

ПЕДИАТРИЯ ПЛЮС

ОНЛАЙН ИЗДАНИЕ ЗА ПЕДИАТРИ И ОПЛ



ДЕКЕМВРИ, БРОЙ 9|2022

WWW.PEDIATRIA-BG.EU

ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ



НА ФОКУС

Интервю с проф. д-р Христо Шивачев

3

НОВИНИ

8

ИЗБРАНО ОТ МЕДИИТЕ

19

МЛАДИТЕ ПЕДИАТРИ

Интервю с д-р Яна Андонова

21

ЗА ПРАКТИКАТА

Съвременна представа за
диагностика и терапия на
крипторхизъм в детска възраст

Едмонд Рангелов, Христо Шивачев

26

Психобиотиците -
настояще и бъдеще, част 2

Миглена Георгиева

33

Влияние на дигиталните устройства
върху обучението, езиковите и
математически способности на
децата на възраст 4-6 год.

Мирослава Стефанова, Милена Михайлова,
Биляна Генова, Надежда Бочева

37

ВАКСИНОПРОФИЛАКТИКА

Ваксини срещу Варицела зостер вирус

Нейчо Тодоров

45

Календар на събитията на БПА | 2023

52



Проф. д-р Христо Шивачев:

„ЛИПСАТА НА ДЪРЖАВНА ПОЛИТИКА ПРЕДОПРЕДЕЛЯ ВСИЧКИ ПРОБЛЕМИ В ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ“

Проф. д-р Христо Шивачев завършва медицина през 1995 г. в МУ – София. През 2004 г. придобива специалност „Обща хирургия“, през 2012 г. по детска хирургия, а през 2021 г. – и по гръдна хирургия. Има защитена и магистърска степен по общественото здраве и здравен мениджмънт. През 2021 г. има присъдена академична длъжност „Професор“.

Почти от началото на професионалния си път проф. Шивачев е част от екипа на УМБАЛСМ „Н.



И. Пирогов", като от 2017 г. досега е началник на Клиниката по детска хирургия.

Специализирал е видеоасистирана торакоскопска хирургия, лапароскопска хирургия, бронхология и конвенционална гастроинтестинална ендоскопия. Научните му интереси са насочени главно към мини инвазивната хирургия и гръдната хирургия.

Проф. д-р Христо Шивачев е национален консултант по детска хирургия.

ПРОФ. ШИВАЧЕВ, РАЗКАЖЕТЕ НИ ПОВЕЧЕ ЗА КЛИНИКАТА ПО ДЕТСКА ХИРУРГИЯ В УМБАЛСМ „ПРОФ. Н. И. ПИРОГОВ“, КОЯТО ОГЛАВЯВАТЕ...

Клиниката по детска хирургия на УМБАЛСМ „Проф. Н. И. Пирогов“ е основана през 1964 г. и оттогава до ден-днешен това е единственият по рода си център в България, който има такава компетентност и събира на едно място детска травматология, отделение за новородено, детска гръдна и коремна хирургия и клиника по анестезиология. Ние сме референтен център за цяла северна и западна България и при нас идват всички вродени аномалии на новородените или тези, които се проявяват по-късно, целия травматизъм, цялата остра патология... при нас е всичко! В България няма и друг аналог по отношение нивото на експертиза, развиването на научна дейност и въвеждането на иновации... Смяя да твърдя, че всичко това се случва на едно доста добро европейско ниво.

През нашите спешни и консултативни дет-

ски кабинети годишно минават между 37 000 и 40 000 деца, в самата клиника се лекуват между 8 и 10 000 деца годишно и се извършват около 4 500 оперативни интервенции...

**ВИЕ, ЗАЕДНО С Д-Р АСЕН МЕДЖИДИЕВ,
ПРЕЗ 2013 Г. ИНИЦИИРАХТЕ КАМПАНИЯТА ЗА
ПРОФИЛАКТИЧНИ ПРЕГЛЕДИ „ДЕТСКО ЗДРАВЕ
„ПИРОГОВ“. КАКВО СЕ СЛУЧИ ЗА ТЕЗИ ДЕСЕТ
ГОДИНИ? ДОВОЛЕН ЛИ СТЕ ОТ ПОСТИГНАТОТО?**

Това бе и си остава една чудесна идея, която, както в началото, така и сега, се реализира на абсолютно доброволни начала. Концепцията ни беше да организираме експертни екипи в райони, в които децата нямат достъп до конкретни специалисти. От началото досега сме прегледали около 18 000 деца, някои от които са идвали при нас за лечение, а други сме проследявали... Ковидът ни повлия доста, но от тази година възродихме проекта отново. Програмата „Детско здраве „Пирогов“ е наистина страхотна, защото тя показва, че реално всичко е в превенцията и в навременната помощ, която трябва да се окаже.

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

На първо и основно място е липсата на държавна политика – това предопределя всички останали проблеми. От липсата на консенсус, който да е надпартиен и да е с визия, която да бъде не



за днес и за утре, а за напред, за следващите, да речем, 50 години, произтичат и липсата на специалисти, и разпокъсаността на различните структури, и недофинансирането...

С КАКВИ ТРУДНОСТИ НАЙ-ЧЕСТО СЕ СБЛЪСКВАТЕ КАТО ДЕТСКИ ХИРУРГ?

Смея да кажа, че ние сме много добре организирани като структура и нямаме проблеми с нашата работа като такава. Това, което идва като тежест, е, че в момента при нас идват деца с много забавени диагнози и в много тежко състояние. Това, разбира се, е комплексен проблем - от една страна, имаме ковидът, който уплаши много хора и ги накара да живеят в изолация, от друга - пренебрегването на профилактиката като цяло... Също така върху това влияят и negliжирането понякога на симптоматиката от страна на родителите, както и недостигът на специалисти, които биха могли да оценят симптомите и съответно да преценят състоянието на детето...

Другата голяма трудност, пред която сме изправени като лекари, е разпокъсаността на звената и необходимостта да ни се налага да „разхождаме“ родителите и болните деца за консултации в различни болници...

СЛЕД ТОЛКОВА ГОДИНИ РАБОТА КАТО ДЕТСКИ ХИРУРГ ИМАТЕ ЛИ НИЯКАКВА ПРОФЕСИОНАЛНА МЕЧТА?

Националната детска болница, разбира се! Едно

място, където всички ние да имаме необходимите условия да работим и колаборираме помежду си, за да можем да предоставим възможно най-добрата грижа за децата.

КОЕ ВИ ВДЪХНОВЯВА И МОТИВИРА?

Имам удоволствието да работя това, което харесвам, а това е най-големият дар за всеки човек - да обича работата си и да я работи с удоволствие.

ЗА КАКВО СТЕ БЛАГОДАРЕН В ЖИВОТА СИ?

За уникалния шанс, който тогавашните ми началници ми дадоха, когато започнах да се занимавам с детската хирургия, и за всичко, което се случи оттогава досега.

КАКВО ПОСЛАНИЕ БИХТЕ ОТПРАВИЛИ КЪМ ВАШИТЕ КОЛЕГИ - ЛЕКАРИТЕ, РАБОТЕЩИ С ДЕЦА?

Бъдете здрави и продължавайте да работите с удоволствие, защото няма по-голям дар от този, който ние получаваме като лекари - да можем да връщаме блясъка в очите на децата и усмивките на техните родители.



ПОКАНА

Българската педиатрична асоциация
и „Неофарм България“
ви канят

**СРЕЩА НА
МЛАДИТЕ ПЕДИАТРИ**

13 декември 2022 (вторник)
19.00 ч.
Grand Hotel Millennium Sofia
зала „Айнщайн“

www.pediatria-bg.eu

Българската педиатрична асоциация и екипът на „Неофарм България“ организират педиатрична среща на младите педиатри. Модератор на дискусиата „Мястото и ролята на младите педиатри в детското здравеопазване в България – реалност и перспективи“ ще бъде доц. д-р Рада Маркова. Събитието ще се проведе на **13 декември 2022 г. от 19.00 ч.** в Гранд хотел „Милениум“, зала „Айнщайн“ – заповядайте!



СТАНОВИЩЕ НА БПА ОТНОСНО ВАКСИНОПРОФИЛАКТИКАТА НА ДЕЦАТА В БЪЛГАРИЯ

На 28 октомври 2022 г. в УМБАЛ „Лозенец“, София, се проведе Осмата експертна среща по ваксинапрофилактика, инициирана и организирана от Българската педиатрична асоциация с цел да се обсъди състоянието на имунизационната програма в България и доколко е осъществен напредък по отношение на обсъдените проблеми по време на предишните експертни срещи. Тазгодишното издание бе под надслов „Ваксинапрофилактиката в България – реалност и бъдещи насоки“. По традиция научният форум събра водещи експерти в областта на епидемиологията, инфекциозните болести, вирусологията и педиатрията, представители на Министерството на здравеопазването и на компаниите, вносители на ваксини в България.

Въз основа на представените доклади и проведените дискусии участниците се обединиха около препоръки, които Българската педиатрична асоциация обобщи в настоящото становище.



ПРЕДЛОЖЕНИЯ, КАСАЕЩИ ЗАДЪЛЖИТЕЛНИТЕ ВАКСИНИ

Ваксина срещу хепатит Б

Без промяна от сега действащия Национален имунизационен календар.

Ваксина срещу морбили – паротит – рубеола (МПР)

Без промяна от сега действащия Национален имунизационен календар при първа доза – на 13-месечна възраст. Предлагаме втората задължителна доза да се измести в по-ранна възраст – между 4-6 години, съобразно Европейските препоръки.

Ваксина срещу туберкулоза

Без промяна от сега действащия Национален имунизационен календар – провеждане на ваксинация до 48-ия час след раждането и на 7-годишна възраст.

Предлагаме да се въведат туберкулинови проби в 5. и 10. клас.

Ваксина срещу пневмококи

Да се въведат конюгирани ваксини, осигуряващи защита срещу повече на брой серотипове и съобразени с локалните епидемиологични данни и фармакоикономическите анализи.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ, КАСАЕЩИ ПРЕПОРЪЧИТЕЛНИТЕ ВАКСИНИ

Ваксина срещу ротавируси

Предлагаме да влезе в задължителния имунизационен календар.



Поради голямото социално и здравно значение на ротавирусните инфекции приложението на ротавирусната ваксина да се удължи до 8-месечна възраст.

При ваксинация на недоносени деца да се има предвид коригираната възраст.

Ваксина срещу варицела

Предлагаме включването на нов антиген в задължителния имунизационен календар – варицела. Препоръчваме по възможност да се комбинира с МПР или да се прилага като готова четириантигенна ваксинационна формула (МПРВ).

Ваксина срещу човешки папиломен вирус (HPV)

В съответствие със заложените цели в Европейската инициатива за изработване на Национални ракови планове, предлагаме основната цел на HPV-ваксинацията до 2030 г. да бъде целеви имунизационен обхват на момичета (90%) и значим имунизационен обхват (над 50%) на момчетата. Предлагаме да се въведе по-голям възрастов диапазон на обхват на сега действащата Програма – безплатно приложение на HPV-ваксината при момичета от 9- до 18-годишна възраст. Да се въведе безплатно приложение и при момчета в същия възрастов диапазон.

Ваксина срещу менингококи



Предлагаме да се засили информационната кампания за необходимостта от менингококови ваксинации, особено при рисковите групи деца, а така също и при младежите, които продължават следващата фаза от своето висше обучение в чужбина.

Да се предвиди внос на менингококови ваксини в България – имат направена регистрация. Тяхното приложение да е съобразно характерните за България серотипове, а именно тип В. Локалните епидемиологични данни сочат нарастващото разпространение и на серотип С, като процентното разпределение е 53:47 за серотип В спрямо С, W и Y (според данните на НЦЗПБ за периода 2013-2021 и СБАЛИБ за периода 2017-2022). В България е налична ваксина с покритие на тези 3 щама – на свободен пазар.

Ваксина срещу хепатит А

Да се засили информационната кампания за необходимостта от хепатитна ваксинация, особено при рисковите групи деца и възрастни в затворени колективи, изложени на лоши санитарно-битови условия.

Ваксина срещу Ковид-19

Препоръчваме приложението на ваксини срещу SARS CoV 2 при деца с подлежащи хронични дихателни, сърдечносъдови, ендокринни, ревматологични и хематологични заболява-



ния, както и за деца с наднормено тегло.

Противогрипна ваксина

Препоръчваме ежегодна противогрипна ваксинация с 4-валентна ваксина на всички деца над 6-месечна възраст.

С цел осигуряване на лигавичен имунитет за децата над 24-месечна възраст препоръчваме ежегодна противогрипна ваксинация с 4-валентна, жива, назална противогрипна ваксина, както и включването ѝ като препоръчителна в Наредба 15 и в съществуващата противогрипна безплатна програма в България.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ, КАСАЕЩИ

ВАКСИНОПРОФИЛАКТИКАТА КАТО ЦЯЛО

- Да се въведат конюгирани ваксини, осигуряващи защита срещу повече на брой серотипове и съобразени с локалните епидемиологични данни и фармакоикономическите анализи, като определяща да не е само цената.
- На базата на натрупания горчив опит от Ковид-19 да се изгради комуникационна стратегия от здравните власти за всички ваксинопредотвратими заболявания, която да осигури по-голямо доверие във ваксините и по-голям ваксинален обхват на населението. Тази стратегия да бъде целогодишна и да обхваща всички комуникационни канали, като за целта бъде предви-



ден съответен бюджет, неразделна част от прилагането на Наредба 15.

- Да се въведе типова декларация по образец на Министерство на здравеопазването за информиран отказ от страна на родители при имунизация с препоръчителна ваксина.
- Ускорено интегриране на е-платформата (използвана в момента за регистър на Ковид-ваксинационното покритие) за създаване и поддържане на електронни здравни записи на всички български граждани с информация за приложените ваксини (задължителни и препоръчителни), неразделна част от е-здравеопазването в България.
- Сумите за дейност по поставянето на всички препоръчителни и задължителни ваксини да бъде еднаква.
- Предлагаме да се премахне дублирането на отчетите по Наредба 15. Настояваме за обща информационна система. Считаме, че вариантът с натрупване от началото на годината е по-правилен, отколкото вариантът за изтеклото тримесечие. Искрено вярваме, че това становище на Българската педиатрична асоциация, съгласувано с всички участници в експертната среща, ще допринесе за оптимизиране на ваксинопрофилактиката и повишаване на имунизационното покритие в България.



ЛЕКАРИ ОТ БОЛНИЦА „ЧИРКОВ“ СПАСИХА ЖИВОТА НА 14-ГОДИШНО ДЕТЕ

Лекарите от УМБАЛ „Проф. д-р Александър Чирков“ в София спасиха 14-годишно момиче с Ходжкинов лимфом от белодробна тромбоемболия, съобщиха от лечебното заведение. Детето е докарано в болницата с тежък задух и напълно запушена белодробна артерия. Лекарите от Клиниката по кардиология в състав проф. Диана Трендафилова и доц. Пенчо Кратунков прилагат венозно лечение с няколко медикамента и фибринолитик, който подпомага организма сам да разруши тромбозата в белия дроб. Още след първите вливания задухът на детето изчезва и се подобряват общото му състояние, функционалният капацитет и сатурацията. Десет дни след прецизната медикаментозна терапия 14-годишното момиче е изписано от болницата, но продължава с лечението на Ходжкиновия лимфом.



„ПИРОГОВ” ПОЛУЧИ УНИКАЛЕН СКЕНЕР ЗА КОЖА

Клиниката по изгаряне на УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов” вече разполага с иновативен и единствен за България апарат за ранна диагностика на тежки рани от изгаряне. Методиката е надеждна, лесна за употреба и неинвазивна, със степен на достоверност до 98%. Позволява в рамките на 48 часа да се определи дълбочината и потенциала за оздравяване на изгарянето, а оттам и хода на терапията. Благодарение на тази модерна техника може да се съкрати болничният престой, както и да се спестят скъпоструващите дълготрайни оперативни интервенции, психотравмата за родителите и детето, бъдещите реконструктивни операции.

В Детското отделение по изгаряне на „Пирогов” се лекуват и проследяват близо 80% от децата с изгаряния в страната. Ежегодно през отделението преминават повече от 2000 деца, а от тях приблизително 1300 се хоспитализират. Половината от пострадалите са деца до 4 години, а близо 30% са деца с обширни и дълбоки изгаряния.



ПЕДИАТРИЯТА В УМБАЛ „АЛЕКСАНДРОВСКА“ СЕ СДОБИ С АПАРАТ ЗА КРЪВНО-ГАЗОВ АНАЛИЗ

Благодарение на инициативата „Българската Колега“ Детската клиника на УМБАЛ „Александровска“ вече разполага с още един незаменим апарат за изследване на кръвно-газов анализ при деца с респираторни проблеми. Апаратът позволява да бъде измерено количеството на кислорода, въглеродния диоксид и рН в кръвта. Той е един от най-полезните диагностични тестове, особено ако се извърши прецизно и в рамките на няколко минути след взимането на пробата. Полученият апарат е най-съвременен модел и позволява определяне освен на кръвните газове, така и на основните електролити в кръвта, кръвната захар и други по-специфични показатели. Резултатите се получават в рамките на две минути, което е от изключителна важност за бързата и адекватна реакция при деца с дихателна недостатъчност.



Friso[®]

*Весела Коледа и
щастлива Нова година
от Friso!*



www.friso.bg

3,5 МЛН. ШВЕЙЦАРСКИ ФРАНКА ЩЕ ПОЛУЧИ МЗ ЗА ГРИЖА ЗА ДЕЦА С ЕНДОКРИННИ ПРОБЛЕМИ

Zdrave.net

С 13 гласа „за“ и 1 „въздържал се“ парламентарната здравна комисия прие на първо четене рамковото споразумение между правителството на Р България и федералния съвет на конфедерация Швейцария относно изпълнението на втория швейцарски принос към избрани държави – членки на ЕС. Споразумението ще е в сила до 2029 г., като в този период Министерството на здравеопазването ще изпълни програма за профилактика и промоция на здравето. Тя ще бъде фокусирана върху насърчаване на здравословния начин на живот при деца и младежи с ендокринологични проблеми и болести на обмяната, както и върху промоцията на здравословния начин сред децата от рисковите групи и техните родители. В програмата ще бъде включено и повишаването на квалификацията на медицинските специалисти, ангажирани с деца и младежи с ендокринологични заболявания и болести на обмяната.



БПА



WWW.PEDIATRIA-BG.EU

· НОВИНИ · ИНТЕРВЮТА · СТАНОВИЩА · СЪБИТИЯ · СТАТИИ



Д-р Яна Андонова:

„Мечтая за една по-стабилна
здравна система“



Д-р Яна Андонова завършва медицина в Медицински университет – София през 2022 г. с отличие. Същата година започва професионалния си път като специалист по педиатрия в Клиниката

та по педиатрия на УМБАЛ „Александровска“. Има подчертан интерес към децата с имунни дефицити и децата с хронични белодробни болести и по-специално с муковисцидоза. Има няколко участия в международни и национални конгреси, наградени постери, както и публикации в наши списания. Участник е и в научни проекти на Клиниката.

Защо решихте да бъдете лекар?

Израснала съм в семейство на здравни работници – майка ми е лекар с 30-годишен опит, а баща ми е дългогодишен шофьор на линейка в Котел, откъдето съм родом. В гимназиалния етап имах възможността да уча в природо-мате-

матическа гимназия с интензивно изучаване на биология и химия. Със сигурност тази семейна среда и големият професионализъм на преподавателите ми повлияха до голяма степен избора да бъда лекар.

В момента специализирате педиатрия – една от най-нежеланите медицински специалности... Коя бе причината да я изберете?

Големият ми интерес към педиатрията възникна още в 5-и курс, по време на практическите упражнения в университета. Имах късмет голяма част от тези упражнения да бъдат присъствени, точно преди започването на пандемията в началото на 2020 г. Няколко месеца по-късно започнах да доброволствам в Клиниката по педиатрия на УМБАЛ „Александровска“, където срещнах страхотен екип от професионалисти, които още повече засилиха интереса ми към педиатрията... Така и до днес, когато вече официално съм част от този екип.

Лично за вас какво е педиатрията?

Педиатрията за мен е най-позитивната и благородна, но и най-отговорната специалност. Тя съчетава както слънчевите усмивки по лицата на нашите малки пациенти, така и тежестта ние да запазим тези усмивки и да оправдаем доверието на родителите.

Педиатърът според вас трябва да е...

Позитивен, усмихнат, човечен, аналитичен, отворен за комуникация с децата и техните ро-

дители. Всеки пациент на първо място оценява отношението към него, а след това професионализма на лекаря. Както майка ми винаги е казвала, „бъди добър човек и хората ще ти отвърнат със същото“.

С какви трудности се сблъсквате като специалист?

В хода на 4-годишното обучение всеки специалист по педиатрия преминава през т.нар. модули от отделните подспециалности, които са с различна продължителност и се провеждат в различни болнични бази. Това е свързано със съчетаване на редовния работен график, което невинаги е толкова лесно...

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

Липсата на единно учреждение за лечение на децата във всички възможни направления, все по-малкият интерес към специалността, съответно и все по-осезаемата липса на специалисти по детски болести и специалисти по педиатрични здравни грижи. Кадровият дефицит в детските отделения, за съжаление, е проблем от много години.

Какво искате да се промени?

Изграждане на система за допълнително финансово стимулиране, създаване на по-добри условия за труд на младите лекари, отпускане на повече места за специализация по педиатрия – със сигурност това би привлякло повече мла-

ди колеги към нашата специалност.

Смятате ли, че имаме нужда от Национална педиатрична болница? Определено! Неведнъж ми се е налагало да придружавам пациенти от нашата клиника за консултации със специалисти в други болници, което е свързано както с усложняване на лечебния процес, така и с неудобство за детето и родителите, финансови разходи и т.н. Ако всички специалисти от отделните субспециалности бъдат на едно място и се създаде един интердисциплинарен екип, това би улеснило до голяма степен скоростта и ефективността на лечението.

Какви са плановете ви след като завършите специализацията?

Да продължа да работя качествено и ефективно в името на здравето на децата, да продължа да развивам интересите си в областта на детската пулмология, в частност на хроничните белодробни заболявания.

За какво мечтаете като млад специалист?

За една по-стабилна здравна система, където няма ограничения по отношение на качеството на лечението на децата. Младите лекари да имаме мотивация да останем в нашата страна, да се развиваме по западноевропейски стандарти, да бъдем конкурентоспособни и да имаме все повече успешно излекувани малки пациенти!

Danonino

NUTRI-SCORE

A B C D E

ОПИТАЙ НОВАТА
НАПИТКА!



СЪВРЕМЕННА ПРЕДСТАВА ЗА ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ НА КРИПТОРХИЗЪМ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

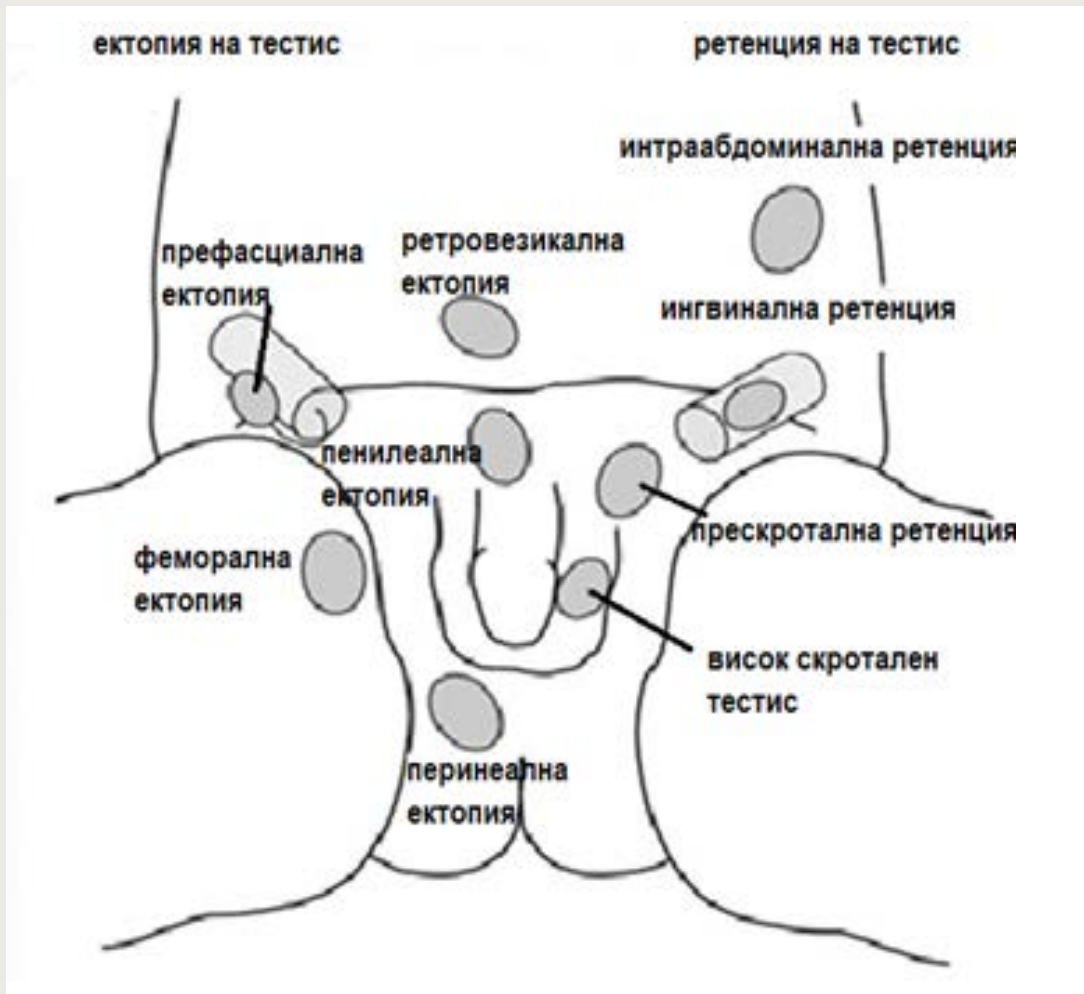
Едмонд Рангелов, Христо Шивачев
Клиника по детска хирургия
УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“

Определение

Термини като негесцендирал тествис (НДТ), ретенция на тествис, крипторхизъм и малгесценден тествис описват тествис, който обикновено не се намира в долната част на скротума. Крипторхизмът произлиза от гръцките думи „kryptos“, означаващ скрит, и „orchis“, което означава тествис. За да се предотврати нарушението в узряването на зародишиевите клетки на тествиса, днес е прието операцията да се извършва около 1-годишна възраст [1, 2].

Честота и класификация

Изолираният крипторхизъм е най-честата вродена аномалия на мъжките гениталии, засягаща почти 1-4.6% от доносените бебета и 1.1-45.3% от недоносените [3].



Според приетата днес класификация НДТ може да бъде разделен на недесцендиран палпаторен тестис (НПТ) и недесцендиран непалпаторен тестис (ННПТ). Съответно, палпаторният на ингвинален, ектопичен, асансьорен и придобит, а непалпаторният – на ингвинален, ектопичен, интраабдоминален и липсващ (агенезия и „vanishing” тестис). Около 80% от НДТ са палпаторни, а 20% – не са [4]. Когато тестисът е непалпаторен, е възможно да се касае за интраабдоминален или надничащ (peeping testis) през вътрешния пръстен – 25-50%, липсващ (vanishing testis) – 20%, „nubbin” (атрофичен тестис) – 15-40% [5].

Етиология

Етиологичните фактори на НДТ могат традиционно да бъдат групирани като:

- анатомичен;
- хормонален;
- генетичен (може да повлияе както на анатомичните, така и на хормоналните фактори) [6].

Усложнения

НДТ могат да доведат до нарушена сперматогенеза, безплодие, злокачествени тумори, торзия на тестиса и слабинна херния [7].

Диагностика на НДТ

Анамнеза: Трябва да включва данни за хода и продължителността на бременността, използваните медикаменти и експозицията на токсини в околната среда, както и позицията на тестисите при раждането, други заболявания на детето и фамилна анамнеза.

Физикално изследване: Задължително е да се направи оценка на външния вид на външните гениталии. Палпацията е основна техника за изследване на НДТ. Пациентът трябва да бъде изследван както в легнало, така и в изправено положение в топла стая, с топли ръце.

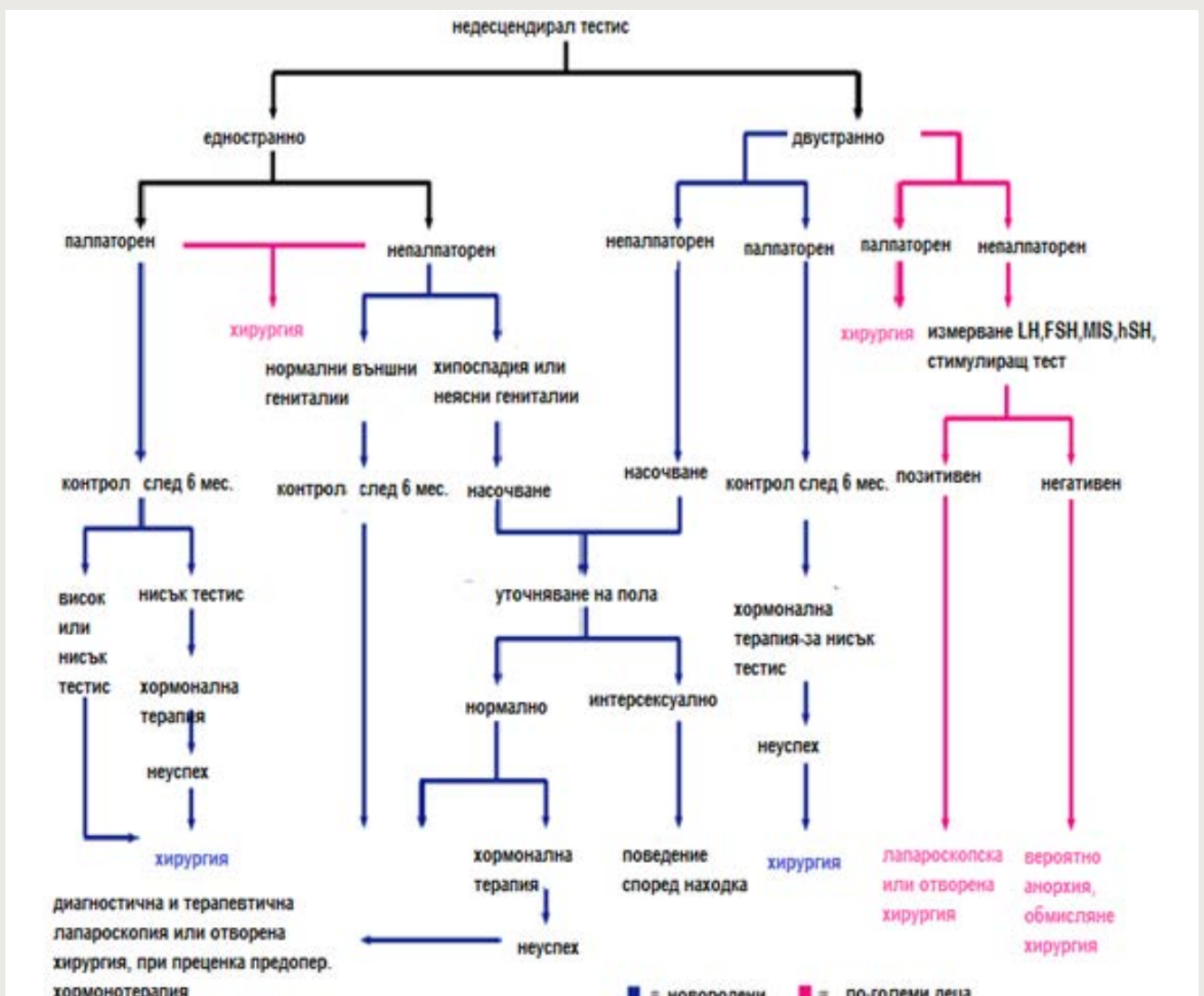
Хормонални изследвания: Серумните проучвания трябва да включват тестостерон,

лутеинизиращ хормон, фоликулостимулиращ хормон и мюлер-инхибиращ хормон.

Образна диагностика: Ултрасонографията остава най-честото изследване на ННПТ. Компютърната томография и MRI днес не се използват за локализиране на ННПТ.

Само лапароскопията е в състояние да осигури 100% точност при диагностицирането на ННПТ и в частност на интраабдоминален тестис!

Алгоритъм на поведение при новородени и по-големи деца при палпаторна липса на тестис в скроталната торбичка



Лечение на недесцендирал тестис

Съществуват два основни метода на лечение на НДТ, използвани в продължение на много години и приети по целия свят: хормонален и хирургически. Те могат да се използват самостоятелно или като допълващи се методи. Основната цел на лечението е тестисът да се свали в скротума.

Хормонално лечение на недесцендирал

тестис: Хормоналната терапия обикновено се провежда, като се използват: хорион-гонадотропин (hCG); хормон, освобождаващ гонадотропин (GnRH); хормон, освобождаващ лутеинизиращия хормон (LHRH) или комбинация от всички тях. Тази терапия може да се прилага като неоагювантна или като допълнително лечение след ранна операция на НДТ. Вероятността за успех е най-голяма при ниско разположените в ингвиналния канал НДТ.

Хирургично лечение на недесцендирал

тестис: Днес хирургичната терапия за НДТ е отворената екplorация на ингвинален канал. Когато се касае за НДТ, процедурата на избор е диагностичната лапароскопия. Ако тестикуларните съдове влизат през вътрешния пръстен, ингвиналният разрез позволява да се локализира тестиса (следва орхидопексия) или неговите остатъци (отстраняване и хистопатологично

изследване) [8]. Ако се намери интраабдоминален тестис близо до вътрешния пръстен, най-често се използва еднотапната лапароскопска орхидопексия със запазване на тестикуларните съдове. При отдалечени от вътрешния пръстен интраабдоминални или интрапелвични тестиси като рутинна процедура се препоръчват еднотапната или двуетапната маневра на Fowler Stephens (F-S) [9].

Усложнения при лечението

Наблюдавани са временни странични ефекти от лечението с hCG, включително растеж на пениса, генитално окосмяване, болка в слабините и мястото на инжектиране, болка при ерекция и поведенчески проблеми: хиперактивност и агресия [10]. Орхидопексията има сравнително нисък (около 1%) риск от усложнения.

Обобщение и заключение

Днес е прието операцията да се извършва между 6- и 18-месечна възраст, като често се използва и миниинвазивна хирургия. Ехографията е най-често използваният диагностичен метод.

При ННПТ днес не се препоръчва използването на компютърната и магнитно-резонансната томография в диагностичния план.

Смята се, че хормоналното лечение до голяма степен не е ефективно и като метод на терапия се препоръчва ранната хирургична операция.

НПТ се лекуват със стандартна отворена ингвинална орхидопексия.

Диагностичната лапароскопия е миниинвазивен метод, който предоставя почти 100% специфичност и чувствителност за локализиране на НПТ и може едновременно да премине в терапевтичен.

Библиография:

1. Hadziselimovic F, Herzog B. The importance of both an early orchidopexy and germ cell maturation for fertility. *Lancet*, 2001; 358:1156-7.
2. Capello LJ, Giorgi J, Kogan BA. Orchiopexy practice patterns in New York State from 1984-2002. *J Urol*, 2006; 176:1180-3.
4. Papparella A, Parmeggiani P, Cobellis G, et al. Laparoscopic management of non palpable testes: a multicenter study of the Italian society of videosurgery in infancy. *J Pediatr Surg*, 2005; 40:696-700.

Пълната библиографията е на разположение в редакцията и на сайта pediatria-bg.eu

Психобиотиците – настояще и бъдеще, част 2

Проф. д-р Миглена Георгиева, дм
Втора детска клиника,
УМБАЛ „Св. Марина“, МУ – Варна

Лечебен потенциал

Много изследователи изучават оста микробиом-черва-мозък при хора. Peng Xie и колеги от Китай намират, че микрофлората на хора с тежки депресивни разстройства се различава много от тази на здравите контроли. Учените трансплантират ЧМ от болни пациенти на стерилни мишки. Последните развиват страх и депресия по-често от мишките, трансплантирани с ЧМ от здрави хора.

S. Evans и колеги проучват микробиома на болни с биполарно нарушение. При сравнение на флората на пациенти и здрави контроли, той намира много ниски нива на *Faecalibacterium* при болните. Сред пациентите с биполарно нарушение тези, които имат по-голяма концентрация на бактерия, имат по-малко страхови изживявания, по-малко депресия и по-добре спят.

Ф. Dickerson също изследва хора с биполярно нарушение и с др. сериозни ментални болести. Тя и колегите ѝ установяват, че сред хоспитализираните с мания, тези с високи нива на възпаление по-често се рехоспитализират в следващите 6 месеца. На базата на този извод правят проучване върху 66 болнични пациенти с мания. Половината получават плацебо, докато другата половина – суплементи, съдържащи две комерсиално налични бактерии, с доказани противовъзпалителни свойства при хора и животни: *Lactobacillus rhamnosus* (щам GG) и *Bifidobacterium animalis lactis* (щам BB-12). След дехоспитализацията болните продължават да вземат за 24 седмици или плацебо, или бактерии, както и медикаментите за основното заболяване. Само 8 пациенти от групата с пробиотици се рехоспитализират за наблюдавания период. Това проучване не изследва директно чревните бактерии на участниците. Хипотезата, която се доказва, е – пробиотиците модулират имунната система, чрез влияние върху ЧМ на болния. Ф. Dickerson пише: „Това е началото на проучванията. Вероятно тук се крие нов терапевтичен потенциал“.

Показания за прием на психобиотиците

Според различни изследвания психобиотиците намаляват симптомите на депресия

и тревожност, на невроза и социално безпокойство, при болестта на Паркинсон и тази на Алцхаймер, при аутизъм, както и реактивността при стрес. Публикува се метаанализ за ролята на психобиотиците при пациенти с Алцхаймер – отчита се подобрение, вероятно свързано с намаляване на възпалението и оксидативния стрес. Също така редуцират нивата на кортизола – хормонът на стреса, който е свързан с т. нар. „мозъчна мъгла“, проблеми с вниманието и концентрацията, раздразнителност, честа смяна на настроенята и умствени разстройства от всякакъв вид. Подобряват когнитивните способности и паметта, а част от тях действат и като противовъзпалителни средства. И макар че са необходими допълнителни проучвания, резултатите от първоначалните такива са многообещаващи – психобиотиците имат потенциала да станат неизменна част от протокола за поддържане на добро психично здраве.

Заклучение и бъдещи проучвания

Сега се признава нуждата от проучване на ЧМ и пробиотиците като цялостна екосистема, за да се разбере по-добре връзката между микробиома и човешкото здраве и/или болести. Едни от големите ограни-

чения за използване на психобиотиците е липсата на тяхното възможно взаимодействие с половите хормони (естрогени и тестостерон) и продължителния им ефект върху човешкия организъм. Предварителните резултати от лечението с пробиотици/психобиотици посочват, че те могат да помогнат да се подобри настроението, да се намали страха и да се усилят възможностите на паметта. Предполага се, че в бъдеще този тип пробиотици биха могли да се използват за терапия на депресията, страховата невроза и др. заболявания на НС. Добавянето на тези суплементи към храните би променило ЧМ и би повлияло различни психиатрични болести.

Библиографията е на разположение в редакцията и на сайта **pediatria-bg.eu**

Влияние на дигиталните устройства върху обучението, езиковите и математически способности на децата на възраст 4-6 год.

Мирослава Стефанова, Милена Михайлова,
Биляна Генова, Надежда Бочева
„Сензорна невробиология”,
Институт по невробиология, БАН

Мобилността, миграцията и дигитализацията са основни характеристики на нашето време. Ние работим, учим, четем, забавляваме се от разстояние и това вече е норма в нашия живот. Децата също са въввлечени в дигиталния свят от най-ранна възраст. В периода на COVID-19 пандемията като силна тенденция се наложи електронното обучение. Но как влияе то в когнитивен аспект на децата от 4 до 6 год., в ранна и предучилищна възраст? Повече позитивни или негативни ефекти върху обучението носи честото използване на дигитални устройства (ДУ)? С какво помагат и на какво вредят те? Постарали сме се да отговорим на тези въпроси, базирайки се

на световната научна литература и проучвания в различни страни, като сме включили 28 статии, обзори и метаанализи по темата, 11 от които са за 2020-2021 г.

Промяна, наложена от пандемията от COVID-19

Пандемията от COVID-19 промени ежедневието на децата. Според Американската педиатрична асоциация препоръчителната продължителност за използване на ДУ е 10-15 минути дневно при най-малките деца (2-3 год.), като достига максимално до 60 минути за деца в предучилищна възраст [1]. Последните две пандемични години обаче доведоха до стремглаво увеличение на това време до 300% [2]. Въпреки че родителите на деца на възраст 2-6 год. осъзнават негативното въздействие от прекомерната употреба на ДУ върху здравето, поведението и съня на децата, те отбелязват трудност при ограничение на използването им в семейна среда. Според авторите има нужда от различен подход за контрол върху продължителността за учене в домашни условия, особено за децата в предучилищна възраст. Препоръчва се мултидисциплинарен подход между здравни и социални специалисти, учители и родители за преосмисляне и изграждане на по-добра и гъвкава учебна среда [3]. Предлагат се пер-

сонализирани форми на обучение, например: телефонна консултация, синхронно видеобазирано обучение или асинхронни предварително записани видеоклипове, според индивидуалните нужди на детето.

По време на ограничителни мерки, наложени от пандемията, е направено проучване на семейния опит за времето пред екрана на децата у дома [4]. Възрастните споделят, че децата прекарват повече време и са твърде привързани към електронните си устройства, а при опит да се ограничи тяхното използване реагират негативно. Родителите са загрижени от понижената им физическа активност и определят повишеното използване на ДУ като негативно за децата.

Установено е, че по време на локдауна физическата активност на децата на възраст 1-5 год. се е понижила с 25% в сравнение с времето преди пандемията, времето, прекарано пред екрана на ДУ, се е удвоило, а качеството на съня е намаляло със 17% [5].

По-силно засегнати са деца от семейства с нисък социално-икономически статус, със свободен достъп до електронни устройства. По-слабо засегнати са деца с контролирано и ограничено използване на ДУ, когато имат играчки и човек, който да се занимава с тях.

Как Влияят дигиталните технологии върху обучението на децата?

В доклад на Американската педиатрична асоциация като ползи от използването на дигитални и социални медии са описани ранното обучение, достъп до нови идеи и знания, повишени възможности за социални контакти и подкрепа [6].

Наложено в последно време онлайн обучение има предимства: гъвкавост за време и място [8]; подпомага родителите, като държи децата заети, обогатява и развива знанията им [9]. Но наред с предимствата има и недостатъци като: продължително време пред екрана, обездвижване и когнитивни проблеми. Установено е, че дългото време пред екрана е свързано с невнимание и проблеми със саморегулацията сред децата в предучилищна възраст [10, 11].

Едно ново проучване с помощта на дифузно тензорно изобразяване (diffusion tensor imaging - DTI) открива негативна връзка между използването на електронни медии и микроструктурната цялост на бялото вещество в мозъка в областите с развитие на езика, изпълнителни функции и грамотност при деца на възраст 3-5 год. [12]. В днешното динамично и пандемично време родителите се възприемат като ценни партньори в учебния процес, подкрепящи процеса на образованието на малките деца

[13-14]. Според Paradaakis и колектив при използване на мобилни приложения трябва да се обърне внимание не само на влиянието на времето пред екрана [15]. Усилията трябва да се съсредоточат и върху създаване на специфични насоки към родителите за избор на подходящи мобилни и медийни продукти [16-18]. Родителите са основните посредници в избора сред изобилието на дигиталните приложения, като съобразяват цифровото съдържание с присъствието и дейността на децата в дигиталното пространство [13-14]. Образователните организации, заинтересованите страни и изследователите трябва да препоръчат смислено съдържание на приложенията, което да е съобразено с възрастта [15].

Как влияе телевизията върху ранното езиковото развитие на децата?

Наблюдават се както позитивни, така и негативни въздействия. Например, образователните програми със сюжет подобряват способността за разбиране на текст от децата на 4-5 год., когато епизодите са без сложна структура на съдържанието и с диалог между героите [19]. Гледането на телевизия между 1 и 3 часа на ден през почивните дни с участието на възрастен увеличава шанса за по-добро езиково развитие [20].

Сравнен е ефектът от гледането на образователни или развлекателни програми при деца на средна възраст 5 год. Върху математическите и езиковите им способности, като са установени значително по-добри постижения за децата, гледащи образователни програми [21].

Негативните ефекти са свързани предимно с времето и неподходящото съдържание на телевизионните програми, особено когато децата са пред екраните от ранна детска възраст. Способностите за четене и разбиране на текст на деца на 6 год. се влошават, ако са започнали да гледат телевизия преди 3-годишна възраст [22]. Намерена е негативна връзка между гледането на телевизия от най-ранна възраст (между 3 и 5 год.) и математическите способности на децата.

В днешно време телевизията се използва като „електронна детегледачка“. Проучвания сочат, че прекомерната употреба на медии е по-характерна за позрастващи с труден темперамент и деца с трудна саморегулация [10, 23, 24]. Родители, които имат трудности с контрола върху деца със социално-емоционални проблеми, са склонни често да им предоставят ДУ, за да са спокойни [18].

Какво е влиянието на различни дигитални приложения върху езиковото развитие на децата?

Описани са позитивни ефекти като подобрение на началните езикови умения след използване на образователно приложение в продължение на три месеца от деца в предучилищна възраст в семейства с ниски доходи [25]. Подобрява се и разбирането на печатния текст, на съответствието на звуците и буквите, на уменията за писане и на фонологичното осъзнаване [26].

Комбинацията от обучение с дигитални приложения (видеоигра) и учител води до подобрение на езиковите способности на децата [27].

Лонгитюдно изследване показва влошаване на уменията за четене на деца от предучилищна възраст при използване на компютърен софтуер за четене [28].

Заклучение и препоръки

Необходимо е установяване на контрол върху използването на ДУ по отношение на вид, продължителност и съдържание при деца до предучилищна възраст. Продължителността трябва да се ограничи в рамките на един час за деца в предучилищна възраст, за да се избегнат умора, стрес, психически, социални и когнитивни пробле-

ми, както и здравословни проблеми, свързани с неправилна стойка, наднормено тегло, очни проблеми.

За подобряване на езиковите и математическите знания е необходим внимателен подбор на приложенията, включването на възрастен при използването им, а също така и избягване на прекаленото когнитивно натоварване на децата.

Необходимо е да се признаят както положителните ефекти, така и потенциалните рискове от използването на ДУ. За доброто и успешно развитие на децата е необходимо да има баланс между подходящо съдържание и премерено време при използването на ДУ.

Библиографията е на разположение в редакцията и на сайта **pediatria-bg.eu**



Ваксини срещу Варицела зостер вирус

Д-р Нейчо Тодоров

Варицелата е глобално разпространено заразно заболяване, което след преминаване на острата фаза установява латентност и при подходящи условия се извява като херпес зостер. Типична въздушно-капкова инфекция с висок контагиозен индекс и всеобща възприемчивост. При отсъствие на имунизационна програма броят на заболяелите е близък до броя на контактните и почти всеки човек до средата на живота му ще бъде заразен [1, 2].

В България варицелата е на първо място в структурата на острите заразни болести, като се изключат грип и острите респираторни заболявания. Средната годишна заболяемост за период от 100 години е 23 179 случая или 281.53‰. 85% заболяелите от варицела в страната са деца до 14-годишна възраст [3].

В периода на протиепидемичните мерки срещу разпространението на SARS Cov-2 се наблюдава намаляване на случаите на ва-

рицела. След тяхното отпадане случаите бързо достигат обичайната за страната заболяемост [3].

Ваксини срещу Варицела

Понастоящем всички ваксини срещу Варицела са живи, атенюирани и се произвеждат от щам Ока (ОКА-Р) с едно изключение – ваксина, която се произвежда от местен щам в Ю. Корея [4].

В клиничните изпитвания и следрегистрационните проучвания върху безопасността и имуногенността на ваксините срещу Варицела са използвани различни дозировки и методи за определяне на имуногеност, което затруднява сравняването и анализа на резултатите от различните проучвания. Това, което се установя, е, че ваксините стимулират изграждането на специфичен хуморален и клетъчен имунитет и че имунитета при здрави индивиди е устойчив във времето. Следва да се отбележи, че тези проучвания са проведени в условия на продължаваща циркулация на варицелния вирус и не би могло да се изключи естествено усилване на имунитета. Все още не е известна устойчивостта на имунния отговор след прилагане на жива ваксина срещу Варицела при ниска или отсъстваща циркулация на варицела от див тип. Няколко

проучвания, включително с комбинирани ваксини за морбили, паротит, рубеоли и варицела, които проследяват нивата на защита след една доза в рамките на една до десет години, насочват вниманието към двудозов режим – това е и възприетият към момента стандарт [4].

Ефектът на ваксините срещу варицела, регистрирани в ЕС след приложение на една доза за предотвратяване на заболяване от всякаква тежест, е между 62 и 85%, за предотвратяване на умерена и тежка варицела – 89 и 100%, за тежка варицела – 100% [4]. Дългосрочната ефективност, проследена в продължение на 14 години при 7600 деца с ваксина срещу варицела, е между 73 и 90% срещу заболяване, като случаите на пробивна варицела и зостер са обикновено леки. Второ дългосрочно неинтервенционно проучване при приблизително 8000 деца, проследени 15 години, показва намаляване на честотата на варицела с общо 90 до 95%. При всички възрастови групи е наблюдавано намаление на хоспитализациите с около 90% [5].

Безопасност на Ваксините срещу варицела

Систематичен преглед на нежеланите събития, свързани с ваксините срещу варицела, заключава, че доказателствата на-

- сочват за причинно-следствена връзка към следните странични ефекти на ваксината:
- 1) дисеминация на ваксиналния щам, без засягане на органи (напр. Варицелоподобен обрив, който се разпространява към дерматоми отвъд мястото на инжектиране);
 - 2) дисеминация на ваксинален щам, със засягане на органи (напр. пневмония, менингит, хепатит);
 - 3) реактивация на херпес зостер от ваксинален щам, без засягане на органи;
 - 4) реактивация на херпес зостер от ваксинален щам, със засягане на органи;
 - 5) тежък обрив;
 - 6) некроза на ретината;
 - 7) анафилаксия.

Тези нежелани събития са необичайни или редки. Честите и най-честите нежелани реакции след ваксинирани са описани в съответната КХП и до голяма степен се припокриват с нежеланите реакции след ваксиниране, с която и да е друга ваксина [4]. Възможно обяснение за тези явления е способността на ваксиналния вирус да се репликира във ваксинирания индивид, свойство на което се разчита, за да се изгради имунитет от една жива ваксина. Индивиди с отслабен имунитет към момента на поставянето на ваксината са по-склонни към развитие на нежелани събития с ниска чес-

тома или с по-голяма тежест [4].

Един все още коментиран страничен ефект от масовото приложение на ваксината срещу варицела е повишаването на случаите на херпес зостер. За първи път хипотезата за екзогенното усилване на имунитета срещу варицела зостер е предложена от Норе-Simpson [6]. Математическите модели, на които се основава това заключение, не включват хипотезата за ендогенното стимулиране на имунитета вследствие на безсимптомна реактивация на инфекцията [7]. Впоследствие хипотезата се отхвърля. Поради социалната и клинична значимост на инфекцията и с оглед преодоляването на страничните ефекти на живата ваксина е започнато проучване на възможностите на иРНК технологиите за създаване на ваксина срещу варицела зостер вирус [11].

Понастоящем 15 от 30-те държави-членки на ЕС/ЕИП предлагат ваксинация срещу варицела на всички деца в рамките на своя национален имунизационен календар. В шест се предлага и за навършилите 18 год. [12]. Държавите с покритие за ваксинация с 2 дози наблюдават намаление до 90% в случаите и свързаните с тях усложнения [13, 14]. ECDC е разписал две предложения за включване на варицелата и херпес зостера в списъка на заболяванията за задължително

оповестяване, като предлага и въвеждането на единен стандарт [15,16].

В заключение

Ваксините срещу варицела имат доказана ефикасност и ефективност и добре познат профил на безопасност. При устойчиво изпълнение на една имунизационна програма с покритие най-малко 80% ще се осигури колективна защита срещу варицела и намалена заболяемост от херпес зостер в дългосрочен план. Биологичните и епидемиологичните характеристики на вируса изискват и херпес зостер да стане част от задължителните за оповестяване инфекции в страната.

От етична гледна точка не би следвало деца да боледуват от ваксинопредотвратима латентна инфекция с аргумента, че я „изкарват леко“.

Библиографията е на разположение в редакцията и на сайта **pediatria-bg.eu**



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

април

Мултифасетна конференция за детско развитие

Кога: 7-8 април 2023 г.

Къде: Пловдив

Организира се под егидата на БПА по инициатива на Катедра Педиатрия на МУ – Пловдив.

Пета педиатрична среща „С грижа за децата“

Кога: 27-30 април 2023 г.

Къде: Несебър

Организира се под егидата на БПА по инициатива на Катедра Педиатрия на МУ – София, съвместно с Фондация „Знанието дарява живот“.

май

XXIV Национална конференция за педиатри и ОПЛ с международно участие „Децата на България“

Кога: 05-07 май 2023 г.

Къде: Слънчев бряг

Организира се под егидата на БПА от проф. П. Переновска и Клиниката по педиатрия към УМБАЛ „Александровска“

Трета научна конференция „Генетика в клиничната практика“

Кога: 25-28 май 2023 г.

Къде: Дюни

Организира се под егидата на БПА по инициатива на Фондация „Знанието дарява живот“.

Юни

VIII Национална научно-педиатрична конференция “От симптома към диагнозата”

Кога: 09-11 юни 2023 г.

Къде: Велико Търново

Организира се под егидата на БПА от Отделението по педиатрия – Велико Търново и Катедрата по педиатрия към МУ–Плевен.

септември

XXI Научно-практическа педиатрична конференция - Бургас 2023

Кога: 09-10 септември 2023 г.

Къде: Бургас

Организира се под егидата на БПА от д-р Ж. Стоичкова и Бургаското педиатрично дружество.

Шеста педиатрична среща „С грижа за децата“

Кога: 28 септември - 1 октомври 2023 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.



октомври

60 години катедра „Педиатрия“, МУ-Варна

Кога: 6-8 октомври 2023 г.

Къде: Обзор

Организира се под егидата на БПА от Катедрата по педиатрия към МУ–Варна.

XIII Национална конференция по спешна педиатрия

Кога: октомври 2023 г.

Къде: Поморие

Организира се под егидата на БПА от Катедрата по педиатрия към МУ–Пловдив.

ноември

XXI Научно-практическа конференция „Горещи точки в педиатрията“

Кога: ноември 2023 г.

Къде: Русе

Организира се под егидата на БПА от доц. С. Досев и Русенския университет.

ЧЛЕНСТВО В БПА | 2023 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 актуални новини и събития ще откриете в официалния ни сайт:

www.pediatrics-bg.eu

За 2023 г. членският внос е в размер на 80.00 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 VPBI 7940 1043 5312 01

BIC: VPBI BGSF

Сума за внасяне:

80.00 (осемдесет) 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: pediatrics.bg@gmail.com, като приложите копие от платежното нареждане.



ПЕДИАТРИЯ ПЛЮС

ОНЛАЙН ИЗДАНИЕ ЗА ПЕДИАТРИ И ОПЛ



Редакционна колегия:

проф. Стефан Стефанов

проф. Иван Литвиненко

доц. Даниела Авджиева-Тзавелла

доц. Гергана Петрова

доц. 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