друг не може да поеме и да лекува.

През есента, когато започваме разговорите по тригодишното НРД, е моментът, в който може да се опитаме да разрешим част от проблемите. Много е важно колегите от всяка специалност да направят добре обмислени, конкретни и аргументирани предложения, с които да постигнем успех в преговорите. Практиката показва, че не става само с „ние искаме, дайте ни". Ако просто смятаме, че някой е длъжен остреща да се съобрази с нас, тогава неуспехът е гарантиран, годините го показаха...

ДЕЦАТА СА БЪДЕЩЕТО НА ЕДНА НАЦИЯ И БИ СЛЕДВАЛО ДЪРЖАВАТА ДА СЕ ПОГРИЖИ ЗА ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ. КАК СМЯТАТЕ - ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ НАИСТИНА ЛИ Е ПРИОРИТЕТ ЗА УПРАВЛЯВАЩИТЕ?

Това колко деца има в България не зависи само от лекарите, а трябва да има по-висока раждаемост... По отношение на колегите педиатри, които се грижат за здравето

на децата ни, мога да кажа, че държавата от години ги е изоставила и извършва социална политика на техния гръб. Педиатрията е единствената специалност, в която всички прегледи изцяло са освободени от потребителски такси – това го знаем всички. Тази година за първи път постигнахме диференцирано заплащане в извънболничната помощ за специализиран преглед на деца. Това е първата стъпка. Следващата стъпка трябва да бъде, ако държавата продължава да настоява децата да бъдат освободени от потребителска такса и не може да заплаща, все повече да нараства разликата между прегледа на дете и прегледа на възрастен. Тоест, ако няма потребителска такса при деца, трябва да е по-висока цената на прегледа, която Касата заплаща на колегите педиатри.

СПОРЕД ВАС КОИ СА НАЙ-ПРОБЛЕМНИТЕ ТОЧКИ В ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В БЪЛГАРИЯ?

Мисля, че колегите педиатри трябва да посочват проблемите на своите научни конференции и да ни ги подават, защото те най-добре ги знаят, тъй като ежедневно се сблъскват с тях... Като страничен наблюдател мога да кажа, че вероятно все по-трудното обезпечаване с кадри – лекари и специалисти по здравни грижи, е един

от най-сериозните проблеми. Не е тайна, че с деца се работи трудно. Те са един от най-чувствителните пациенти, изискват повече усилия, повече внимание, повече грижи...

В момента се наблюдават много звена, в които специалистите по здравни грижи и педиатрите са в пенсионна възраст... По отношение на педиатрите кадровият проблем е по-малко притеснителен, защото все още има кандидати, които да се обучават за лекари - достатъчно е да се увели броят на приема и да се подобрят условията на специалността педиатрия. При специалистите по здравни грижи обаче проблемът е доста по-сериозен. Положението е направо катастрофално. Те са по-малко, отколкото са лекарите, а трябва да са минимум два пъти повече. За да се реши този проблем, се изискват тежки решения. Трябва да се създадат специални условия, които да са привлекателни за бъдещите специалисти по здравни грижи още по време на обучението. Това включва напълно безплатно обучение, стипендии, осигуряване на общежития, практически изцяло държавна издръжка за тези, които искат да станат специалисти по здравни грижи. Това е спасението. Няма как да стане по друг начин. Разбира се, ако желаеш да се възползваш от тези привилегии,

след това трябва да сключиш с държавата договор и да работиш по специалността си поне няколко години.

НЯМА КАК ДА НЕ ВИ ПОПИТАМЕ И КАКВО Е ВАШЕТО МНЕНИЕ ПО КАЗУСА С ИЗГРАЖДАНЕТО НА НАЦИОНАЛНА ДЕТСКА БОЛНИЦА.

Аз съм израснал в онова време, в което националната педиатрична болница беше наистина национална и републиканска. От такава имаме нужда и днес – в България трябва да бъде построена една съвременна републиканска детска болница, в която да се лекуват всички деца на България, които са с казуси и с диагнози, с които не могат да се справят клиниките в останалата част на страната, дори и тези с трето ниво на компетентност.

Сред обществото се създава едно очакване, че това едва ли не ще бъде спешната детска болница на София, в която ще има 20-30 кабинета, които да могат да покрият столицата. Не мисля, че една болница, която ще наричаме национална детска болница, би трябвало да лекува само децата на София, при положение, че в града има много детски клиники. Няма приемно отделение на двумилионен град, което може само да се справи с поток от остри случаи, а при децата почти винаги говорим

за неотложност. Големият въпрос е какво правим с дете, което има диагноза, която е рядка, трудно се диагностицира, изисква продължително лечение и наблюдение. В този смисъл моето мнение за детската болница е леко встрани от създалата се представа. Смятам, че тази посока е леко заблуждаваща. Нещо повече, тя не е от полза на колегите от Педиатрията в София, защото те не са виновни, че последните 20 години от висококвалифицирани специалисти, специализирани в най-тежките заболявания, ги принудиха да си вадят хляба, като лекуват малки пациенти с обща патология. Държавата трябваше да остави тази болница още в началото, преди старта на реформата, като болница на специално, отделно финансиране. Това е истината. Надявам се, рано или късно, това отново да се случи.

КАКВО ЩЕ БЪДЕ ПОСЛАНИЕТО ВИ КЪМ ЛЕКАРИТЕ, РАБОТЕЩИ С ДЕЦА?

На първо място да са здрави и да вярват, че ние правим всичко възможно да подобрим условията, при които работят. Аз съм сигурен, че те обичат работата си. Няма педиатър, който да практикува работата си с безразличие. Пожелавам им да бъдат все така внимателни и полезни за своите малки пациенти.

ВСЯКО БЕБЕ Е БЕЗЦЕННО

На 13 май 2022 г. Комисията по здравеопазването към Народното събрание бе домакин на междуинституционална работна среща, посветена на майчиното и детско здраве, под надслов „Всяко бебе е БЕЗценно". Целта на срещата бе да бъдат представени становищата на медицинските специалисти и експертите по темата и да бъдат набелязани конкретни действия за преодоляване на негативните здравни тенденции в областта на майчиното и детско здраве, свързани с непроследените бременности. БПА бе представена от проф. Анна Кънева и проф. Стефан Стефанов. Срещата завърши с единодушие, че е необходима спешна промяна в законодателството, бяха поети и конкретни ангажименти за изготвяне на проект на текстове.

СТАНОВИЩЕ НА БПА

Председателят на УС на БПА проф. Иван Литвиненко изпрати писмо до г-н Асен Василев, заместник-министър председател по еврофондовете и министър на финансите, до проф. Асена Сербезова, министър на здравеопазването, и доц. Ангел Кунчев, главен държавен здравен инспектор във връзка с антибиотичната резистентност.

В писмото се казва: „През последните години резистентността на микроорганизмите с клинично значение към антимикробните средства се превърна в един от най-значимите проблеми за медицината и обществеността здравеопазване, към който БПА не може да остане безучастна.

Считаме, че практично и работещо решение на този проблем би могло да се намери със създаване на Национална програма за прилагане на стратегически антибиотици в болничната сфера, администрирана от НЗОК и финансирана от бюджета на МЗ. Такава програма трябва да се съпътства от научно-обосновани включващи и изключващи критерии за прилагане на стратегическите антибиотици, за да се избегне тяхното компрометиране като единствен избор на терапия при животозастрашаващи инфекции."

Пълният текст на становището: pediatria-bg.eu

Frisolac Lactose Free

- Мляко за кърмачета с лактозен интолеранс*
- За възстановяване от остра диария

Цинк:
Намалява тежестта и продължителността на диарията и допринася за по-цялостно освобождаване от патогените.[19]

МСТ:
Средноверижните триглицериди с повишена плътност на хранителни вещества и калорийна стойност, осигуряват бърз източник на енергия, без допълнителен стрес за червата.[17]

Желязо:
Оптималното съдържание на желязо осигурява правилния растеж и развитие на кърмачетата, без риск от пролонгиране на инфекциозната диария.[18]

Въглехидрати:
Лактозата се заменя с глюкозен сироп, за да се осигури доставянето на достатъчно енергия.[8]

Съставки, подпомагащи имунитета:
Холинът[10], Витамин B6[11], Фолиевата киселина[12] и Нуклеотидите[20] осигуряват защита срещу възпалителни процеси, поддържат имунната функция и подсилват възстановяването на чревния епител.

Инулин:
За подпомагане на храносмилателната система.[14]

Нишесте:
Доказано намалява риска от неуспех (компрометиране) на рехидратиращата терапия чрез бавно освобождаване на глюкоза, която транспортира натрий и вода без намаляване на осмоларитета.[15,16]

Производител: FrieslandCampina, Холандия
Представител: СБМ Интернешънъл, София 1766
ул. „Бизнес Парк София" № 1, сграда 2, офис 301, **тел.:** 02/489 99 34
Email: sbm@sbm-bg.eu

FrieslandCampina

* Съгласно изискванията на Делегиран регламент (ЕС) 2016/127 безлактозните формули са млека за кърмачета, а не диетични храни за специални медицински цели и са неподходящи за прилагане при галактоземия.

ПРОФ. ИВАН ЛИТВИНЕНКО: СТРАХЪТ, ФИНАНСИТЕ И БЕЗПОЩАДНОСТТА НА ОБЩЕСТВОТО РАЗКОЛЕБАВАТ МЛАДИТЕ ЛЕКАРИ ОТ ПЕДИАТРИЯТА

Zdrave.net

"Всички управници декларират, че майчиното и детското здравеопазване са им приоритет, но само на думи... Факт е, че педиатрите и сестрите в педиатричната болнична помощ са абсолютен дефицит. Известно е каква е средната възраст на сестрите, които ги има сега. Реално никой не си дава сметка, че след

няколко години, колкото и да им се работи, те няма да могат да го правят и тогава, поради липса на тези кадри, няма да могат да функционират ред структури.

По отношение на лекарите педиатри има няколко определящи аспекта, които обясняват защо няма интерес към тази специалност. Единият е, че малко студенти имат нагласата и желанието да работят с деца в ранната фаза на своето обучение. Една част от колегите попадат в специалността случайно, а после остават в нея, но повечето се страхуват от работата с деца. Втората съществена причина е липсата на стимул. Всеки колега се измерва с колегите си на своята възраст и няма как да предпочете специалност, в която лекарите са дисквалифицирани по отношение на заплащането."

Д-Р СТОЯН ПЕЕВ Е „ГЕРОЙ НА ДЕЦАТА“

nmd.bg

Д-р Стоян Пеев от Отделението по детска урология в УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ получи наградата „Герой на децата“ на дванадесетото издание на инициативата „Златна ябълка“ на Националната мрежа на децата.

Зад номинацията стоят малките пациенти на д-р Пеев и техните родители, казват организаторите. Според тях той не просто оперира деца с тежки диагнози, а е и активен гражданин, който като експерт помага на редица инициативи на родителски и пациентски организации.

От 2001 г. д-р Пеев работи в УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“, а от 2018 г. е ръководител на детското урологично отделение. Пръв у нас въвежда инвазивната видеоуродинамика при проследяването и лечението на деца с неврогенен пикочен мехур (едно от усложненията спина бифида). Той наложи и метода чисти интермитентни катетеризации за контрол над инконтиненцията.

ДОБРОВОЛЦИ ОБНОВИХА ДЕТСКОТО ОТДЕЛЕНИЕ НА БОЛНИЦАТА В АЙТОС

Nova Tv

Детското отделение на Многопрофилната болница в Айтос се превърна в първата „Светулка" на фондация „За доброто" - проект, насочен към обновяване на отделения в редица лечебни заведения в страната.

След близо три месеца ремонт стаите и общите помещения в детското отделение са обновени. Сменени са електрическата инсталация, подовите настилки, обзавеждането, посочи началникът д-р Милена Марковска. Предстои закупуването и на още медицинско оборудване. Всяка стая е в различен цвят и си.

Новият вид на отделението е благодарение на доброволен труд и дарения от партньори на фондацията. Общата стойност на ремонта, медицинското оборудване и обзавеждането е 71 900 лв.

Втора научна конференция „Генетика в клиничната практика“

По инициатива на Фондация „Знанието дарява живот“ в периода 2-5 юни 2022 г., в х-л Белвил, к.к. Дюни, ще се проведе Втора научна конференция „Генетика в клиничната практика“.

Целта на конференцията е популяризиране на най-новите научни открития в областта на клиничната генетика и геномика и приложението им в ежедневната практика на различните медицински специалности. Научният форум е фокусиран върху най-новите открития в етиологията и патогенезата на генетичните нарушения, най-новите разработки в генетичните тестове и

скрининг, ролята на лабораторията в диагностиката на генетичните заболявания, лечението на генетичните заболявания при деца и възрастни.

Научната програма на „Генетика в клиничната практика", включва пленарни лекции, научни сесии (генетика и нефрология, генетика и неврология, генетика и кардиология, генетика и гастроентерология, генетика и онкохематология, генетика и ендокринология, метаболитни болести), диагностични дилеми, сателитни симпозиуми и училище по клинична генетика. Научният комитет на конференцията е с председател доц. Даниела Авджиева-Тзавелла и членове: проф. Албена Тодорова, проф. Алексей Савов, проф. Венета Божинова, проф. Виолета Йотова, проф. Ива Стоева, проф. Ивайло Търнев, проф. Иван Иванов, проф. Иван Литвиненко, проф. Людмила Ангелова, проф. Миглена Георгиева, проф. Савина Хаджидекова и проф. Стефан Стефанов.

Конференцията е насочена към специалисти по генетика, педиатри, специализанти и докторанти по генетика, педиатри, специализанти и докторанти по педиатрия и общопрактикуващи лекари.

Очаква се във форума да вземат участие над 200 медицински специалисти.

VII Великотърновска национална научно-педиатрична конференция „От симптома към диагнозата”

В периода 10-12 юни 2022 г. ще се проведе VII Великотърновска национална научно-педиатрична конференция „От симптома към диагнозата”, която се организира под егидата на Катедрата по педиатрия към МУ- Плевен и Отделението по педиатрия при МОБАЛ „Д-р Ст. Черкезов” - Велико Търново.

Броени дни преди научната проява разговаряме с д-р Валентин Точков, организатор на конференцията.

Д-р Точков, разкажете ни по-подробно за това как ще протече тазгодишното, сед-

мо поред издание на конференцията?
Очакваме около 250-300 участници, ще бъдат изнесени 45 презентации, като научната програма покрива всички области на педиатрията и неонатологията – пулмология, гастроентерология, кардиология, неврология, детска хирургия, вродени заболявания, нефрология, ендокринология, неонатология... Ще има лектори от всички вузове в страната.

С каква вашата конференция е по-различна от другите?
По традиция Великотърновската национална научно-педиатрична конференция набляга най-вече на практическата педиатрия и представянето на клинични случаи, които биха помогнали в ежедневната практика на медицинските специалисти.

Вече седем години организирате конференцията, каква е равносметката за тези години?
За тези години винаги досега сме се старали да покажем всички новости в педиатрията и неонатологията. И мисля, че се справяме успешно.

Паниката от „големите изненади“

Pampers

Знаете ли кои са най-големите притеснения на родителите в Европа, *когато се разхождат навън* с техните бебета?

#1 **43%** от родителите се притесняват, че няма къде да сменят пелената на бебето

#2 Повече от **една трета от родителите (37%)** се притесняват от **пропускане на пелената**

Когато „големите изненади“ атакуват

Почти половината (45%) казват, че трябва да се справят с бъркотията от пропускането на пелената *поне няколко пъти в седмицата*

При повече от половината родители (54%),

пропускането на пелената основно се случва на гърба. При **7%**, пропускането дори е стигнало до косата на бебето!

Най-големите притеснения

Когато „големите изненади“ настъпят **те смущават** времето на мама, татко и бебе и прекъсват спокойния сън

57% от родителите **се притесняват,** че пропускането на пелената прекъсва времето за сън и игра на бебето

45% се притесняват, че бебето им се чувства **некомфортно**

34% дори им е **тъжно** за бебето им

75% от родителите са съгласни, че липсата на протичане на пелената ще направи живота на бебето по-добър

Представяме пелените Pampers Pants с новия джоб за

НОВО

задържане и защита

Революционният джоб за задържане и защита на Pampers® защитава от **пропускане на пелената,** което означава по-малко прекъсвания и повече време за игра и за двама ви.

Основни характеристики

Джоб за задържане и защита **предотвратява протичането** на пелената

360° прилягане

Подобрен страничен шев за **супер бърза** смяна на пелените

Двойни маншети за **предотвратяване на протичането** около краката и Супер абсорбиращата сърцевина, която поддържа кожата суха

Индикаторът за урина*

Индикаторът за урина казва на родителите, че е **време за смяна**

Само при Pampers Premium Pants и Pampers Night Pants

В Pampers знаем, че протичането на пелената е едно от нещата, което най-много притеснява родителите, когато са навън. Нашата мисия е да премахнем страха от бъркотията в пелените.

Не се страхувай от „големите изненади“!

Pampers

Заедно правим света на бебетата по-добър

* Research by OnePoll with 5500 EU parents of children aged 0-3 April 2021

Д-р Елена Зарева-Гонгалова завършва медицина в МУ-Плевен през 2010 г. След това близо две години работи в спешна помощ – ФСМП-Горна Оряховица. От 2012 до 2016 г. специализира педиатрия в УБ „Лозенец". През 2016 г. придобива специалност, а от януари 2017 г. започва работа в детското отделение на МБАЛ „Св. Иван Рилски" в Горна Оряховица. От края на същата година работи и на кабинет. От края на 2018 до началото на 2021 г. д-р Зарева е в отпуск по майчинство, но понастоящем отново работи в отделението и на кабинет.

Д-р Елена Зарева-Гонгалова:
„ПЕДИАТРИЯТА ИЗМОРЯВА ФИЗИЧЕСКИ, НО ЗАРЕЖДА ДУШАТА"

Какво е да бъдеш педиатър през 2022 г. в България?

Да си педиатър винаги е било изключително отговорно. Специалността изисква много широки познания както за болното, така и за здравото дете в различните възрасти. Да познаваш психиката на децата, да имаш индивидуален подход към всяко и най-вече да ги обичаш. Чувала съм много колеги от други специалности да се шегуват, че ние лекуваме само сополи, но въобще не е така. През 2022 г. да си педиатър в България става още по-сложно – не само заради дефицита на кадри, калпавата система и лошото финансово състояние, а и с оглед на последиците от пандемията с Covid-19 – MIS-C синдромът, а също и последствията от променения начин на живот изправят педиатъра пред нови предизвикателства.

Как и защо избрахте тази професия?

Мечтаех да бъда лекар още от ученическите си години, исках да помагам на хората. По време на следването много харесвах педиатрията, но не мислех да специализирам това. Когато завърших, започнах работа в спешна помощ в Горна Оряховица и осъзнах, че работата с деца ми носи истинско удовлетворение и това е моето призвание. Педиатрията е специалност, която доста

изморява физически, но за щастие в повечето случаи зарежда душата.

А как взехте решение да практикувате не в София, където сте специализирали, а в по-малък град, какъвто е Горна Оряховица?

Аз бях една от трите кърсметлийки, приети през 2012 г. да специализират в клиниката по педиатрия на УБ „Лозенец" (след няколко нулеви години в страната, се отпускаха единични бройки за специализации). Там попаднах на много добри специалисти, които ме научиха на много неща. Имах възможността да обиколя и другите детски клиники, да видя и науча много, да срещна много качествени колеги – както светила в областта, така и млади колеги. Но никога не съм искала да остана да живея в София. Забързаният ритъм на ежедневието и големите разстояния винаги много са ме потискали. Съпругът ми също е от Горна Оряховица – това, както и фактът, че вече бях работила там, натежа да избера точно този град.

Работата на педиатъра в малкия град различава ли се от тази в големия?

Да си педиатър в малкия град се различава доста от това да си в големия. Да, децата и болестите са едни и същи, но възможностите ни са различни. Най- големият проблем

според мен е липсата на тесни специалисти и възможността за консултация. Ще дам пример - за цялата великотърновска област има един-единствен детски пулмолог. Детски гастроентеролог, невролог и ендокринолог няма. Най-близко такива има в Плевен, където е и единственият детски кардиолог, който гледа детска ехокардиография. Можете да си представите и каквo чакане е да се запише час за консултация. Също така по-голямата част от пациентите, с които работим, са от семейства с много нисък социален статус и това влошава качеството на лечението.

Друга основна разлика е, че в общинските болници дежурният педиатър обикновено поема и родилна зала и изпълнява функцията на неонатолог. За мен това е един от най-стресиращите моменти.

Как успявате да съвместите работата си и това да бъдете майка?

Честно казано, ако не са бабите, не мисля, че бих се справила. Майка ми е все още работеща, но тя е човекът, който ми помага най-много с детето. Направо не знам как се справят колегите с малки деца, на които няма кой да помага, особено в големите градове, където приемът в ясла и градина е направо късмет.

Нуждае ли се детското здравеопазване в България от промени и в каква насока?

Много се говори по темата, но малко се прави. Българските деца и техните родители имат болезнена нужда от качествена Национална детска болница. Освен нуждата от средства в сферата на детското здравеопазване, е нужна и добра организация. Трябва да се обърне внимание на профилактиката, и то не само на хартия. Болничното лечение, с така формулираните клинични пътеки, кара българският лекар или да „лъже" Касата, за да изпълни изискванията й, или да е в ущърб на пациента в някои случаи. Нужна е промяна и в обучението по педиатрия. Нуждата от финансова обезпеченост на работещите в сферата на детското здравеопазване дори няма да я коментирам... Смятам, че в момента огромният труд, големите сърца и личните познанства на медиците в България са нещата, поддържащи системата.

Имате ли случай, който няма да забравите никога?

Според мен всеки лекар помни цял живот тежките и фатални случаи. За щастие в педиатрията имаме и много весели моменти с нашите пациенти.

Няколко месеца след като започнах работа в болницата в Горна Оряховица през нощта ме извикаха в родилна зала - преждевременно раждане, момченцето беше с тегло 1010 г, в депресивно състояние. Никога досега не бях реанимирала толкова малко и недоносено бебе. Мислех, че няма да оцелее. С помощта на реаниматора го интубирахме и поддържахме 30-40 мин. до идването на екипа от неонатологията във Велико Търново, където беше преведено. Знаех, че там е било няколко дни и след това е преведено в неонатологията в Плевен, след това нямах никаква информация за него. Често съм се чудила какво ли е станало с това дете и съм се молила, ако е оцеляло, то да не е тежко увредено. Преди два месеца в родилното приеха жена, която споделила за проблемното първо раждане - историята, която ви разказах. Оказа се, че мъничето, което се бе вкопчило в живота, вече е 4-годишен здрав юнак. Майката ни показа и снимки. Очите ми се насълзиха от радост. Това е едно от онези чудеса на медицината и на живота, които ни дават надежда и смисъл в това, което правим.

Д-Р ЗАРЕВА ОТБЛИЗО

Обичам работата си, защото... изпитвам удовлетворение от това, което правя.

Талантът, който мечтая да имам, е... да пея хубаво (пея ужасно фалшиво дори „Зайченцето бяло")

Най-голямото ми постижение в професионален план... детето ни.

Чувствам се щастлива, когато... съм със семейството си и когато съм помогнала на някого.

Вдъхновявам се... от знаещите и можещите хора.

Последната книга, която прочетох... „Магазинчето за чай и щастие".

Музиката, която харесвам... според настроението, имам любими песни от всякакви стилове.

Релаксирам, когато... се разхождам сред природата, занимавам се с цветята ми или като гледам медицински сериали...

Хобито ми е... рисуването върху стъкло и фотографията.

Вярвам, че... най-хубавото предстои.

БПА

WWW.PEDIATRIA-BG.EU

· НОВИНИ · ИНТЕРВЮТА · СТАНОВИЩА · СЪБИТИЯ · СТАТИИ

Д-р Цветина Велева:
„Педиатърът трябва да знае и да може всичко“

Д-р Цветина Велева завършва Медицински университет – Плевен през 2013 г. и стартира професионалното си развитие в Спешно отделение на УМБАЛ „Света Анна“ – София. В периода 2014-2018 г. работи и специализира педиатрия в същото лечебно заведение, като декември 2018 г. придобива специалност по педиатрия. От 2019 до 2020 г. е ординатор в Отделението по педиатрия на УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“, а от 2020 г. д-р Велева става част от екипа на Отделението по клинична генетика на СБАЛДБ „Проф. д-р Иван Митев“. През юни 2020 г. започва втора специализация по медицинска генетика и една година по-късно печели конкурс за асистент в Катедра „Педиатрия“.

Как се насочихте към тази трудна професия? Защо решихте да бъдете лекар?

Като често боледуващо дете първият ми сблъсък с медицината беше още в ранна училищна възраст. Още тогава проявявах интерес и се справях добре с медицинските манипулации и някак си пораснах с идеята, че това би било нещо, в което ще съм добра.

Имате придобита специалност по педиатрия, която, както знаем всички, е една от най-нежеланите медицински специалности... Коя бе причината да изберете именно тази специалност?

Специалността също съм я избрала още в детските години, защото вярвах, че педиатърът е човек, който трябва да знае и може всичко, да може да се грижи и за малки, и за големи. По време на следването си тези ми убеждения само се потвърдиха.

Лично за вас какво е педиатрията?

Педиатрията е призвание, взима много, но ти дава повече.

Педиатърът според вас трябва да е...

Задължително трябва да бъде много добре подготвен теоретично и практически, съвестен, емпатичен, упорит в следването на целите си и безкомпромисен в спазването на принципите си, смел и решителен в критични ситуации.

Вярват ли ви пациентите, когато ви видят колко сте млада?

По отношение на връзката лекар – пациент според мен водещо е отношението. Най-страхотното нещо в нашата работа е пациентът, децата обичат да комуникират с млади хора, така че младите лекари са много добре приети, а родителите обичайно реагират положително, когато видят, че наистина те е грижа за детето им.

В момента специализирате генетика. С какви трудности се сблъсквате като специализант? Как съвместявате работата с ученето?

След специализацията по педиатрия, намирам специализацията по генетика за добре организирана. Немалка част от модулите карам в структурата, в която работя, а именно Отделението по клинична генетика на СБАЛДБ „Проф. д-р Иван Митев“.

Кои са най-големите проблеми на детското здравеопазване в България?

При условие, че проблеми има в здравеопазването изобщо, няма как детското здравеопазване да прави изключение. Един от най-големите проблеми, който все повече се задълбочава, е кадровият дефицит.

Какво искате да се промени, в частност – вие да промените?

В днешно време очакванията към лекаря са много големи – освен към неговата професионална квалификация, също и към поведението и отношението му към пациента. Следва да

има приемственост между мотивираните млади специалисти и опитните колеги, да има повече възможности, а също и изисквания за непрекъснато поддържане и повишаване на квалификацията на лекаря. Добре би било да има промяна и в пациентите, в частност родителите – когато вземат решение да имат деца, да се подготвят теоретично за родителството и какви рискове да очакват при бебе и малко дете в дома, може би под формата на обучение от ОПЛ, курсове, а защо не и образователни програми по телевизията за повишаване на здравната им култура.

Смятате ли, че имаме нужда от Национална педиатрична болница?

Абсолютно е задължително.

За какво мечтаете като млад, но вече с доста опит специалист?

Мечтая за работа в спокойна и сигурна среда, в която единственото, за което да мислиш, е как да бъдеш полезен на пациента си. Искрено се надявам да предстоят по-добри дни за всички нас, да бъдем здрави и удовлетворени.

Danonino

ЗДРАВОСЛОВНА* НАПИТКА ЗА ДЕТЕТО ВЗЕМИ – ЗА ПОВЕЧЕ ИГРИ!

NUTRI-SCORE

A B C D E

ОПИТАЙ НОВАТА НАПИТКА!

*Напитките Данонино са източник на калций и витамин D. Калцият и витамин D са необходими за нормалния растеж и развитие на костите на децата. Разнообразната и балансирана диета и здравословния начин на живот са от важно значение.

Пламена Николова: „Необходим е цялостен анализ на нуждите на детското здравеопазване“

Наскоро Национална мрежа за децата (НМД) представи единадесетото издание на мониторинговия доклад „Бележник: Какъв е средният успех на държавата в грижата за децата?”, който оценява напредъка на държавните политики за деца чрез анализ, основан на факти и данни в 9 области. Според Бележника общата оценка за работата на държавата и институциите през 2021 е среден 3.18, като най-високи резултати се отчитат в област „Образование“ – 3.65, а най-ниски – в област „Спорт, отдих и свободно време“ – 2.98.

За тазгодишния доклад и за нуждата от промяна в политиките, касаещи детското здраве, разговаряме с Пламена Николова, директор „Политики за децата“ в Национална мрежа за децата.

Вече повече от десет години Бележникът оценява детските политики, като резултатите винаги са били оценка „Среден 3“ (плюс-минус). Как си обяснявате това и какъв е пътят към постигане на по-високи оценки?

Ако сравним оценките от мониторинговия доклад Бележник с тези от обучението на един ученик в училище, постоянното получаване на оценки „Среден 3" може да е знак за поне две неща - системна липса на ангажимент и чувство на принадлежност и интерес на ученика към образованието и системна липса на ангажимент и разбиране на проблемите на ученика от страна на учителите му и образователната среда. В този смисъл, ако държавата повече от десет години е в ролята на тройкаджия в грижата си за децата, то явно говорим за напълно скъсана връзка както по отношение на политическата воля да се работи последователно за подобряване на благосъстоянието на децата във всички сфери, така и по отношение на очакванията на хората към същата тази система, че тя е способна да предложи качествени услуги и да развие цялостна политика за подкрепа на децата и семействата. Пътят за постигането на по-високи оценки, които, в крайна сметка, са само едно числово изражение на това какво реално се прави за децата, е, първо, поемане на този политически ангажимент, че ще се работи реално, извън простото заявяване в рамките на предизборни кампании колко са ни важни децата, а с ясни цели и мерки, и второ - поставянето на всички детски политики в рамките на обща визия и стратегия. Едва сега, след 3 години пропуснати шансове, се възобновява работата по Стратегията за детето, а все още

нямаме дори започнат обществен дебат за Визия за семейна политика. Съществуването на подобни документи е особено важно, за да може всички политики да работят в консенсус, крос-секторно и изцяло да обхващат подкрепата на децата и семействата според техните конкретни нужди. Към момента, дори и там, където имаме нещо функциониращо, то се случва изолирано и на парче, а така е невъзможно да се подсигури наистина ефективна грижа. На детските политики трябва да се гледа в цялост, която обхваща образованието, здравето, социалните дейности, детското участие, закрилата на детето и с визия за десетилетия напред. Нямаме нужда от още гасене на пожари, а от култивиране на системи и услуги.

Каква е оценката тази година в област „Детско здраве" и какво показва анализът – кои са най-проблемните звена?

Оценката в област Детско здраве е 3.17, за съжаление, в контекста на затихващата пандемия може да се отчете, че регионалните различия и неравенствата в достъпа до здравеопазване за децата се задълбочават още повече, въпреки че на хартия всички деца в България са здравноосигурени и би трябвало да получават еднакви грижи. На практика обаче съществуват редица проблеми, свързани както със социално-икономическото положение на семействата, като

осигуряването на лекарства и доболнична помощ, така и с чисто структурни и кадрови проблеми в системата като недостига на редица специалисти в тесните педиатрични специалности, липса на лични лекари за децата, изключително острия проблем с медицинските сестри дори и в болничните заведения, липсата на достатъчно качествени услуги, вкл. мобилни такива за децата, живеещи в отдалечени райони. Неравенствата в достъпа до майчино и детско здраве и проследяването на бременността, както и неонатологичната и ранната детска грижа водят до показатели в областта на детската смъртност в определени региони, които в пъти надвишават средните нива за ЕС, както и до изключително сериозни последици за здравето и живота на децата, които се раждат с увреждания и за които няма подходящи грижи. Все още нямаме Национална педиатрична болница, но още по-важна и предхождаща нейното изграждане е необходимостта от цялостен анализ на нуждите на детското здравеопазване, от който да разберем какви и къде са реалните потребности и как те трябва да бъдат адресирани, за да се изравни и постигне високо качество на услугите и достъпа навсякъде в страната. Като специфичен и допълнителен проблем, породен от пандемията, може да се изтъкне и влошаването на ваксинационното покритие, както и спадът в доверието и към конвенционалните ваксинации, извън тези срещу

КОВИД-19, вследствие на силната дезинформация, което е изключително тревожно явление и на фона на бежанската вълна и се нуждае от специално проследяване и овладяване от страна на държавата.

Какви цели си поставя за тази година НМД по отношение на политиките, свързани с детското здраве?

Продължаваме да се застъпваме за всички описани по-горе реформи в детското здраве – подобряване на достъпа, подобряване на обхвата и качеството на майчиното здраве и проследяване на бременните и новородените. Настояваме пред Министерство на здравеопазването за изготвяне на анализ на детското здравеопазване, върху който да стъпи и бъдещата идейна концепция и конкурс за изграждане на Национална детска болница, но и дългосрочен план за развитие на педиатричната грижа и, разбира се, изключително важната и спешна реформа в кадровата политика в педиатрията.

Наскоро проведохте среща с новото ръководство на БПА. Около кои идеи се обединихте?

С БПА разговаряхме много подробно около проблемите, свързани с финансирането на детското здравеопазване и възможностите за съвместно застъпничество, с помощта и на Парламентарна група за децата – инициатива на НМД и народни представители, посветени на подобрява-

не на детското благосъстояние, за промяна в механизмите на обезпечаване както на болничното лечение, така и най-вече на превенцията и профилактиката, които са ключови за успешното израстване на децата и за смисленото функциониране на всяка здравна система, която иска да залага на здравето на своите граждани, а не да върви след проблемите, когато те вече са възникнали. Друга тема, около която се обединихме, е ваксинопрофилактиката и здравната информираност и доверие на родителите към лекарите и медицинския персонал, за да имаме здрави деца, които се нуждаят от лекарска помощ само в редки случаи.

HELICOBACTER PYLORI ИНФЕКЦИЯТА И ДЕЦАТА

Д-р Петьо Хаджийски
Клиника по детска гастроентерология,
СБАЛДБ „Проф. д-р Иван Митев“,
МУ – София

Заразяването с Helicobacter pylori (H. pylori) е причина за една от най-разпространените хронични бактериални инфекции. Почти половината от населението е инфектирано с тези бактерии. Оставени без лечение, те персистират в стомашната лигавица, много често до края на живота.

През 1979 г. австралийският патолог Робин Уорнър „преоткрива“ и съвместно с микробиологът Бари Маршал през 1981 г. изолират и култивират микроорганизмите в проби от човешка стомашна мукоза [12]. Това променя съществено подхода при лечението на язвената болест и хроничния гастрит.

H. pylori са Грам-отрицателни микроаерофилни бактерии, колонизиращи стомашния тракт на човека и са свързани с развитието на хроничния гастрит, пептичната язва, стомашния карцином и лимфома на мукоза-асоциираната лимфна тъкан (MALT). В момента СЗО приема H. pylori като канце-

роген от първа група, свързан с аденокарцинома на стомаха и не-Ходжкиновия лимфом. [8, 11, 19].

Инфекцията с H. pylori обикновено е доживотна, това предполага силна приспособеност на микроорганизма към естественото му местообитание, а именно мукозния слой, покриващ стомашните епителни клетки.

Съществуват широки вариации в честотата на инфекцията сред различните континенти, страни и социални групи. Патогенетичните механизми, с които H. pylori инфектира стомашната лигавица, не са напълно изяснени, но инфекцията се среща почти винаги само при хората [7]. Заразяването обикновено става в първите пет години от раждането [23, 25]. До 10-годишна възраст повечето от децата в развиващите се страни са заразени с H. pylori. Неотдавнашно проучване показва, че честотата на инфекцията с H. pylori сред китайски деца на възраст между 7 и 12 години е 24.1%, почти идентична с намерената в нашето проучване от 2019 г. – 24.5%, по-висока от тази в САЩ и Гърция (13.2%) и много по-ниска от тази, открита при колумбийските симптоматични деца (47%), и посочената от Агилера Кореа и кол. през 2017 г. в испанско проучване (81.6%) [3, 26].

Начинът на предаване на инфекцията все

още не е напълно разбран, но предаването от човек на човек най-вероятно е основният път за инфектиране. През последните десетилетия се установяват два основни пътя за предаване на инфекцията: орално-орален и фекално-орален. Много проучвания установяват, че инфекцията се предава в резултат на близки контакти, вътрефамилно, особено от майка на дете [5]. В големите семейства, състоящи се от много членове, е установена по-висока честота на H. pylori инфекция [21].

Установено е, че децата, родени от H. pylori серопозитивни майки, получават трансплацентарно IgG от майката, които могат да персистират до шестия месец след раждането [10]. IgA в майчиното мляко също има защитна реакция и предпазва детето от H. pylori инфекция [15]. Но не е напълно изяснено дали кърмените деца имат по-ниска честота на разпространение на H. pylori инфекцията. H. pylori инфекцията се доказва с разнообразни диагностични методи, като всеки от тях има индивидуални предимства и недостатъци [1]. Изборът зависи от опита на клинициста, клиничната картина и не на последно място – от цената на изследването [2].

Заболяванията, свързани с инфекцията с H. pylori, са по-често срещани в ранна детска

възраст, преди всичко в развиващите се страни, където са заразени повече от децата до 10-годишна възраст [9, 22, 24]. Извънстомашните прояви на инфекцията са свързани с различни усложнения като анемия [16, 26], захарен диабет [3, 4], холецистит [19], изоставане в растежа [18,20] и др. През 2017 г. Световната здравна организация (СЗО) определи 16-те най-често срещани инфекции, представляващи сериозен риск за човешкото здраве. Сред тях спада и H. pylori инфекцията. Изказани са препоръки за промяна в терапевтичния подход при лечение на H.pylori поради високата лекарствена резистентност. Без лечение H. pylori персистира в стомашната лигавица до края на живота [6, 14]. Неуспешната ерадикация на H. pylori инфекцията е свързана преди всичко с бактериалната резистентност и несъдействие от страна на педиатричните пациенти и техните родители [13, 17]. Инфекцията с H. pylori може да бъде еталон за социално-икономическия и здравния статус на дадена държава.

Библиографията е на разположение в редакцията и на сайта.

Клиничен случай: гастро-езофагеален рефлукс и/или астма

Доц. Гергана Петрова,
д-р Димитринка Митева
Клиника по педиатрия,
УМБАЛ „Александровска", МУ – София

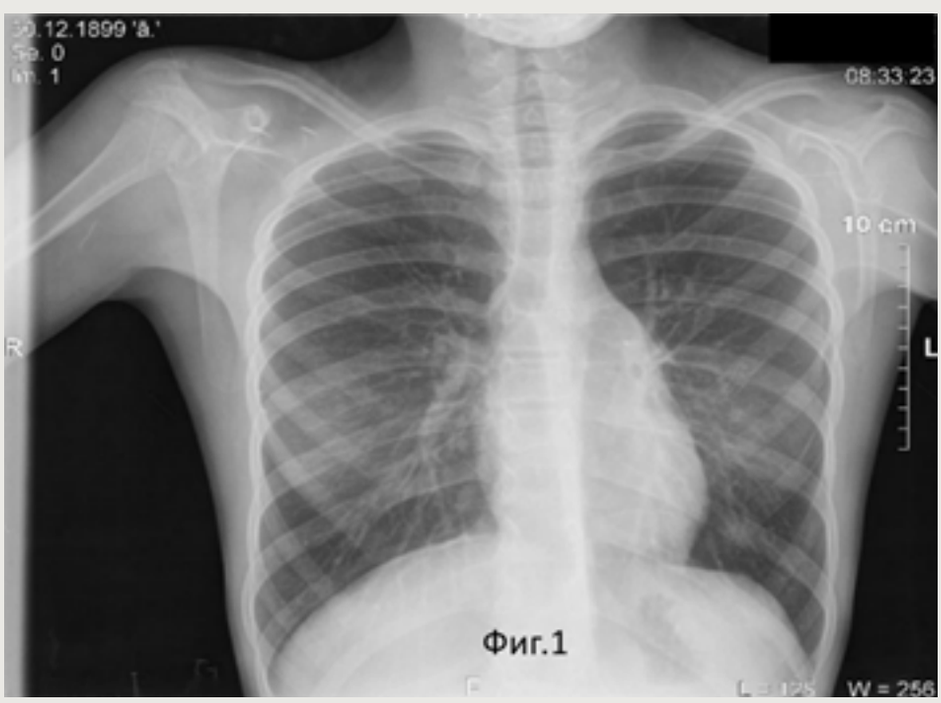
Клиничен случай

Добре развито за възрастта си момиче, родено от нормално протекла бременност и раждане. Редовно имунизирано с добра поносимост, рядко боледуващо дете, без собствен атопичен терен. Без данни за фамилна обремененост за алергични и хронични белодробни заболявания. Майката съобщава за периодични гастритни оплаквания, за които приема антиацидни средства, но не е консултирано със специалист.

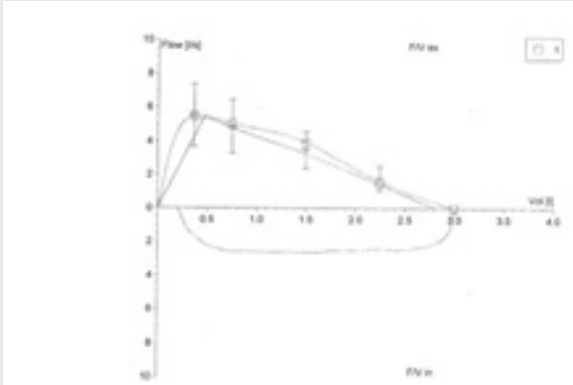
От 10-годишна възраст детето е със **суха персистираща кашлица, предимно нощем, неповлияваща се от различни билкови антитусивни препарати.** Шест месеца по-късно е предписано лечение с антилевкотриенов антагонист и инхалаторен кор-

тикостероид, **без да има потвърдена бронхиална астма.** Прилаган е и бронходилататор при нужда, без съществен ефект. Поради липсата на адекватен отговор, независимо от доброто сътрудничество на пациентката и правилното използване на инхалаторното устройство, след 2 години терапията е променена с комбиниран препарат. Шест месеца по-късно кашлицата персистира и пациентката е насочена към детски пулмолог поради „трудна за лечение астма".

На 13-годишна възраст момичето е в добро общо състояние, с пристъпна суха кашлица, без съществени отклонения във физикалния статус. От направените насочени изследвания - рентгенография (фиг. 1), функционално изследване на дишането (фиг. 2) и бронхо-дилаторен тест - не се обективизира наличие на бронхиална обструкция.



Фиг.1



	Pred	Act1	%(Act1/Pred)
VC MAX.....[l]	2.8729	2.9920	104.1
IC.....[l]	1.9314		
ERV.....[l]	0.9360		
FVC.....[l]	2.8098	2.9920	106.5
FEV 1.....[l]	2.3955	2.6990	112.7
FEV 1 % FVC.....[%	84.2908	90.2072	107.0
FEV 1 % VC MAX.....	84.2908	90.2072	107.0
PEF.....[l/s]	5.5138	5.4740	99.3
FEF 25.....[l/s]	4.8594	5.0010	102.9
FEF 50.....[l/s]	3.4387	3.8280	111.3
FEF 75.....[l/s]	1.7690	1.5200	85.9
MMEF 75/25.....[l/s	3.0535	3.1966	104.7
MVV.....[l/min]	52.0859		

Фиг.2

При обстойната анамнеза и наблюдение на поведението на детето се установи:

1. Липса на ефект върху кашлицата от терапията за астма (кортикостероиди, инхалации с бронходилататори);

2. Навик на пациентката да консумира шоколадови десерти преди лягане;

3. Засилване на кашлицата нощем и по време на следобеден сън;

4. Липса на симптоми като гадене, повръщане, парене зад гръдната кост, кисел вкус в устата или неприятен мирис от устната кухина.

Терапията се модифицира чрез диета (спиране на газирани напитки, всички „джънк фудс", както и на храни/напитки, съдържащи какао или ядки допълнително ограничаване на подправките и пикантните храни) и добавяне на инхибитор на протонната помпа. **Месец по-късно, при съблюдаване**

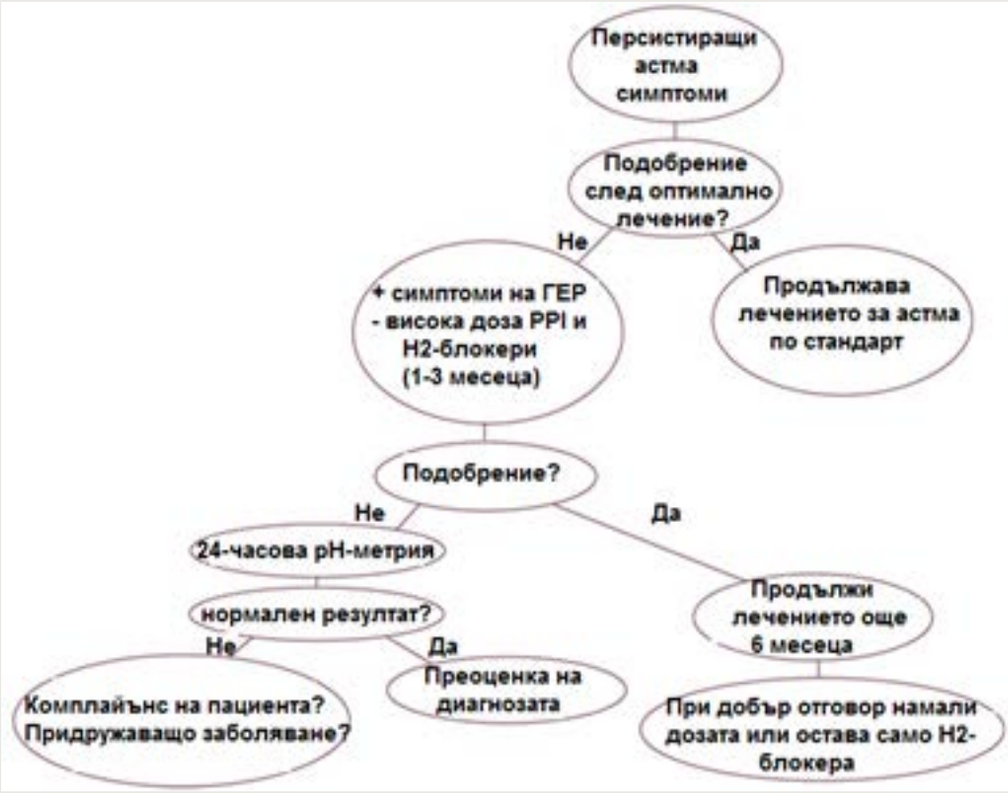
на съответен диетичен режим, пациентката е без кашлица. Това позволи провеждане на спирометрия и бронходилаторни тестове, както и изследване на специфични IgE. **Отрицателните резултати бяха основание за спирането на инхалаторния кортикостероид.**
Придържайки се стриктно към диетата през последващите години девойката е без оплаквания.

Кратко обсъждане
Връзката между гастро-езофагеален рефлукс (ГЕР) и астма е известна повече от 2 000 години. През 2006 г. Stordal et al. акцентират на връзката астма – ГЕР – затлъстяване като порочен кръг, който, ако не се спре, би утежнил и двете състояния [1]. Счита се, че около 60-80% от възрастните астматици и около 50-60% от децата с астма имат и ГЕР [2]. Поради голямата честота на двете заболявания и общата симптоматика – кашлица, поставянето на точна диагноза може да бъде затруднено и понякога пациентите са свръхдиагностицирани или недооценени. Класическите симптоми, характерни за ГЕР, включват: повръщане (72%), коремна болка (36%), проблеми с храненето (29%), невиреене (28%), раздразнителност (19%), болка зад стернума (1%). Все повече се докладват случаи с атипично представяне на ГЕР, като най-често се касае за респираторна симптоматика – сину-

ити, ларингити, дрезгав глас, хронична кашлица, астма, апнея, стридор, рекурентни пневмонии, рекурентни отити [3].
Наличните данни до настоящия момент определят ГЕР като рядка единствена причина за изолирана кашлица, особено при деца над 1-годишна възраст [4]. ГЕР се среща често в кърмаческа възраст (с пик в 4-5 месец) и отшумява при повечето деца около 12-24 месец. Това е причината за по-високата честота на ГЕР-асоциирана кашлица при кърмачетата [5]. За обща патогенеза между ГЕР и респираторни заболявания може да се набеди общият ембриологичен произход и съответно - анатомичната близост, позволяваща аспирация на стомашно съдържание от хранопровода, като по този начин механично и химично се дразни епитела на респираторния тракт. Другата хипотеза се базира на данни за връзка между бронхиалната констрикция и механичното разширение на хранопровода в неестествена посока отдолу нагоре, което отключва кашличен отговор поради интраезофагеалната провокация от солната киселина чрез стимулация на вагуса [6]. Доказано е, че: от 43 до 75% от случаите на кашлица, свързана с ГЕР, нямат симптоми на рефлукс; кашлицата отговаря на антирефлуксна терапия и до 40% от случаите с хронична кашлица се дължат на ГЕР [7, 8]. При възрастни пациенти е доказано, че ГЕР се асоциира с повишен риск за екзацербации при ХОББ, но само при

пациенти, които не приемат антиацидни медикаменти [9].
Италианско проучване открива повишена реактивност към метахолин при пациенти с ГЕР, които нямат данни за наличие на бронхиална астма [10]. Това откритие се доказва и в скорошни публикации за неутрофилно възпаление в резултат на киселинен рефлукс, което е причина за повишена реактивност на дихателните пътища [11]. Насоченото лечение с пантопразол намалява бронхиалната хиперреактивност при пациенти без астма [12]. Наличието на ГЕР при астматици може да попречи за постигане на оптимален контрол на астмата дори при пациенти, които стриктно следват правилен терапевтичен план [12]. В същото време редица автори подчертават сигнификантно по-ниските нужди от орални кортикостероиди и подобрение в данните за контрол на астмата [13]. Липсата на отговор към медикаментозното лечение за астма може да е белег за наличие на ГЕР [7].
Златният стандарт за диагностика на ГЕР е 24-часова pH-метрия, но изследването е инвазивно, изисква обучен специалист и апаратура, което не е достъпно във всяка амбулаторна практика [8]. Опростен алгоритъм за поведение при пациенти с „трудна за лечение астма" е показан на фиг. 3, според който е удачно да се започне „на сляпо" лечение за ГЕР и ако пациентът отговори на терапията, необходимостта от

провеждане на 24-часова pH-метрия отпада [12].



Фиг. 3. Алгоритъм на поведение при персистиращи астма симптоми.

При описания случай кашлицата е преценена като проява на бронхиална астма, преди да се диагностицира наличието на ГЕР. При незначимо подобрение с конвенционална терапия на симптомите на първоначалната диагноза, „отговорна" за хронична кашлица, е необходимо да се обсъжда и наличие на ГЕР, независимо от възрастта на пациента.

Библиографията е на разположение в редакцията и на сайта.

Юни

Втора научна конференция „Генетика в клиничната практика“
Кога: 02-05 юни 2022 г.
Къде: Дюни
Организира се под егидата на БПА по инициатива на Фондация „Знанието дарява живот“.

VII Национална научно-педиатрична конференция “От симптома към диагнозата”
Кога: 10-12 юни 2022 г.
Къде: Велико Търново
Организира се под егидата на БПА от Отделението по педиатрия – Велико Търново и Катедрата по педиатрия към МУ–Плевен.

септември

XX Научно-практическа педиатрична конференция - Бургас 2022
Кога: 03-04 септември 2022 г.
Къде: Бургас
Организира се под егидата на БПА от д-р Ж. Стоичкова и Бургаското педиатрично дружество.

XX Научно-практическа конференция „Горещи точки в педиатрията“
Кога: 16-18 септември 2022 г.
Къде: Русе
Организира се под егидата на БПА от доц. С. Досев и Русенския университет.

септември

Четвърта педиатрична среща „С грижа за децата“
Кога: 29 септември - 2 октомври 2022 г.
Къде: Несебър
Организира се под егидата на БПА по инициатива на Катедра Педиатрия на МУ – София, съвместно с Фондация „Знанието дарява живот“ и с подкрепата на Българското дружество по алергология.

Осма експертна среща по ваксинопрофилактика
Кога: септември 2022 г.
Къде: София

октомври

XII Национална конференция по спешна педиатрия
Кога: 7-9 октомври 2022 г.
Къде: Поморие
Организира се под егидата на БПА от Катедрата по педиатрия към МУ–Пловдив.

ноември

V Годишни награди на Българската педиатрична асоциация
Кога: 1 ноември 2022 г.
Къде: София

ЧЕТЕТЕ
СПИСАНИЕ „ПЕДИАТРИЯ“

- официален печатен орган на Българската педиатрична асоциация
- научно списание за съвременните постижения на педиатричната наука и практика у нас и в чужбина
- излиза 4 пъти в годината

ЧЛЕНСТВО В БПА | 2022 г.

Уважаеми колеги,
При подновяване на годишното членство ще получавате редовна информация от Българската педиатрична асоциация и ще имате достъп до онлайн изданието на БПА. Повече информация за членството, устава и актуалниновини и събития ще откриете в официалния ни сайт:

www.pediatria-bg.eu

За 2022 г. членският внос е в размер на 25.00 лв., които можете да внесете по банков път.

Данни за банковия превод:
Име на получателя:
Българска педиатрична асоциация
Име на банката:
Пощенска банка, Клон Централен - София
IBAN: BG50 BPBI 7940 1043 5312 01
BIC: BPBI BGSF
Сума за внасяне:
25.00 (двайсет и пет) лева
Основание за внасяне:
Трите имена на членуващия/кандидата, УИН и годината за която плащате членски внос.

Ще бъдем благодарни, ако след заплащане на членския внос по банков път, ни информирате на имейл: **pediatria.bg@gmail.com,** като приложите копие от платежното нареждане.

Редакционна колегия:
проф. Иван Литвиненко
проф. Стефан Стефанов
доц. Даниела Авджиева-Тзавелла
доц. Гергана Петрова
д-р Калин Лисички

Отговорен редактор:
Весела Славчева

Издава:
Българска педиатрична асоциация

Адрес:
София, ул. „Акад. Георги Бончев“,
бл. 23, офис 108

Тел.: +359 878660587
e-mail: pediatria.bg@gmail.com
www.pediatria-bg.eu