ПЕДИАТРИЯ ПЛЮС

ОНЛАЙН ИЗДАНИЕ ЗА ПЕДИАТРИ И ОПЛ

ISSN 2815-4517

БРОЙ 8|2023, ГОДИНА II

WWW.PEDIATRIA-BG.EU

ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ

СЪДЪРЖАНИЕ

НА ФОКУС
Интервю с
доц. Венелин Алексиев 3

НОВИНИ 9

МЛАДИТЕ ПЕДИАТРИ
Интервю с д-р Йоана Иванова 17

ПРЕПОРЪКИ НА БПА ЗА ПРИЛОЖЕНИЕТО НА ВАКСИНИТЕ СРЕЩУ ЧОВЕШКИЯ ПАПИЛОМЕН ВИРУС (HPV) 22

ЗА ПРАКТИКАТА

Дерматит от пелени
Д. Петкова, Ю. Ердинчова 27

Периферна лимфаденопатия в детска възраст
Т. Христова 38

Календар на събитията на БПА | 2023 47

Доц. Венелин Алексиев:

„ДЕТСКАТА ОРТОПЕДИЯ НЕ Е ПАРИ, ТЯ Е АМБИЦИЯ И НАЙ-ВЕЧЕ ЩАСТИЕ, ЗАЩОТО ЛЕКУВАШ ДЕЦА“

Доц. Венелин Алексиев завършва медицина в МУ – София с отличен успех. През 1995 г. е назначен за ординатор в Детската клиника на УСБАЛО „Проф. Бойчо Бойчев“, а през 1999 г. придобива специалност по ортопедия и травматология. През 2011 г. успешно защитава дисертационен труд на тема „Възможности за прогнозиране на последиците след лечение на дисплазични и нестабилни тазобедрени стави със стремената на Павлик“. От 2012 г. е хоноруван асистент

към Медицинския факултет на МУ – София, след това е назначен за главен асистент, а от 2018 г. е доцент. През годините специализира в едни от най-добрите ортопедични клиники в Югославия, Австрия, Австралия, Израел, Япония, Швейцария, САЩ. От 2022 г. оглавява Клиниката по детска ортопедия, хирургия на горен крайник и гръбначна хирургия в УСБАЛО „Проф. Бойчо Бойчев".

ДОЦ. АЛЕКСИЕВ, РЪКОВОДИТЕ ЕДНА УНИКАЛНА ЗА СТРАНАТА НИ СТРУКТУРА. КОЛКО ДЕЦА ГОДИШНО ПРЕМИНАВАТ ПРЕЗ КЛИНИКАТА? РАЗКАЖЕТЕ НИ МАЛКО ПОВЕЧЕ И ЗА САМАТА КЛИНИКА...

През клиниката годишно минават поне 500 деца, като основно се занимаваме с елективна, а не със спешна хирургия. Най-честата патология, с която се сблъскваме, е вродената луксация на тазобедрената става, която се среща все по-рядко благодарение на въведената като масов скрининг ехографска диагностика. Във фокуса на нашата клиника са и специфични патологии като например болестта на Пертес, адолесцентната епифизиолиза на тазобедрената става, изключително редките вродени деформитети с разлика в дължините на крайниците.
Благодарение на инвестициите на университета в клиниката разполагаме и с много силен гръбначен център, оборудван с модерна 4D диагностика. Имаме и отделение за горен крайник, което е насочено основно към редките вродени аномалии на горните крайници. Нашата кли-

ника е уникална и с това, че при нас се лекуват най-сериозните случаи на деца с онкозаболявания - в отделението по костни тумори се правят най-сложните операции, например поставяне на растящи ендопротези за деца.
Най-голямата ни гордост обаче е това, че имаме много специализанти - взимаме ги за сестри и ги подготвяме след като завършат за специализация. Хубаво е, че все повече млади хора искат да останат и работят тук, в България.

ЛЕЧЕНИЕТО В БЪЛГАРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНИЯТА НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛНИЯ АПАРАТ ОТГОВАРЯТ ЛИ НА СВЕТОВНИТЕ ЗЛАТНИ СТАНДАРТИ?

Разбира се, опитваме се да следваме световните тенденции. В момента например при децата след тежките операции не се слагат гипсови имобилизации както преди, при съвременните синтези реално ги изправяме веднага след операцията. При децата с изкривен, по-къс или по-дълъг крайник вече не прекъсваме целостта на костта, за да я коригираме, а влияем върху растежа чрез т.нар. „навигиране на растежа", което означава въздействие с микроимпланти върху част от или върху цялата растежна зона. Съвременната ортопедия е съвременна синтеза, а тя е скъпа - хубаво е, че за децата тя е безплатна и всичко се покрива от Здравната каса.

В РАННА ДЕТСКА ВЪЗРАСТ СЕ ПРОВЕЖДА СКРИНИНГ ЗА ДИСПЛАЗИЯ НА ТАЗОБЕДРЕНАТА СТАВА. ИМА ЛИ СТАТИСТИКА ПО ВЪПРОСА? КОЛКО

ЧЕСТО СЕ СРЕЩА, РАННО ЛИ СЕ ДИАГНОСТИЦИРА, ЛЕЧЕНИЕТО УСПЕШНО ЛИ Е?

Благодарение на масовия скрининг и ранната диагностика, най-тежките случаи, при които се стига до операция, все повече намаляват и почти ги няма, те са 1 на 1000. Обикновено на месец се сблъскваме с 1-2 изпуснати луксации, които налагат оперативно лечение. Хубаво е да се знае, че леките неоткрити и недиагностицирани навреме луксации водят до инвалидизации в по-късна възраст и представляват 30% от късните коксартрози, налагащи необходимостта от смяна на тазобедрените стави.
В момента наблягаме повече върху дисплазията на децата с церебрална парализа – тя се неглижира, тъй като все още нямаме стройна система тези деца да бъдат обхванати отрано от ортопед, кинезитерапевт, невролог, а освен това нямаме и детска болница, в която да има мултидисциплинарен екип. Често тези деца отиват в частни болници, където се прави нещо на парче заради доброто финансиране по клинична пътека от Здравната каса, или пък отиват на лечение в чужбина. Може би хората не знаят, че такива неща се правят и в нашата база.

ДРУГ ПРОБЛЕМ, КОЙТО ОБИКНОВЕНО СЕ ПРОЯВЯВА В УЧЕНИЧЕСКАТА ВЪЗРАСТ, СА ГРЪБНАЧНИТЕ ИЗКРИВЯВАНИЯ. КАКВИ СА ВАШИТЕ НАБЛЮДЕНИЯ, НАИСТИНА ЛИ ПРОБЛЕМЪТ Е ТОЛКОВА СЕРИОЗЕН И КАКВО МОЖЕ ДА СЕ НАПРАВИ В ТАЗИ ПОСОКА?

Сколиозата наистина е много сериозен проблем. В клиниката сме горди, че имаме добре развита кинезитерапевтична програма по метода на Шрот. Университетът е инвестирал и в модерна апаратура.
Често се смята, че причина за сколиозата са тежките ученически раници. Всъщност, това е неправилен растеж на гръбнака, който се проявява във възрастта на пубертетния бърз растеж. Целта е заболяването да се хване в началото, за да се започне веднага с агресивна кинезитерапия и да не се стига да операция, защото оперативното лечение на гръбначните изкривявания е със сериозна тежест и висок риск от усложненията, а цената на имплантите - много висока.

ИМА ДОСТА РАЗНОГЛАСИЯ - И СРЕД ПЕДИАТРИТЕ, И СРЕД РОДИТЕЛИТЕ, ОТНОСНО ПРОХОЖДАНЕТО, С ОБУВКИ ИЛИ НЕ? ИМА ЛИ НЯКАКЪВ КОНСЕНСУС ПО ВЪПРОСА? КАКВО СЪВЕТВАТЕ ВИЕ?

Преди 20 години бях на едногодишна специализация в САЩ и запомних завинаги думите на един опитен американски професор, индиец, мой ментор. На въпроса каква е ролята на обувката за оформянето на ходилото, той шеговито отговаряше, че е същата, каквато е и ролята на шапката за оформяне на мозъка.
Съветът, който аз давам на родителите, е детето да е босо. В тази урбанизация обаче това няма как да се случи, затова е важно да се избират леки, флексибилни, спортни маратонки.

КАКВА Е РОЛЯТА НА ПЕДИАТРИТЕ В ПРЕВЕНЦИЯТА И ЛЕЧЕНИЕТО НА ЗАБОЛЯВАНИЯТА НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛНИЯ АПАРАТ?

Огромна! От неонатолози, общопрактикуващи лекари с педиатрична насоченост до тесни детски специалисти. Без тясна колаборация с тях детският ортопед е обезоръжен.

ЕДИН ПО-ЛИЧЕН ВЪПРОС – ЗАЩО ИЗБРАХТЕ ОРТОПЕДИЯТА ЗА ВАША СПЕЦИАЛНОСТ И ПРОФЕСИЯ?

Аз съм част от Детската клиника на УСБАЛО „Проф. Бойчо Бойчев" вече повече от 30 години, бил съм санитар, сестра, всичко... Мои учители бяха проф. Владимиров и проф. Холевич. Харесвах детската ортопедия още като студент. Винаги съм я харесвал. Детската ортопедия не е пари, тя е амбиция и най-вече щастие, защото лекуваш деца.

ВАШЕТО ПОСЛАНИЕ КЪМ ЛЕКАРИТЕ, РАБОТЕЩИ С ДЕЦА?

Обичайте децата! Бъдете преди всичко хора и после специалисти!

ПОКАНА ЗА ОБЩО СЪБРАНИЕ НА БПА

На основание чл. 26 от ЗЮЛНЦ и чл. 28, ал. 1 от Устава на сдружение „БЪЛГАРСКА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ" (БПА), Управителният съвет на сдружението взе решение за свикване на Общо събрание на Сдружението на 09.09.2023 г. от 18.00 часа в Експозиционен център Флора Бургас. Събранието ще се проведе при следния дневен ред:

1. Приемане на годишния финансов отчет и годишния доклад по глава седма от Закона за счетоводството за 2022 г.
2. Приемане на доклад за дейността съгл. чл. 40, ал. 2 от Закона за юридическите лица с нестопанска цел (ЗЮЛНЦ) за 2022 г.
3. Разни.

В изпълнение на чл. 27 от ЗЮЛНЦ и чл. 31 от Устава на сдружението, при липса на кворум в посочения час, Общото събрание ще се проведе същия ден в 19:00 часа (един час по-късно), на същото място и при същия дневен ред.

БПА СЕ СРЕЩНА С МИНИСТЪР ХИНКОВ

По инициатива на Управителния съвет на Българската педиатрична асоциация (БПА) на 4 юли се проведе среща с министъра на здравеопазването проф. Христо Хинков, като целта бе Асоциацията да заяви желанието си и занапред да участва активно в обсъждането и разрешаването на проблемите на детското здравеопазване във всичките му аспекти. От страна на МЗ в разговорите участва и д-р Красимир Николов, началник на Кабинета. БПА бе представлявана от председателя проф. Иван Литвиненко, научния секретар проф. Даниела Авджиева и организационния секретар доц. Йорданка Узунова. Освен ролята на БПА като представител на педиатрите в болничната и доболничната помощ и като страна в рамковия договор с НЗОК, беше обсъден и въпросът за Националната педиатрична болница. Проф. Хинков даде уверение, че ще продължи постигнатото до момента и че с експертността си Асоциацията и зана-

пред ще продължи да бъде ключов партньор в изграждането на окончателната структура и капацитета на бъдещата болница.

ПРОФ. ЛИТВИНЕНКО БЕ ОПРЕДЕЛЕН ЗА ПРЕДСЕДАТЕЛ НА ОБЩЕСТВЕНИЯ СЪВЕТ ЗА ИЗГРАЖДАНЕ НА НАЦИОНАЛНА ДЕТСКА БОЛНИЦА

Министърът на здравеопазването проф. Христо Хинков подписа заповед за учредяване на Обществен съвет за изграждане на Национална детска болница. За негов председател бе определен **проф. Иван Литвиненко**, председател и на Българската педиатрична асоциация. Членове на съвета са: **проф. Анна Кънева,** началник на Клиниката по детска кардиология към Националната кардиологична болница; **доц. Боряна Аврамова,** началник на Клиниката по детска клинична

хематология към УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ"; **д-р Благомир Здравков,** изпълнителен директор на СБАЛ по детски болести „Проф. Иван Митев"; **Марина Гинева,** председател на Съвета на директорите на СБАЛ по детски болести „Проф. Иван Митев"; **Надежда Цекулова,** здравен журналист и активист в НГИ „За истинска детска болница"; **Мария Брестничка,** представител на „Национална мрежа за децата"; **Надежда Рангелова-Бояджиева,** председател на Фондация „За доброто"; **Весела Банова,** създател на Сдружение „Дете и пространство"; **Ани Стоянова,** майка на Даная.

Съветът ще осъществява консултативни функции и взаимодействие между Министерството на здравеопазването, „Здравна инвестиционна компания за детска болница" ЕАД и обществеността с цел гарантиране на публичност и прозрачност на цялостния процес по изграждане на Национална детска болница.

Редовните заседания на Обществения съвет ще се провеждат въз основа на приет от Съвета шестмесечен график, не по-малко от веднъж месечно.

УНИКАЛНА ОПЕРАЦИЯ НА ДЕТЕ С РЯДЪК ТУМОР ИЗВЪРШИХА ЛЕКАРИ ОТ УМБАЛ „СВ. МАРИНА“

Мултидисциплинарен екип специалисти от варненската университетска болница „Св. Марина" осъществиха сложна операция на 9-годишно дете с рядък тумор на фаринкса. Уникалната интервенция е ръководена от началника на Клиниката по УНГ болести проф. д-р Николай Сапунджиев с участието на лекарите от клиниката доц. Георги Илиев и д-р Георги Давидов, както и екип от анестезиолози.

Детето е прието в Спешното отделение на УМБАЛ „Св. Марина" с оплаквания от затруднено преглъщане, болки в гърлото и кървене. Насочено е към Клиниката по УНГ болести, където след извършени

множество изследвания е установена изключително рядката диагноза шваном на фаринкса и се взима решение за спешна операция.
Труднодостъпната локализация на тумора в дълбочината на гърлото и рискът от кървене са били истинско предизвикателство за опериращия екип. Проф. Сапунджиев обясни, че поради необходимостта от осигуряване на нормален дихателен път на пациента е направена трахеостомия. След извършването на манипулацията става възможно и радикалното отстраняване на тумора. Операцията, продължила повече от 3 часа, приключва успешно, а детето се възстановява.

РУМЪНИЯ ИЗГРАЖДА ДЪРЖАВНА ДЕТСКА БОЛНИЦА В КЛУЖ, ПРОЕКТЪТ Е НА СТОЙНОСТ 206 МЛН. ЕВРО

Първата държавна педиатрична болница след революцията от 1989 г. започва да изгражда румънската държава в град Клуж, предаде БТА. „Най-модерното педиатрично звено в страната ще бъде изградено в Клуж.

Имаме необходимия терен и оптималното решение за изграждане на лечебния корпус. Детската болница „Моноблок" ще обслужва пациенти от цяла Румъния", посочва в прессъобщението председателят на Окръжния съвет на Клуж Алин Тише. Болницата ще има 506 легла за продължителна хоспитализация, 51 легла за дневна хоспитализация и 30 легла за интензивна терапия. Лечебното заведение ще може да обслужва приблизително 50 000 деца годишно от цялата страна.

Прогнозната стойност на проекта е 206 млн. евро, като най-вероятно финансирането ще дойде по линия на Националния план за възстановяване и устойчивост.

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

* 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.

Д-р Йоана Иванова:
„Педиатрията е интелектуално стимулираща“

Д-р Йоана Иванова завършва медицина в Медицински университет – София през 2023 г., а в момента специализира педиатрия в СБАЛДБ „Проф. д-р Иван Митев“. Научните ѝ интереси са в областта на генетиката и неврологията.

Защо решихте да бъдете лекар?

Нито имаме лекари в семейството ни, нито пък

това ми е било детската мечта, като малка исках да стана певица или космонавт. Винаги обаче съм проявявала любопитство и съм имала афинитет към природните науки. Вълнувах се да науча как функционират светът, човешкият организъм и психиката. С наближаването на края на гимназията дойде време да си избера посока. Реших да заложа на това, с което се справям най-добре и ми представлява искрен интерес, а именно биомедицинските науки. Ако трябва да съм честна, в началото не бях никак уверена дали медицината е подходяща за мен, но в хода на следването интересът ми се засилваше все повече и изборът се затвърди като правилен.

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

Всъщност, педиатрията се оказа доста предпочитана опция, поне в моя випуск и мога да разбера защо. На първо място, работата с деца е безспорно забавна и разведряваща. Харесва ми, че за да общува човек пълноценно с тях, трябва да говори на техния език и да се държи по-закачливо. Педиатрията е привлекателна и от научна гледна точка, защото изисква да имаш знания в почти всички области на медицината. Това я определя като разнообразна и интелектуално стимулираща. Моят личен избор беше силно повлиян и от преподавателите в Катедрата по педиатрия към МУ – София, които бяха сред положително открояващите се в универси-

тетските години. Те бяха сред малкото, които наистина положиха усилия да ни обучат по време на Ковид-пандемията. Когато има мотивирани преподаватели, у студентите много по-лесно и трайно пламва интерес към специалността.

Лично за вас какво е педиатрията?

Субективно погледнато, за мен педиатрията е шанс за развитие и поле, върху което се проектират надеждите ми за бъдещето.

Педиатърът според вас трябва да е...

Може би е хубаво педиатърът да притежава някои от характерните за децата качества – да не се взима твърде насериозно и да е искрен. Наблюденията ми са, че повечето педиатри в моето обкръжение са внимателни, интелигентни, възпитани и грижовни. Това е още един фактор, който ме привлече към специалността – хората, които са достойни модели за подражание.

С какви трудности се сблъсквате като специализант?

Притеснява ме пропастта между придобитите теоретични знания в университета и необходимостта сега да се прилагат на практика. Всеки ден се изисква да придобиваш нови умения, и то бързо. Тъй като работата е споделена между много специалисти, е необходима добра комуникация, което също е трудно. Голямо предизвикателство за мен е и носенето на все повече отговорност.

Вярват ли ви пациентите, когато ви видят колко сте млада?
Не, но не им се сърдя.

Кои са най-големите проблеми на детското здравеопазване в България?
За момента нямам изградено компетентно мнение. Тепърва ми предстои да се сблъсквам с тях и да ги анализирам.

Какво искате да се промени, в частност – вие да промените?
Струва ми се, че напоследък обществото се настройва негативно към събирателния образ на българския лекар и това води до ненужно напрежение в комуникацията с пациентите. Медиите допълнително подклаждат съмнението и предразсъдъците у болните (или в случая у родителите им). Ще ми се да помогна за възстановяването на имиджа на българския лекар. Може да е наивно, но вярвам, че ако лекарят се държи по презумпция с уважение към човека пред себе си и отделя време да обясни за проблема, това би обезвредило голям процент от конфликтните ситуации.

Смятате ли, че имаме нужда от Национална педиатрична болница?
На теория звучи добре да съществува обединено звено за всички тесни педиатрични специалности. Това би спестило време за транспорт и би улеснило комуникацията между отделните спе-

циалисти. На практика организирането на такъв тип болница вероятно ще представлява логистично предизвикателство.

Какви са плановете ви, след като завършите специализацията?

Към момента планирам след педиатрията да започна втора специализация по медицинска генетика. Намирам сферата за изключително вълнуваща, полето е ново и неизследвано, а перспективите за бъдещето са обещаващи.

За какво мечтаете като млад специалист?

На първо място, искам да се науча да работя медицина, базирана на доказателства. Всичко останало, колкото и добре да звучи, не действа оптимално в полза на пациента. Мечтая си също да култивирам качества като увереност и инициативност, за да мога да взимам правилните решения в напрегнати ситуации. Искам да създам трайни и стойностни взаимоотношения с колеги, за да можем да си помагаме в хода на интердисциплинарни проблеми, а и заради чувството да принадлежиш към общност. Не на последно място, мечтая някога да мога да допринеса за научния прогрес в медицината.

ПРЕПОРЪКИ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕТО НА ВАКСИНИТЕ СРЕЩУ ЧОВЕШКИЯ ПАПИЛОМЕН ВИРУС (HPV)

ЗА ПРОФИЛАКТИКА НА HPV-СВЪРЗАНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

БЪЛГАРСКА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ

За вируса
накратко

Човешкият папиломен вирус (HPV) принадлежи към семейство вируси, които могат да заразят кожата и лигавиците, като това става чрез сексуален контакт със заразено лице, при контакт кожа до кожа и при контакт със заразена повърхност. Всеки 8 от 10 души ще се зарази или е бил заразен с HPV вируса поне веднъж в даден момент от своя живот.

Познати са повече от 200 типа HPV, които могат да засегнат вътрешните и външните гениталии (маточната шийка, вулвата, вагината, пениса), аналната област, областта на устната кухина и фаринкса, както и определени участъци от кожата при жените и мъжете. 14 от тях се считат за високорискови (най-канцерогенни са HPV16 и HPV18) и могат да причинят различни видове рак при жените и мъжете, най-честият от които е ракът на маточната шийка (РМШ). Някои нискорискови HPV типове могат да доведат до поява на т.нар. генитални брадавици.

В почти 90% от случаите инфекцията с HPV остава незабелязана, тъй като протича без симптоматика, което понякога може да доведе до тежки и сериозни заболявания и при двата пола.

Статистиката е тревожна

По данни на Националния статистически институт в България **всеки ден умира една жена** от рак на маточната шийка (РМШ), а **43 жени се диагностицират** с HPV

България е на **трето място** в Европа по заболеваемост и **на четвърто** по смъртност от РМШ.
У нас **РМШ е втората по честота причина за смърт** при млади жени между 15-44 год. след рака на гърдата.

През 2012 г. в България се въведе Национална програма за превенция на рака на маточната шийка. Въпреки че ваксината е безплатна за момичета на 10-13 години, в момента **ваксинационното покритие е едва 3%.**

По данни на НСИ в България болестността от рак на маточната шийка (всички нови и стари случаи) расте от **15 691** през 2017 г. на **16 006** през 2019 г.

В България общественият разход за диагностика, проследяване, хоспитализации и лечение се изчислява на **6,7 милиона евро, което е 0.27% от годишния бюджет на НЗОК.**

Над 156 държави имат работещи ваксинационни програми. За 2022 г. по данни на СЗО **ваксинационното покритие на Норвегия е 91%, на Португалия – 89%, на Испания – 81%.**

Превенция
на HPV-инфекцията

Както и при други вируси (грип, хепатит В и др.) най-ефективният начин за превенция на HPV-инфекцията е ваксинацията.

Високото ваксинационно покритие в редица държави демонстрира намалени нива на HPV-свързаните ракови заболявания. Ваксинирането срещу HPV се препоръчва в ранна възраст, преди излагане на риск от контакт с вируса, но може да се прилага и в по-късна възраст.

HPV-ваксината съществува и се прилага вече над 20 години, като е доказала своята безопасност и ефективност в приложението на над 650 милиона дози по света. Тя води до изграждане на дълготрайна защита срещу най-често срещаните типове на HPV вируса, които са причина за развитието на HPV-свързаните ракови заболявания и генитални брадавици.

В България Министерството на здравеопазването въведе Национална програма за превенция на рака на маточната шийка през 2012 г. Ваксината е безплатна за момичета между 10-13 години.

Епидемиологичният ефект от ваксинирането се отбелязва в рамките на 5-8 години след въвеждане на ваксинационна програма. При имунизационно покритите над 50% честотата на HPV 16/18 намалява с 80% при момичетата между 13- и 18-годишна възраст и с 66% при жените между 20- и 24-годишна възраст. Намалени носителство и заболеваемост се наблюдават и при момчетата и мъжете, без да са включени в програмата, което показва групова защита.

Безопасността и поносимостта на ваксините срещу HPV са анализирани от Световната здравна организация (СЗО) през 2007 г., т.е. една година след въвеждането им, а впоследствие и през 2008, 2009, 2013, 2014 и 2015. При приложени повече от 650 милиона дози се приема, че ваксините срещу HPV имат благоприятен профил на безопасност и поносимост.

Препоръки

на Българската педиатрична асоциация (БПА)

БПА апелира българското общество и медицински специалисти да се придържат към Глобалната стратегията на СЗО за елиминиране на РМШ до 2030 г. – 90% от момичетата да бъдат напълно ваксинирани срещу HPV до 15-годишна възраст, 70% от жените да бъдат скринирани с високоефективен тест до 35- и 45-годишна възраст и 90% от жените, при които е установено заболяване на маточната шийка, да получат лечение.

БПА настоява да се разшири обхвата на Националната програма за ранна профилактика на рака на маточната шийка посредством разширяване на възрастовия диапазон от 9 до 18 години* и осигуряването на безплатни ваксини и за момчетата, които също са носители на инфекцията, а и потърпевши от нея.

БПА напомня, че ваксинирането срещу HPV се препоръчва в ранна възраст, преди излагане на риск от контакт с вируса, но може да се прилага и в по-късна възраст.

---

* Съгласно Националната програма на Министерството на здравеопазването за първична профилактика на рака на маточната шийка в момента ваксината срещу човешки папилома вирус в България е безплатна за момичетата на възраст между 10-13 години.

ДЕРМАТИТ ОТ ПЕЛЕНИ

Д. Петкова, Ю. Ердинчова
Клиника по педиатрия,
УМБАЛ „Александровска", София

Дерматитът от пелени (ДП) е едно от най-честите състояния, ангажиращо кожата в периода на кърмаческата и ранна детска възраст. Измененията могат да се развият и при по-големи деца, при които употребата на пелени продължава поради различни причини. Между 7 и 35% от кърмачетата биват засегнати [1, 3].

По своята същност ДП представлява **иритативен контактен дерматит (ИКД).** Въпреки че се нарича дерматит от пелени измененията по кожата не се дължат на самата пелена, а на задържаните в нея урина и изпражнения. Много често родителите смятат, че етиологичният фактор са перилни препарати и често съобщават, че са сменяли различни прахове за пране [2, 6]. По-често се среща при деца, чиито родители предпочитат традиционните платнени пелени, отколкото при тези, които използват съвременните дишащи и многопластови пелени за еднократна употреба [1, 6].

Етиология

ДП се дължи на увреждане на кожната бариера, което става по множество механизми. Абсорбираната от памперса урина увеличава влажността и води до нарушаване на водно липидната мантия и мацериране на кожата, а механичното триене от движението на крайниците допълнително увеличава дискомфорта. Съдържащите се във фекалиите ензими и жлъчни соли разграждат stratum corneum, а при смесването им с урина се образува амониев хлорид, който повишава pH [1, 2, 5].

Влажната и затоплена кожа е благоприятна среда за развитие на микроорганизми, особено Candida albicans. Други микози също могат да бъдат свързани с появата на дерматит от пелени: инфекция-дерматофитоза, обостряне на себорейния дерматит, причинен от Malassezia еритразма [5, 6].

При кърмачета на естествено хранене той се наблюдава по-рядко, тъй като фекалиите им са с по-ниско pH, в сравнение с децата, консумиращи адаптирано мляко. В периода на захранване на детето, с въвеждането в менюто на немлечни храни, поради увеличаване честотата на изхожданията, зачестява и дерматитът от пелени. При наличие на диариен синдром, честите и воднисти изхождания дразнят нежната кожа

и предразполагат развитие на състоянието, особено когато пелените не се сменят достатъчно често [1, 4, 5].
Продължителния престой на мокри пелени може да предразположи бебето и към развитие на инфекция на пикочните пътища.

Клинична картина и диагностика

Клинично дерматитът от пелени се презентира с еритем и десквамация, често с папуло везикулозни или булозни лезии, фисури и ерозии. Локализацията на ефлоресценциите ангажира аногениталната област, като могат да се разпространят по хипогастриума и медиалната част на бедрата. Кожата на генито кроралните гънки е интактна [1, 5, 6].
При персистиране на процеса се развиват хронични хипертрофични папули с плосък връх и инфилтративни възли. При вторично насложена кандидозна инфекция се наблюдават еритематозни плаки с конвексни и конкавни зони, множество повърхностни пустули с размер 1-2 мм и сателитни папули [1, 5].
При атипична клинична картина и персистиране на обривните единици въпреки терапията, в диференциално диагностичен аспект трябва да се имат предвид и други дерматологични, инфекциозни, системни заболявания [6, 7]. Най-често срещаните

сред тях са:

- **Алергичен контактен дерматит (АКД)** – реакция на свръхчувствителност тип IV към алергени в пелените и козметиката. Едни от най-често срещаните алергени са метали като никел и кобалт, локални антибиотици като neomycin и bacitracin, ароматизатори като myroxylon pereirae, консерванти като формалдехид, quarterium-15, MI, MCI/MI, емолиенти като amerchol-L101, пропилен гликол и cocamidopropyl betaine. Описани са случаи на АКД дори при новородени на едноседмична възраст. АКД се проявява с добре диференцирани еритем, везикули, ексфолиации в зоната на контакт с алергена. Много наподобява кожните изменения при иритативен дерматит и атопичен дерматит.

Избягването на най-честите алергени бива диагностично и терапевтично. Уместна е употребата на кортикостероиден крем за овладяване на възпалението [6, 7, 8, 9].

- **Атопичен дерматит (АД)** – възпалително кожно заболяване, засягащо до 20% от децата. Патофизиологията му е комплексна и включва в себе си нарушена бариерна функция на епидермиса, абнормен клетъчен имунен отговор, хипер IgE сенсибилизация и фактори на околната среда. Кожният микробиом е патологично променен, описва се свръхрастеж на Staphylococcus aureus, свър-

зан с повишен риск от развитие на подкожни инфекции. Характерните кожните изменения са генерализирана ксероза, еритематозни папули, везикули, екскориации, едем, крусти, локализирани по бузите, челото, скалпа, екстензорните повърхности на крайниците и рядко апогениталната зона, придружени с интензивен пруритус. АД е част от „атопичния марш" – прогресия на алергични заболявания в детска възраст от АД, през IgE-медиирани хранителни алергии, до астма и алергичен ринит. Често е налична фамилна обремененост за атопия. Диагнозата е клинична. Първата терапевтична стъпка е хидратация на кожата с подходяща дермокозметика. При липса на отговор, е уместно локалното приложение на умерено силен кортикостероиден крем два пъти дневно е уместно [6, 7, 10, 11].

- **Инфантилен себореен дерматит (ИСД)** – често срещано в кърмаческата възраст бенигнено, възпалително кожно заболяване. Етиологията му е неизвестна. Възможна причина е свръх активация на себумни жлези от майчини хормони, циркулиращи в кръвта на кърмачето. Известна е асоциация с гъбичката Malassezia spec. Презентира се с еритемни папули и плаки, жълтеникави крусти, ангажиращи скалпа, аксилите, ингвиналните гънки, умбиликалната зона. ИСД е самоограничаващ се. Адекватна хи-

дратация на кожата често е достатъчна. При по-тежък ИСД може да се обмисли приложението на КК и топикален кетоконазол. При тежък и генерализиран ИСД съчетан с невиреене, диария, малабсорбция и рекурентни инфекции трябва да се обмисли болестта на Leiner. При деца с Т-клетъчна левкемия и HIV инфекция честотата на себореен дерматит е по-висока [6, 7, 12].

- **Инфантилен псориазис (ИП)** – псориазисът е хронично, т-клетъчно медиирано, възпалително заболяване на кожата, протичащо с анормално повишена пролиферация на кератиноцитите и формиране на еритемосквамозни плаки по скалпа, периаурикуларно, външния слухов канал, умбиликалната зона, ингвиналните гънки, конкавните повърхности на тялото. В зоната на пелените кожните изменения могат да се изразяват в еритем и мацерация. Кожните гънки са засегнати. Проучванията показват асоциране с прекарана инфекция, причинена от β-хемолитичен стрептокок от група А. Диагнозата може да се потвърди с биопсия. Терапевтичните възможности са силно лимитирани при деца под 12-годишна възраст. Перорален антибиотичен курс е възможен подход, особено при изолиране на β-хемолитичен стрептокок от група А, но в литературата не са налични категорични препоръки за провеждането му [6, 7, 13].
- **Краста** – паразитоза, причинена от ми-

кроскопичния кърлеж Sarcoptes scabiei. Честотата й се увеличава. Кожните изменения са представени от полиморфни лезии, характерно е наличието на каналчета по кожните гънки, длани и ходила, зоната на пелените. Пруритус е интензивен. Заболяването е силно контагиозно. Често засяга цялото семейство. Диагнозата се поставя чрез дерматоскопия и микробиологично изследване. Терапевтичния план включва локално приложение на кремове, съдържащи сяра (2-10% при <2-месечна възраст и 10-25% при >2-месечна възраст), permethrin 5%, crotamiton 10%, а при деца >15 кг с тежка форма може да се приложи перорално ivermectin. Контактните задължително трябва да се лекуват [6, 7, 14, 15].

- **Кандидозата** – често усложнение на ДП. Характеризира се с интензивен еритем, папули и пустули, сателитни на ДП. Диагнозата се поставя чрез микробиологично изследване. Терапията е локално приложение на антимикотични препарати, съдържащи Nystatin, Clotrimazole, Miconazole, Ketoconazole или Ciclopirox [6, 7].
- **Перианален стрептококов или стафилококов дерматит** – протича с еритем, фисури. Болката и сърбежът са силно изразени, особено след дефекация. Често има анамнестични данни за предшестващ фарингит или за член от семейството, страдащ от

такъв. Диагнозата се потвърждава от микробиологично изследване на секрет от перианалната зона. Показано е приложението на антибактериални препарати за локално приложение -Mupirocin или перорални антибиотик [6, 7].

Рядко срещани състояния, влизащи в диференциалната диагноза на ДП, са **акродерматитис ентеропатика и лангерхансова хистиоцитоза** [6, 7, 16, 17].

Поведението при ДП

Основната цел е да се ускори процесът на заздравяване на увредената кожа и да се предотврати повторно му развитие [18].

Немедикаментозни похвати:

- Честа смяна на пелените и тоалет;
- Къпане и подсушаване на въздух или чрез нежно попиване;
- Употреба на мокри кърпи при условие, че не съдържат иританти като алкохол и ароматизатори, асоциирани с повишена честота на алергични реакции, есенциални масла и други;
- По възможност се препоръчват периоди без носене на пелени [1].
- Избор на пелени, асоциирани с по-рядка развитие на ДП. Уместна е употребата на еднократни, суперабсорбиращи, дишащи,

разтягащи се пелени [18].

- Локално приложение на емолиенти - препоръчва се нанасянето на тънък слой емолиент върху кожата в областта на пелената. По този начин механично се създава бариера, която защитава кожата от действието на иритантите, а също така се обогатява липидното съдържание в интрацелуларното пространство на stratum corneum, което също опосредства предпазване от хиперхидратация и експозиция на дразнещи кожата вещества. Трябва да се положи грижа емолиента да не се натрупа в кожните гънки, защото това би създало условия за бактериален свръхрастеж и нарушено отделяне на вода от кожата. Широко приложение намират емолиенти съдържащи цинков оксид, декспантенол, петролатум и други. Тези, в чиято формула са включени субстанции като боринова киселина, камфор, фенол, бензокаин и салицилати, крият риск от системна интоксикация и следва да не се употребяват [18].

Локално приложение на кортикостероидни кремове (КК):

При по-тежки форми на ДП е уместно локалното приложение на тънък слой слаби или умерено силни КК, един път дневно в продължение на една седмица. Силата на КК е представена в таблица 1. Количеството

на КК трябва да е съобразено с правилото на figure tip unit (FTU) – 1 FTU на ръката на родителя, трябва да се нанесе на телесна повърхност на кърмачето, съответстваща на две длани на родителя. Продължителната употреба на слаби и умерени силни КК или приложението на потентните КК е свързано с риск от нежелани лекарствени реакции като атрофия на кожата, формация на стрии, тахифилаксия. Поради по-високия индекс на телесна повърхност спрямо тегло при децата и повишената резорбция през кожа с оклузии, съществува и опасност от супресия на оста хипоталамус-хипофиза-надбъбрек [18].

Слаби кортикостероидни кремове	Hydrocortisone 0.1%, 0.5%, 1%, 2.5% Fluocinolone acetonide 0.0025% Desonide 0.05% Alclometasone dipropionate 0.05%	Умерено силни кортикостероидни кремове	Hydrocortisone butyrate 0.1% Hydrocortisone probutate 0.1% Hydrocortisone valerate 0.2% Betamethasone valerate 0.1% Fluticasone propionate 0.05% Fluocinolone acetonide 0.025% Clocortolone pivalate 0.1% Triamcinolone acetonide 0.1%

ДП, макар и тривиален дерматологичен проблем, засяга голям брой деца и в диференциално диагностичен план включва разнообразни заболявания.

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

100% растителни влакна, без пластмаси

Почистват по-добре от вода и памук

За лице, ръце, крачета и пелени зона

WaterWipes®

THE WORLD'S PUREST BABY WIPES

Най-чистите бебешки мокри кърпички

САМО 2 СЪСТАВКИ: 99,9% вода и капка плодов екстракт

Подходящи за новородени, преждевременно родени бебета, хора с чувствителна и атопична кожа.

Клинично тествани като кърпички, предотвратяващи причините за поява на дерматит в пелени зоната.

Одобрени от: AllergyUK ALLERGY FRIENDLY PRODUCT · National Eczema Association · Vegan · AFPRAL Recommandé par l'AFPRAL · eaa · Алианс на българските акушерки www.midwivesbulgaria.org

Периферна лимфаденопатия в детска възраст

Т. Христова
Клиника по детска
клинична хематология и онкология,
УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ", София

Лимфните възли са разположени по хода на лимфните съдове и играят роля на филтри, които освобождават лимфата от антигени, алергени, неопластични клетки и механични частици. Големината им варира според възрастта, като максималният размер се достига във възрастта 10-12 години, след което те претърпяват обратно развитие. Имат мека и еластична консистенция, неболезнени и несрастнали са, с максимален размер до 20 мм, в зависимост от локализацията и възрастта.

Уголемени лимфни възли като **симптом** се установяват при около 90% от детската популация, особено във възрастовата група 4-8 години.

Синдромът периферна лимфаденопатия се характеризира с патологични промени в

лимфните възли, изразяващи се във:
1. Уголемяване на един или няколко регионални лимфни възли;
2. Срастване на лимфните възли по съседство и/или с надлежащата кожа;
3. Болезненост - спонтанна или при палпация;
4. Промени в консистенцията - плътни, твърди;
5. Промени в надлежащата кожа - зачервяване, затопляне, фистулизация.

Диагноза

Диагнозата периферна лимфаденопатия се поставя без затруднение. Към подробно снетите анамнеза и физикален статус, задължително трябва да се обърне внимание на следните особености:

- Вид на лимфаденопатията - локализирана, генерализирана;
- Протичане - остро, подостро, рецидивиращо или хронично;
- Наличие или не на инфекциозен синдром;
- Съчетание с други симптоми - хепатоспленомегалия, екзантем, безапетитие, редукция на тегло;
- Придружаващи заболявания;
- Прием на медикаменти;
- Пътувания (в контекста на епидемиологична анамнеза);

- Консумирана храна (при подозирана паразитоза);
- Анамнестични данни за травма.

В детска възраст инфекциозните заболявания са най-честата причина за периферна лимфаденопатия. Увеличени лимфни възли се регистрират в цервикален, ингвинален и аксиларен регион. В около 15% от биопсираните цервикални лимфни възли, обаче, се открива малигнен процес.

Задължително е задълбоченото изследване на засегнатия регион, с подробен физикален статус на прилежащите структури, табл.1.

Табл. 1.

ГЛАВА И ШИЯ Инфекции на скалпа (себореен дерматит, tinea capitis) Конюнктивална инекция Орофаринкс – тонзилит, фарингит, дентални проблеми Отоскопия – отит	
КОРЕМ Хепатоспленомегалия Абдоминална маси	
КОЖА Обриви Хеморагичен екзантем	
ЛИМФНИ ВЪЗЛИ	
Характеристики на доброкачествена лимфаденомегалия	Висок риск от злокачествено заболяване
Локализирана <1-2 см (в зависимост от локализацията) Цервикален, аксиларен и ингвинален региони Еритем Болезненост Флуктуация	Генерализирана лимфаденопатия (Окципитална, аурикуларна, супраклавикуларна, ретроцервикална) Твърда и плътна консистенция >2 см Системни симптоми

Диференциална диагноза на синдрома

При неправилно интерпретиране на данните от физикалния статус, като периферна лимфаденопатия е възможно да бъдат припознати следните патологични състояния:

- Хематом на мускул в съседство;
- Паротит;
- Кистични формации;
- Уголемяване на щитовидната жлеза;
- Хемангиоми, атероми;
- Херниии и варикоцеле;
- Други - възловидни образувания, вследствие на ревматологични заболявания.

Заболявания, при които е налице синдрома

Заболяванията, при които периферната лимфаденомегалия е основен или съпътстващ синдром, се класифицират в следните групи:

- Инфекции;
- Злокачествени заболявания;
- Имунни, автоимунни, имунодефицитни заболявания;
- Кумулативни заболявания;
- Други - медикаментозно-индуцирани (фенитоин, алопуринол, карбамазепини).

Характерни особености на заболяванията с периферна лимфаденопатия

ГЕНЕРАЛИЗИРАНА ЛИМФАДЕНОПАТИЯ

Инфекциозни заболявания:

- Вирусни – варицела, рубеола, хепатит, аденовирус, CMV, EBV, HIV;
- Бактерилани – сифилис, бруцелоза, туберкулоза, септицемия, тиф;
- Микози – хистоплазмоза, кокцидиомикоза;
- Протозои – токсоплазмоза.

Неинфекциозни възпалителни заболявания:

- Ревматологични – РА, саркоидоза, СЛЕ;
- Кумулативни заболявания – болест на Niemann-Pick, болест на Gaucher;
- Серумна болест;
- Болест на Rosai-Dorfman.

Злокачествени заболявания: левкемии, лимфоми, невробластом.

Медикаментозно-индуцирани: фенитоин, алопуринол.

Хипертиреоидизъм

ЛОКАЛИЗИРАНА ЛИМФАДЕНОПАТИЯ

Цервикална (най-честата в детска възраст, обикновено с инфекциозна генеза)

Инфекции

- Вирусни инфекции на ГДП;
- Инфекциозна мононуклеоза (EBV, CMV);
- Стрептококов фарингит;

- Остър бактериален лимфаденит (стафилококов);
- Болест на Kawasaki (унилатерална лимфаденопатия с р-р >1.5 см);
- Рубеола;
- Токсоплазмоза;
- Фелиноза;
- Туберкулоза.

Злокачествени заболявания (в 1/4 от случаите се наблюдава лимфаденопатия в областта на главата и шията)

- <6 год. възраст – невробластом, левкемия, НХЛ, рабдомиосарком.
- >6 год. възраст – ХЛ, НХЛ.

Субмаксиларна и субментална

- Инфекции в устна кухина и зъби;
- Остър лимфаденит.

Окципитална

- Pediculosis capitis;
- Tinea capitis;
- Roseola;
- Рубеола.

Преаурикуларни (рядко в детска възраст)

- Локална кожна инфекция;
- Хронична инфекция на очите.

Супраклавикуларна (асоциира се със сериозно подлежащо заболяване)

- Лимфом;
- Туберкулоза;

- Хистоплазмоза;
- Кокцидоидомикоза.

Аксиларна

- Локална инфекция;
- Фелиноза;
- Бруцелоза;
- Поствaксинална реакция;
- НХЛ;
- ЮХА.

Ингвинална

- Локална инфекция;
- Контактен дерматит (пример: памперси);
- Сифилис.

Диагностичен алгоритъм

Лечение

При съмнение за остър бактериален лимфаденит се прилага антибиотично лечение (срещу най-честите бактериални патогени - Staphylococcus aureus и Streptococcus pyogenes), с последващо проследяване на ефекта след период от 2-4 седмици. При персистиране или прогресия следва биопсия. Изключение правят случаите на подозиран лимфопролиферативен процес (пример: наличие на едностранна супраклавикуларна лимфаденомегалия в съчетание с медиастинална лимфаденомегалия) при които провеждането на биопсия трябва да се осъществи незабавно.

Заключение

Периферната лимфаденомегалия в детска възраст е симптом на редица заболявания, повечето от които с доброкачествено протичане. От практическа гледна точка на първо място трябва да се мисли преди всичко за инфекциозна генеза и едва след нейното изключване - за злокачествени, имунни, автоимунни и кумулативни заболявания.

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

БПА

WWW.PEDIATRIA-BG.EU

· НОВИНИ · ИНТЕРВЮТА · СТАНОВИЩА · СЪБИТИЯ · СТАТИИ

септември

32-ри международен конгрес по детско затлъстяване
Кога: 07-09 септември 2023 г.
Къде: Албена
Българското сдружение за проучване на затлъстяването и съпътстващите го заболявания съвместно с Европейската група по детско затлъстяване.

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: х-л „Воя Бийч Ризорт“, Свети Влас
Организира се под егидата на БПА от Катедрата по педиатрия към МУ–Варна.

XIII Национална конференция по спешна педиатрия
Кога: 13-15 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: 10-12 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 актуалниновини и събития ще откриете в официалния ни сайт:

www.pediatria-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 BPBI 7940 1043 5312 01
BIC: BPBI 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: **pediatria.bg@gmail.com,** като приложите копие от платежното нареждане.

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

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

Отговорен редактор:
Весела Славчева

Издава:
Българска педиатрична асоциация

Дизайн и предпечат:
vever.studio

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

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