

ПЕДИАТРИЯ ПЛЮС

ОНЛАЙН ИЗДАНИЕ ЗА ПЕДИАТРИ И ОПЛ



ISSN 2815-4517

БРОЙ 12|2023, ГОДИНА II

WWW.PEDIATRIA-BG.EU

ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ



НА ФОКУС

Интервю с доц. Йорданка Узунова

3

НОВИНИ

9

ИЗБРАНО ОТ МЕДИИТЕ

18

МЛАДИТЕ ПЕДИАТРИ

Интервю с д-р Кристина Йотова

21

ЗА ПРАКТИКАТА

Поглед към миопията изкъсо:
новата епидемия и защо лечението
и профилактиката са важни

Г. Светославова

253

Подход при плачещо бебе

Д. Ненчева - Миличевич

37

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

По пътя на диагнозата:
ювенилен дерматомиозит

Д. Франчешкова, Т. Василев, М. Ганева,
К. Темелкова, Д. Христова, А. Дашева,
Ст. Стефанов

44

Календар на събитията на БПА | 2023

53



Доц. Йорданка Узунова:

**„МАКАР И БАВНО,
ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ У НАС
СЕ ДВИЖИ В ПРАВИЛНА ПОСОКА“**

С доц. Йорданка Узунова, организационен секретар на Българската педиатрична асоциация, разговаряме за ваксинопрофилактиката, детската трансплантология, смислените каузи в живота и професията, и разбира се – за детското здравеопазване.

ДОЦ. УЗУНОВА, ВИЕ РЪКОВОДИТЕ КЛИНИКАТА ПО ПЕДИАТРИЯ НА УМБАЛ „ЛОЗЕНЕЦ“, ПРЕПОДАВАТЕЛ СТЕ В МЕДИЦИНСКИЯ ФАКУЛТЕТ НА СУ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“, ОРГАНИЗАЦИОНЕН СЕКРЕТАР СТЕ НА БПА, ПРЕДСЕДАТЕЛ СТЕ НА ЕТИЧНАТА КОМИСИЯ НА СЛК НА БЛС И НА АРФНАРМ, СИЛНО СТЕ АНГАЖИРАНА В НРV-КОАЛИЦИЯТА, РЕДОВНО УЧАСТВАТЕ В НАУЧНИТЕ ПРОЯВИ НА БПА И В ПРОФИЛАКТИЧНИТЕ ПРЕГЛЕДИ НА ДЕЦА ИЗ ЦЯЛА БЪЛГАРИЯ ПО ПРОГРАМАТА „ДЕТСКО ЗДРАВЕ“. В МОМЕНТА ВОДИТЕ И ЕДНА ТРУДНА БИТКА СРЕЩУ НЕПРАВОМЕРНО ИЗБРАНИЯ ЗА ДЕКАН НА МЕДИЦИНСКИЯ ФАКУЛТЕТ НА СУ ПРОФ. ЛЮБОМИР СПАСОВ... КАК СЪВМЕСТЯВАТЕ ВСИЧКИ ТЕЗИ АНГАЖИМЕНТИ И НЕ ГУБИТЕ ФОКУСА КЪМ МОЖЕ БИ НАЙ-ВАЖНОТО – ВАШИТЕ МАЛКИ ПАЦИЕНТИ?

Като чух въпроса ви, и аз започнах да се чудя как се справям с всичко това. Ако се справям, разбира се. Един човек, и особено лекар, може да постигне много неща, ако е убеден в каузата си и в това, че помага наистина на хората. Аз и моите колеги ще се справим. Няма невъзможни каузи, ако са справедливи.

И ВСЕ ПАК, АКО ТРЯБВА ДА ОТКРОИМ НАЙ-ГОЛЯМАТА ВИ ПРОФЕСИОНАЛНА КАУЗА, КОЯ ЩЕ БЪДЕ ТЯ?

Лечението и профилактиката на децата като практическа работа и педиатрията като наука,



разбира се. Имам огромната привилегия професията ми да ми е хоби.

ВИНАГИ ГОВОРИТЕ ЗАПАЛЕНО ЗА ВАКСИНОПРОФИЛАКТИКАТА, ОСВЕН ТОВА СТЕ ПРЕДСЕДАТЕЛ НА ОРГАНИЗАЦИОННИЯ КОМИТЕТ НА ЕКСПЕРТНИТЕ СРЕЩИ ПО ВАКСИНОПРОФИЛАКТИКА, КОИТО БПА ОРГАНИЗИРА ЕЖЕГОДНО. ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ ГОДИНИ ВАКСИНАЦИОННОТО ПОКРИТИЕ НАМАЛЯВА – КОИ СА ПРИЧИНИТЕ И КАКВО ТРЯБВА ДА СЕ ПРЕДПРИЕМЕ В ТАЗИ ПОСОКА?

Появиха се „модерни“ антиваксьорски течения, които са много активни в интернет пространството, агресивно настъпателни са и си играят със страховете на хората. Освен това разделението на народа ни по всички възможни теми допълнително допринесе за поява на съмнения в ползите и в безопасността на ваксините. В другите цивилизовани страни не е така. Явно и ние, лекарите, имаме вина, защото не сме разказали убедително на родителите в България истинската история на ваксините.

ТЯСНО СТЕ АНГАЖИРАНА И С ДЕТСКИТЕ ЧЕРНОДРОБНИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ У НАС. ОТКЪДЕ ИДВАТ ПРОБЛЕМИТЕ?

Проблемите си имат причини, а те не са малко. Тази дейност, детските чернодробни трансплантации, бе оставена в ръцете на един чо-





Век. Той обаче, не обучи и не остави след себе си подготвени хирурзи и след отстраняването му, отговорните институции не предприеха мерки за продължаване и развитие на детската трансплантология. Налага се нуждаещите се деца да бъдат изпращани в чужбина за осъществяване на чернодробна трансплантация, което е труден процес, а понякога невъзможен. В резултат на всичко това, някои деца не дочакаха трансплантация. Остана само надеждата, че някой ден в България ще има детски трансплантационен център, в който да се осъществява тази дейност и да се наблюдават вече трансплантираните деца.

КАКВО Е ВАШЕТО МНЕНИЕ ЗА ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ КАТО ЦЯЛО?

Макар и бавно, детското здравеопазване у нас се подобрява и като цяло се движи в правилна посока. Естествено, тук трябва да спомена финансирането, особено болничното, което ни принуждава да „вмъкваме“ болното дете в клинична пътека. Проблем остава и застаряването на лекарите педиатри, както и емиграцията на младите лекари. Радвам се, че в последните една-две години има повече млади хора, желаещи тази специалност. Българските деца имат нужда от своите педиатри. Искам да призова младите си колеги: останете тук и нека заедно да помагаме на децата на България! За да я има.



НЯМА КАК ДА НЕ ВИ ПОПИТАМЕ КАКВА Е ВАШАТА ВИЗИЯ ЗА БЪДЕЩАТА НАЦИОНАЛНА ПЕДИАТРИЧНА БОЛНИЦА?

Всички сме убедени в целесъобразността на такава болница, но идеята ще се осъществи трудно, защото има много и противоречиви мнения за този проект и няма достатъчно ангажименти, поети от отговорните за това институции. Твърдо вярвам, че такава болница ще има. От всички нас зависи кога и как ще се стане това.

КАТО ОРГАНИЗАЦИОНЕН СЕКРЕТАР НА БПА РАЗКАЖЕТЕ НИ НАКРАТКО КОИ ЩЕ БЪДАТ АКЦЕНТИТЕ В КАЛЕНДАРА СЪС СЪБИТИЯ ПРЕЗ 2024 Г.?

На първо място е предстоящият през 2024 г. XVI Национален конгрес по педиатрия на БПА – това е най-важното събитие в календара за следващата година. Предстои също поредната експертна среща по ваксинопрофилактика. Има и други текущи събития, които организираме, и които ще помогнат за развитието и утвърждаването на българската педиатрия.

И ЗА ФИНАЛ, НЯКОЛКО ПО-ЛИЧНИ ВЪПРОСА. ПРОФЕСИЯТА ВИ Е ДОСТА ТЕЖКА – НАТОВАРЕН ГРАФИК, РАБОТА С БОЛНИ ДЕЦА... КАК СЕ СПРАВЯТЕ ЧИСТО ЧОВЕШКИ С ТОЗИ СТРЕС – КАК РЕЛАКСИРАТЕ, КОЕ ВИ УСПОКОЯВА, КОЕ ВИ УСМИХВА?

Обичам да пътувам и даже имам да получавам още 13 печата от новата разширена книжка със Стоте туристически обекта на България, които, всъщност, са над 140... Обещавам си догодина да ги получа всичките.

КАКВО ВИ МОТИВИРА В ЖИВОТА И ПРОФЕСИЯТА?

Движението, и то гвижението напред.

ЗА КАКВО И НА КОГО БЛАГОДАРИТЕ?

Благодарна съм на близките си хора и на колегите си за разбирането и за подкрепата им, защото понякога съм трудна за общуване. Благодаря и на моите пациенти и на техните родители. За доверието.

ВАШЕТО ПОСЛАНИЕ КЪМ ВАШИТЕ КОЛЕГИ, ЛЕКАРИТЕ, РАБОТЕЩИ С ДЕЦА...

Да не забравят, че децата са едни по-малки хора, които имат чувства и мисли и заслужават същото, че и по-голямо внимание и разбиране от възрастните пациенти. И винаги да помним, че педиатрията е наука и лекарите трябва да са в течение на новите методи и техники за лечение на деца. Българската педиатрия трябва да се стреми да бъде само на едно ниво – световното. Ще повторя, че да си добър педиатър не е достатъчно само да знаеш много и да обичаш децата. Трябва и да ги разбираш...



ГОДИШНА СРЕЩА НА БПА И ПАРТНЬОРИ



На 7 декември се състоя годишна среща на БПА и партньори, по време на която председателят проф. Иван Литвиненко представи дейността на Асоциацията за изминалата година, както и календара с научни прояви за 2024 г.

По време на събитието проф. Даниела Авджиева-Тзавелма, научен секретар на БПА, представи първото издание на „Педиатричен алманах“ – списание, което отразява резултатите от научните тър-



сеня в различни субспециалности на педиатрията. Като автори в първия годишен сборник бяха поканени да участват колеги, придобили нова академична длъжност през 2023 г., за да представят тема, по



която са работили активно, или най-новото по отношение на диагностиката и терапията в тяхната област. Специално място е отделено и на част от младите педиатри, успешно защитили дисертации през изминалата година.

Доц. Йорданка Узунова, организационен секретар на БПА, изказа благодарност от името на Асоциацията към всички партньори, които съдействат за реализиране на научните форуми на БПА.





Срещата приключи с връчването на три отличия. За цялостен принос към педиатрията в България Управителният съвет на БПА удостои с почетен знак проф. Валерия Калева, проф. Тоньо Шмилев и проф. Владимир Пилософ.

фотограф: Антон Василев

НА ФОКУС: ШЕСТИЯТ НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС НА БЛС И ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ



В периода 24-25 ноември 2023 г. се проведе Шестият национален конгрес на Български лекарски съюз. По традиция съсловната организация събра на едно място водещи специалисти от страната и чужбина, сред които, разбира се, присъстваха и представители на Българската педиатрична асоциация.

Конгресът завърши със заключителната сесия под надслов „Политики и модели на финансиране в здравеопазването в България“. В разпалената дискусия участие взеха д-р Иван Магжаров – председател на БЛС, проф. Христо Хинков – министър на здра-

веопазването, д-р Йорданка Пенкова – поуправител на НЗОК, доц. Лъчезар Иванов – зам.-председател на Комисията по здравеопазване в НС и др. Една от обсъжданите теми беше и детското здравеопазване. Министър Хинков и д-р Магжаров се обединиха около идеята, че това е огромна тема, на която би следвало да се обърне специално внимание на голяма конференция, посветена на това. По отношение на изграждането на Националната детска болница министърът подчерта, че това е един от приоритетите му и че искрено се надява първата копка да се случи по време на неговия мандат.

ВСЕКИ 3 НА 100 ДЕЦА У НАС ИМАТ СКОЛИОЗА

Според статистиките всяка година в България пациентите, страдащи от сколиоза, правят повече от 15 000 посещения при ортопед, приблизително 1000 деца слагат коригиращи корсети, а приблизително 300 се насочват към оперативно лечение. Най-засегнати са децата между 9- и 16-годиш-



на възраст, като 80% от тях са момичета. Данните са на фондация „Живот със Сколиоза“,

които стартираха проекта „Сколи хелп“, целящ да подобри качеството на живот на позрастващите и да им помогне да се справят в тежката битка със заболяването.

„Наша основна мисия е ранното диагностициране на заболяването. Днес в много малко населени места се провежда мониторинг за гръбначни изкривявания. За щастие град Русе не е от тях и в общинския бюджет ежегодно се отделят средства за прегледи на децата в училищата. Вярваме, че всеки родител, който е информиран за какви признаци да следи, ще хване заболяването на време и ще предприеме съответните мерки. Защото именно чрез информираност може да се постигне превенция. Вярваме, че с нашата инициатива децата ще бъдат по-уверени, ще носят смело своите корсети и ще правят стриктно своите специфични упражнения, за да избегнат операция“, каза ръководителката и създателката на фондацията Силвия Гордеева.

ДИГИТАЛЕН ТЕРМОСТАТ БЕ ДАРЕН НА ДЕТСКАТА ХИРУРГИЯ НА УМБАЛ „СВ. ГЕОРГИ“



Клиниката по детска хирургия към УМБАЛ „Свети Георги“ – Пловдив получи като дарение дигитален термостат, съобщиха от лечебното заведение. Използването на мини инкубатора ще даде константен градус на всички медикаменти, което е важно за лечебния процес на малките пациенти. Също така ще помогне за процеса при извършване на сложните операции в областта на гръдната и коремната хирургия. „Благодарим сърдечно на Inner Wheel Club за тяхната инициатива, желание и реализация на един такъв важен за клиниката апарат. Надяваме се на бъдещо съвместно сътрудничество в различни области, подпомагащи детското здраве“, каза началникът на детската хирургия проф. д-р Пенка Стефанова.

ВАРИЦЕЛАТА МОЖЕ ДА Е МНОГО ЗАРАЗНА, ЗАТОВА СЕ ДОВЕРЕТЕ НА VARIVAX®.

ВАКСИНИРАЙТЕ СВОИТЕ ДЕЦА,
ЗА ДА ЦЕЛУВАТ ТЕ БОЛНОТО МЕЧЕ!

ДАЙ ЕДНА
ВАРИЦУНКА



VARIVAX®
Ваксина срещу варицела, жива

VARIVAX®: ИЗБРАНА ИНФОРМАЦИЯ ЗА БЕЗОПАСНОСТ
ЗА ПОВЕЧЕ ИНФОРМАЦИЯ ОТНОСНО ВАКСИНАТА, МОЛЯ, ПОСЕТЕТЕ <https://spconline.msd-info.net/>.

VARIVAX® Е ПОКАЗАН ЗА ИМУНИЗИРАНЕ СРЕЩУ ВАРИЦЕЛА ПРИ ЛИЦА НА ВЪЗРАСТ ОТ 12 МЕСЕЦА

Възраст	Възраст: От 12 месеца до 12 години	Възраст: Над 13 години
1-ва доза	0,5 ml, подкожно или мускулно*	0,5 ml, подкожно или мускулно*
2-ра доза	0,5 ml, подкожно или мускулно* с минимален интервал от 1 месец	0,5 ml, подкожно или мускулно* с интервал от 4-8 седмици

Varivax® може да се прилага при кърмачета на възраст от 9 месеца при специални обстоятелства, в съответствие с националния имунизационен календар или в случаи на епидемия. В случай, че имунизацията започва на възраст между 9 и 12 месеца е необходима втора доза, която трябва да се приложи след минимален интервал от 3 месеца.

Varivax® може да се прилага и при податливи на заразяване лица, които са изложени на варицела вирус. Имунизация в рамките на 3 дни от излагането може да предотврати клинично проявена инфекция или да промени хода на инфекцията. Освен това има ограничени данни, които показват, че имунизацията до 5 дни след излагането може да промени хода на инфекцията.

Забележка: приложимите официални препоръки могат да варират в зависимост от необходимостта от една или две дози и интервала между дозите на ваксини, съдържащи варицела.

(*) Предпочитаните места за инжектиране са предно латералната област на бедрото при по-малки деца и областта на делтоидния мускул при по-големи деца, юноши и възрастни
ДА НЕ СЕ ИНЖЕКТИРА ВЪТРЕСЪДОВО!

VARIVAX®: ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Свърхчувствителност към всяка ваксина срещу варицела, към някои от помощните вещества - захароза, хидролизиран желатин, урея, натриев хлорид, моносодиев L-глутамат, безводен натриев фосфат, калиев дихидроген фосфат, калиев хлорид или неомидин; кръвни дискразии, левкемия, лимфоми от всякакъв тип или други злокачествени неоплазми, засягащи хематологичната и лимфната системи; лица на имunosуpresивна терапия (включително високи дози кортикостероиди); тежък хуморален или клетъчен (първичен или придобит) имуноен дефицит, например тежка комбинирана имуна недостатъчност, агамаглобулинемия и СПИН или симптоматична HIV инфекция, или специфичен за възрастта CD4+ T-лимфоцитен процент при деца на възраст под 12 месеца: CD4 + < 25%; деца на възраст между 12–35 месеца: CD4 + < 20%; деца на възраст между 36–59 месеца: CD4 + <15%; лица с фамилен анамнез за вродена или наследствена имуна недостатъчност, освен ако не е доказана имунната компетентност на потенциалния реципиент на ваксината; активна нелекувана туберкулоза; Всяко заболяване с повишена температура > 38,5°C; въпреки това по-ниски стойности на повишена температура не са противопоказание за ваксиниране; бременност. Освен това трябва да се избягва забременяване 1 месец след ваксинирането.

VARIVAX®: СПЕЦИАЛНИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И ПРЕДПАЗНИ МЕРКИ ПРИ УПОТРЕБА

Проследимост

За да се подобри проследимостта на биологичните лекарствени продукти, името и партидният номер на приложението продукт трябва ясно да се записват. Както при всички инжекционни ваксини, винаги следва да се разполага с подходящо медикаментозно лечение и наблюдение в случай на рядка анафилактична реакция след прилагане на ваксината. Както и при другите ваксини, има вероятност за реакции на свръхчувствителност не само към активното вещество, но и към някои от помощните вещества - захароза, хидролизиран желатин, урея, натриев хлорид, моносодиев L-глутамат, безводен натриев фосфат, калиев дихидроген фосфат, калиев хлорид или неомидин (който може да бъде в остатъчни следи). Както и при други ваксини, Varivax® не защитава напълно всички лица от естествено придобита варицела. Клиничните изпитвания оценяват ефикасността само 6 седмици след еднократна доза при здрави лица до 12-годишна възраст или 6 седмици след втората доза при по-възрастни пациенти. Имунизация трябва да се обмисли при пациенти с определени имунони дефицити, когато ползите надвишават рисковете (напр. асимптоматични HIV лица, дефицит на IgG подклас, вродена неутропения, хронично грануломатозно заболяване и други дефицитни заболявания). При имунокомпрометирани пациенти без противопоказание за тази имунизация може да липсва отговор към ваксината, както има при имунокомпетентни лица; поради това, в случай на контакт, някои от тези пациенти могат да се заразят с варицела, въпреки навременното приложение на ваксината. Тези пациенти трябва да бъдат внимателно проследявани за признаци на варицела. Реципиентите на ваксината трябва да избягват употребата на салицилати за период от 6 седмици след ваксиниране.

Предаване: Рядко може да се появи случай на предаване на варицелния вирус на ваксината (Oka/Merck шам), което да е причина за варицелна инфекция, включително десиминирано заболяване между ваксинирани лица (който развиват или не развиват подобен на варицела обрив) и контактни податливи на варицела, както здрави, така и високо-рискови лица. Поради това, реципиентите на ваксината трябва да избягват, винаги когато е възможно, близки контакти с податливи високорискови лица за период до 6 седмици след имунизацията.

VARIVAX®: ЕДНОВРЕМЕННО ПРИЛОЖЕНИЕ С ДРУГИ ВАКСИНИ

Varivax® се прилага на малки деца **едновременно, но на различно място** на инжектиране от комбинираната ваксина срещу морбили, паротит и рубеола, конюгираната ваксина Haemophilus influenzae тип b, ваксината срещу хепатит B, ваксината срещу дифтерия/тетанус/цялоклетъчна коклюш ваксина и полиомиелитната перорална ваксина. Липсват доказателства за клинично значима разлика в имунния отговор към някой от антигените, когато се прилага едновременно с Varivax®. Ако живата ваксина срещу варицела (Oka/Merck шам) не се прилага едновременно с жива ваксина срещу морбили, паротит и рубеола, трябва да се спазва интервал от 1 месец между прилагането на двете живи вирусни ваксини. Едновременното приложение на Varivax® с четиривалентни, петвалентни и шествалентни (дифтерийни, тетанусни и ацелуларни коклюшни [DTaP]) **ваксини не е оценено.**

VARIVAX®: ФЕРТИЛИТЕТ, БРЕМЕННОСТ И КЪРМЕНЕ

Не са провеждани проучвания при животни по отношение на репродуктивността с Varivax®. Varivax® не е оценена относно потенциалната ѝ възможност за увреждане на фертилитета.

Бременни жени не трябва да бъдат ваксинирани с Varivax®. Не са провеждани проучвания с Varivax® при бременни жени. Въпреки това, не е установено увреждане на плода, когато ваксините срещу варицела са били прилагани на бременни жени. Не е известно дали Varivax® може да увреди плода при прилагане на бременни или да повлияе върху репродуктивната способност. Трябва да се избягва забременяване 1 месец след имунизацията. Жените, които възнамеряват да забременеят, трябва да бъдат посъветвани да отложат бременността.

Поради теоретичния риск от предаване на вирусен шам на ваксината от майката на бебето, Varivax® обикновено не се препоръчва при кърмещи майки. Ваксинирането на експонирани жени с отрицателна анамнеза за варицела или за които се знае, че са серонегативни за варицела, трябва да се оценява индивидуално.

VARIVAX®: РЕЗЮМЕ НА ПРОФИЛА НА БЕЗОПАСНОСТ

В клинични изпитвания замразени и стабилни в хладилни условия форми на жива ваксина срещу варицела (Oka/Merck шам) са приложени на приблизително 17 000 здрави участници на възраст > 12 месеца, които са проследени до 42 дни след всяка доза. Липсват прояви на повишен риск от нежелани реакции при употребата на Varivax® при серопозитивни лица. Профилът на безопасност на ваксината срещу варицела (жива), стабилна в хладилни условия (Oka/Merck шам), обикновено е сходен на профила на безопасност при по-ранни форми на ваксината. В двойно слепо, плацебо контролирано проучване сред 956 здрави участници на възраст от 12 месеца до 14 години, за 914 от които е серологично потвърдено, че са податливи на варицела, единствените нежелани реакции, които са настъпили със значително по-висока честота при реципиентите на ваксина, отколкото при реципиентите на плацебо, са болка (26,7 % спрямо 18,1 %) и зачервяване (5,7 % спрямо 2,4 %) на мястото на инжектиране, и варицелоподобен обрив извън мястото на инжектиране (2,2 % спрямо 0,2 %). В клинично изпитване на 752 деца е приложена Varivax® интрамускулно или подкожно. Общият профил на безопасност при двата начина на приложение е сравним, въпреки че реакциите на мястото на инжектиране са по-редки в групата с i.p. инжектиране (20,9 %) в сравнение с групата със s.c. инжектиране (34,3 %). В постмаркетингово проучване на жива ваксина срещу варицела (Oka/Merck шам), проведено за оценка на краткосрочната безопасност (проследяване за период от 30 или 60 дни) при приблизително 86 000 деца на възраст от 12 месеца до 12 години, и при 3 600 лица на възраст 13 години и по-големи, не са съобщени сериозни нежелани реакции, свързани с ваксината.

ОПИСАНИЕ НА ИЗБРАНИ НЕЖЕЛАНИ РЕАКЦИИ

Случаи на херпес зостер в клинични проучвания: В клинични изпитвания са съобщени 12 случая на херпес зостер при 9 543 ваксинирани участници на възраст от 12 месеца до 12 години при проследяване от 84 414 човекогодина. Това прави изчислена честота от поне 14 случая на 100 000 човекогодина, в сравнение със 77 случая на 100 000 човекогодина след инфекция с див тип варицела. При 1 652 ваксинирани участници на възраст 13 и повече години са съобщени 2 случая на херпес зостер. Всичките 14 случая са леки и не са съобщени последствия. Усложнения, свързани с варицела: Усложнения от ваксиналния шам на варицела, включително херпес зостер и десиминирано заболяване като асептичен менингит и енцефалит, са съобщени при имунокомпрометирани или имунокомпетентни лица. Въз основа на изолирани съобщения от постмаркетингово наблюдение, вирусът на ваксината рядко може да бъде предаден на контактните с ваксинирани лица, които развиват или не развиват варицелоподобен обрив.

ЕДНОВРЕМЕННА УПОТРЕБА НА ЖИВА ВАКСИНА СРЕЩУ ВАРИЦЕЛА (ОКА/МЕРСК ШАМ) С ДРУГИ ПЕДИАТРИЧНИ ВАКСИНИ

Когато живата ваксина срещу варицела (Oka/Merck шам) се прилага едновременно с ваксина срещу морбили, паротит, рубеола (M-M-R II) на лица на възраст от 12 до 23 месеца, се съобщава за повишена температура (≥ 38,9°C, орален еквивалент, между 0 до 42 дни след ваксиниране) с честота 26–40%. ниране) с честота 26–40%.

СЪОБЩАВАНЕ НА ПОДОЗИРАНИ НЕЖЕЛАНИ РЕАКЦИИ

Съобщаването на подозирани нежелани реакции след разрешаване за употреба на лекарствен продукт е важно. Това позволява да продължи наблюдението на съотношението полза/риск за лекарствения продукт. От медицинските специалисти се изисква да съобщават всяка подозирана нежелана реакция чрез Изпълнителна агенция по лекарствата, ул. „Дамян Груев“ № 8, 1303 София, тел.: +359 2 8903417, уебсайт: www.bda.bg.

Срок на годност: 2 години

След разтваряне ваксината трябва да се използва незабавно. Стабилността е демонстрирана за 30 минути между +20°C и +25°C.

Изхвърлете ваксината, ако не се използва в рамките на 30 минути след приготвянето ѝ.

Специални условия на съхранение

Да се съхранява в хладилник (2°C – 8°C). Съхранявайте флакона в картонената опаковка, за да се предпази от светлина.

Да не се замразява.

ПРИТЕЖАТЕЛ НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

Merck Sharp & Dohme B.V.
Warderweg 39
2031 BN Haarlem
Нидерландия

НОМЕР(А) НА РАЗРЕШЕНИЕТО ЗА УПОТРЕБА

Регистрационен № 20190187

ЛЕКАРСТВЕН ПРОДУКТ ПО ЛЕКАРСКО ПРЕДПИСАНИЕ. ПРЕДИ ДА ПРЕДПИШЕТЕ VARIVAX®, МОЛЯ КОНСУЛТИРАЙТЕ СЕ С КРАТКАТА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПРОДУКТА.

Мерк Шарп и Доум България ЕООД
София 1407, бул. „Н. Й. Вапцаров“ 55, ет. 1, източно крило, сектори Б1 & Б2
тел.: (02) 819 37 37; факс: (02) 862 51 96; e-mail: info-msdbg@merck.com
Veeva code BG-VVX-00117 EXP 06/2024
Copyright © 2020 Мерк Шарп и Доум България ЕООД
Всички права запазени.

Д-Р ДИАНА НЕДЯЛКОВА: РАСТЕ БРОЯТ НА ДЕЦАТА, ПРЕДРАЗ- ПОЛОЖЕНИ КЪМ ДИАБЕТ ТИП 2

Zdrave.net

Броят на децата, предразположени към диабет тип 2, се увеличава. Дори сред децата в градинска възраст случаите на наднормено тегло вече не са рядкост. В последните 3-4 години в лекарските кабинети растат посещенията на юноши с инсулинова резистентност, което вече е преддиабетно състояние. Това отчитат специалистите във Второ детско отделение в УМБАЛ Бургас, където се намира единственият в областта сектор за диагностика и проследяване на деца с диабет. Д-р Диана Недялкова, единственият в Бургас и региона специалист по детска ендокринология, споделя: „Диабет тип 2 може да се предотврати. Той е с 90% фамилност и е свързан с начина на живот, неправилното хранене, липсата на движение, децата все повече се застояват пред компютри, телефони, не се движат и ядат вредни неща. Родителите обикновено винят децата си, че не се хранят правилно, но това е проблем на цялото семейство, защото, за да има резултат, трябва да се промени начинът на живот на самото семейство.“

Д-Р ТРАЯН ДЕЛЧЕВ: ВАЖНО Е ДА СЕ ВЪЗСТАНОВИ МЕДИЦИНАТА В МАЛКИТЕ НАСЕЛЕНИ МЕСТА

BWoman.bg



„Нивото на педиатрията в страната ни варира драстично в зависимост от това дали говорим за големите или за по-малките населени места. Разбира се, в София нивото е достатъчно добро, за да посреща по-голямата част от трудностите на детските болести. Това обаче съвсем не е така в малките градове и села, където често педиатри изобщо липсват. Моята тясна професионална насоченост е твърде специфична и рядко срещана. В малкото налични генетични звена работят отлично подготвени и способни лекари. За съжаление, модерната клинична генетика изисква не само интелектуален потенциал, но и огромни материални инвестиции и високотехнологична апаратура, което е трудно постижимо (почти невъзможно) в условията на родната медицина.“, споделя д-р Траян Делчев, педиатър в Клиниката за лечение на деца с генетични заболявания в СБАЛДБ „Проф. д-р Иван Митев“



Friso[®]

*Весела Коледа и
щастлива Нова година
от Friso!*



www.friso.bg

Д-р Кристина Йотова: „Педиатрията е непогнравена енергия“



Д-р Кристина Йотова завършва Медицински университет – Плевен през 2017 г. От следващата година започва специализация по педиатрия в Клиниката по педиатрия на УМБАЛ

Плевен, назначена е за хоноруван преподавател и е зачислена като редовен докторант към Катедрата по детски болести на Медицински университет – Плевен. От 2022 г. е асистент към същата катедра. През тази година придобива специалност по педиатрия.

Основните клинични интереси на д-р Йотова са в сферата на детската хематология и храненето при кърмачета и деца.

Как решихте да станете лекар?

Природните науки бяха моя страст в училище. Още в началото на гимназията знаех, че искам да кандидатствам с биология, а по-късно у мен се зароди идеята за медицина. Смятам, че тази професия дава на човек възможността винаги да надгражда себе си и способностите си.

Наскоро специализирахте педиатрия – една от най-нежеланите доскоро медицински специалности... Коя бе причината да я изберете?

Колкото и банално да прозвучи, смея да твърдя, че педиатрията ме избра. Завършвайки медицина, се бях насочила към друга близка специалност, но поради липса на места за специализация, се озовах в педиатрията, което към днешен ден считам за истински късмет.

Лично за вас какво е педиатрията?

Педиатрията е неподправена енергия, защото децата са най-чистите пациенти. Всяка тяхна емоция е искрена и това ме зарежда позитивно в работа ми.

Педиатърът според вас трябва да е...

Педиатърът трябва да е преди всичко човек, да е съпричастен с родителите и техните тревоги и да знае как да ги накара да се чувстват спокойни, поверявайки му детето си.

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

На този въпрос може би трябва те да отговорят, надявам се, че успявам да ги предразположа.

С какви трудности се сблъсквате като млад специалист?

Смятам, че това са трудностите, с които се сблъскват повечето млади колеги, най-вече неуредиците в системата на българското здравеопазване.

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

Доста са и едва ли мога да изброя всички, но най-вече недостатъчното финансиране, централизацията на тесните специалисти, недостигът на кадри по малките населени места.

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

Смятам, че промените трябва да са на национално ниво. Не мисля, че като отделни специалисти имаме способността на генерални промени в здравеопазването. Бих искала да се урегулират достъпа на пациенти до специалист и спазването на стандартите за спешност, защото нашата специалност е доста потърпевша от нередностите в тази област.

Смятате ли, че имаме нужда от Национална педиатрична болница?

Категорично да, но доста са трудностите в постигането на тази идея, защото една болница не означава само построяването на сграда.

За какво мечтаете като млад специалист?

Мечтая да имам възможността да работя и да се развивам в собствената си страна при едни нормални условия за това. Мечтая медицината в България да бъде съизмерима със световната във всяко едно отношение.



GARDASIL® 9

[9-валентна адсорбирана ваксина срещу човешки папилома вирус, рекомбинантна]

Gardasil® 9 Съкратена информация за предписване

Повече информация може да намерите в Кратката характеристика на продукта. Електронен адрес: <https://spconline.msd-info.net>

За допълнителна информация или за да съобщите за нежелана лекарствена реакция използвайте: dpos.bulgaria@merck.com

Име на лекарствения продукт: Gardasil 9 инжекционна суспензия. Качествен и количествен състав: Адсорбирана 9-валентна ваксина срещу човешки папиломавирус [типове: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58] (рекомбинантна). Терапевтични показания: Gardasil 9 е показан за активно имунизирание на лица след 9-годишна възраст, за предпазване от следните HPV заболявания: Премалигнени лезии и карцином, засягащ цервикса, вулвата, вагината и ануса, причинени от ваксиналните HPV типове. Генитални брадавици (Condyloma acuminata), причинени от определени HPV типове. Дозировка и начин на приложение: Лица на възраст от 9 до 14 години включително - Gardasil 9 може да се прилага по 2-дозова схема (0, 6 – 12 месеца); Лица на 15 и повече години Gardasil 9 трябва да се прилага по 3-дозова схема (0, 2, 6 месеца). Противопоказания: Свръхчувствителност към активното вещество или към някое от помощните вещества, изброени в точка 6.1 на КХП. Специални предупреждения и предпазни мерки при употреба: Ваксината може да предпази само от заболявания, които се причиняват от HPV типове, за които е предназначена. Ваксината е само за профилактично приложение и няма ефект върху HPV инфекции или развито клинично заболяване. Ваксината не е демонстрирала терапевтичен ефект. При юноши, след ваксиниране, а дори и преди това, може да настъпи синкоп (припадък), понякога свързан с падане като психогенен отговор към инжекцията с игла. Затова е необходимо наблюдение за около 15 минути след ваксиниране. Нежелани лекарствени реакции: Най-често наблюдаваните нежелани реакции са реакции в мястото на инжектиране (84,8 % от имунизираните до 5 дни след всяка визита за имунизирание) и главоболие (13,2 % от имунизираните до 15 дни след всяка визита за имунизирание). Тези нежелани реакции са обикновено леки или умерени по интензивност. За повече информация вж. т. 4.8 на КХП. За клинично значими взаимодействия с други лекарствени продукти: Gardasil 9 може да се прилага едновременно с комбинирана бустер ваксина срещу дифтерия (d) и тетанус (T), срещу коклюш [ацелуларна компонента] (ap) и/или полиомиелит [инактивиран] (IPV) (dTар, dT-IPV, dTар-IPV ваксини) без значимо повлияване на антияловия отговор към някои от компонентите на всяка от ваксините. Използването на хормонални контрацептиви по-скоро не оказва влияние върху типа на имунния отговор към Gardasil 9. Клинично значима информация за специфични популации (бременност, кърмене, фертилитет): Няма достатъчно данни, за да може да се препоръча използването на Gardasil 9 по време на бременност. Gardasil 9 може да се използва по време на кърмене. Проучванията при животни не показват вредни ефекти върху фертилитета. Предпазване от ювенилна рецидивираща респираторна папиломатоза (juvenile-onset recurrent respiratory papillomatosis, JoRRP) чрез ваксиниране на момичета и жени с детероден потенциал JoRRP се причинява от инфекция на горните дихателни пътища главно с HPV тип 6 и 11, придобита вертикално (от майка на дете) по време на раждане. Обсервационни проучвания в САЩ и Австралия показват, че въвеждането на qHPV ваксина след 2006 г. е довело до намаляване на честотата на JoRRP на популационно ниво. Притежател на разрешението за употреба: Merck Sharp & Dohme B.V. Waarderweg 39 2031 BN Haarlem Нидерландия Начин на предписване: Използването на Gardasil 9 трябва да става в съответствие с официалните препоръки.

Лекарствен продукт по лекарско предписание.

Преди да предпришете GARDASIL®9, се консултирайте с кратката характеристика на продукта.



Мерк Шарп и Доум България ЕООД.

София 1407, бул. „Н. Й. Вапцаров“ 55, ет. 1, източно крило, сектори Б1 & Б2
тел.: (02) 81937 37; факс: (02) 862 51 96; e-mail: info-msdbg@merck.com
Veeva code: BG-GSL-00028 EXP 09/2025 Copyright © 2023 Мерк Шарп и Доум
България ЕООД. Всички права запазени

ПОГЛЕД КЪМ МИОПИЯТА ИЗКЪСО: НОВАТА ЕПИДЕМИЯ И ЗАЩО ЛЕЧЕНИЕТО И ПРОФИЛАКТИКАТА СА ВАЖНИ

Г. Светославова

МЦ „Лозенец“,

ДКЦ „Аджибадем Сити Клиник Токуга“

Миопията, или още късогледството, е рефракционна аномалия или форма на аметропия, при която, поради по-голямата аксиална дължина на окото или поради по-силното пречупване на светлината, образът попада пред ретината. Най-честата ѝ форма в детска и юношеска възраст е т.нар. аксиална миопия, при която очната ябълка расте на дължина. Редица проучвания вече разкриха причините за това, както и какво може да се предприеме като мерки за забавяне или спиране на прогресията на миопията.

След последните три години, в които дистанционното обучение беше сериозен фактор, все повече се заговори за послед-

ствията му върху зрението и очите в пубертетна и предпубертетна възраст. В действителност, честотата на миопията сред децата се повишава през последните две десетилетия, но Covid-19 пандемията и дистанционното обучение дадоха тласък на тази тенденция.

Целта на тази статия е да обсъди факторите, които провокират това, както и какво работи и какво не в опитът за контрол на миопията.

Честота и рисков фактори

Децата се раждат далекосгледни в близо 99%, една много малка част от тях са с голяма аксиална дължина на булба и скоро след раждането стават късогледни. Децата, родени преждевременно и дори и с лека степен на ретинопатия на недоносеното, са в рисковата група именно заради това. За всички други деца започва плавен процес на еметропизация, който води до постепенно намаляване на вроденото им далекосгледство, така че съобразено със съответните занимания за възрастта зрителният анализатор да помага на развитието на детето. Би следвало децата да останат с една ниска степен далекосгледство до начална юношеска възраст, но от последните две десетилетия това вече не е така. В различните държа-

Ви, според възприетите стандарти на образование, режимът на децата и тяхната генетична предразположеност определят честотата на миопия. Според проучване на Huang L. и колектив честотата на миопия в Китай сред първокласниците е 33.6%, сред седмокласниците – 54%, а сред юношите – близо 90% [1]. Честотата на миопия сред 10-15 годишните в Швеция пък е 49.7%, а в Гърция – 37%. Каквото и да показват статистиката, едно е сигурно – късогледството засяга все повече деца, все по-рано.

Защо е важно да се отбележи тази тенденция? Според последните прогнози до 2050 г. 50% от населението ще е с късогледство, което се равнява на 4.5 милиарда души, от които около 1 милиард ще са със злокачествена високостепенна миопия, която дава цялостно отражение върху здравето на зрителния анализатор [2]. Това ще се случи именно поради повишаващите се нива на миопия в предучилищната и ранната училищна възраст. Също така като една от най-честите причини за нисък академичен успех в училищната възраст се сочи намаленото зрение и невъзможността временно да се усвои учебния материал. А най-честата причина за намалено зрение сред децата е некоригираната рефракционна аномалия, в това число миопията. Факторите за това са много – непознаване от

страна на родителите на рисковете в тази възраст, битуващото мнение, че очите се „развалят“ от очила, финансовите затруднения, ниското ниво на профилактика сред пограстващите... Сред рисковите фактори се нареждат и намаленото време, което децата прекарват на открито, както и увеличеното екранно време. Наличието на един родител с миопия увеличава риска от развитие при детето с 1.5, а на двамата родители – съответно с 2.7 пъти по-голяма вероятност детето да развие късогледство [3]. Ако трябва да обобщим, дали детето ще бъде късогледо зависи най-вече от два фактора – генетичната предразположеност и факторите на околната среда. През последните две десетилетия са открити близо 400 генетични локуса, които обвързват рефракционните аномалии с наследственост, но генетичните фактори, всъщност, са отговорни най-вече за прогресията на едно късогледство. Факторите на околната среда и начинът на израстване на детето се оказват отговорни за над 70% от късогледството в ранна училищна възраст [4]. Някои проучвания посочват като рисков фактор и наличието на ниски нива на vit D, но да не забравяме, че неговите нива са пряко свързани със слънчевата светлина и престоя на открито, което поставя под съмнение кое е първопричината [5]. Все още

има недостатъчна информация дали ниските нива на омега-3-ненаситени мастни киселини са асоциирани с миопия, но в много страни се препоръчва завишаването на приема им като протекция. Очакват се резултати от още проучвания по отношение значението на храненето и хранителния режим на детето и асоциацията с миопия.

Значение и късни последици

Ако нискостепенната миопия е само едно неудобство, то средната и високостепенната (тази над -6.0 диоптъра) крият рискове от много увреждания в очите. Увеличената ексцесивно очна ябълка е по-предразположена към отлепване на ретината и периферни дегенерации на ретината, към макулна дегенерация, към по-ранна проява на катаракта, към „heavy eye syndrome“, което е форма на придобит страбизъм и води до по-ниска контрастна чувствителност и по-слабо зрение в тъмното. Дете с късогледство между -3.0 и -5.0 сферични диоптъра е с 3 пъти по-висок риск от развитие на глаукома в напреднала възраст, като за всеки диоптър рискът се увеличава с около 10-20% [6].

Видове профилактика, корекция и контрол на миопия

В началото на 2023 г. Световната асоци-

ация по детска офталмология и страбизъм (WSPOS) излезе с данни, които обобщават установените полезни и вредни практики в опитите да се стопира или забави развитието на късогледството [7].

С днешна дата се смята, че практиката от миналото да не се изписва корекция или да се хипокоригира детето, за да „не стават мързеливи очите“, не само че не помага, но и вреди – детето все повече измества фокуса си в близкото пространство и започва да присвива и притиска очите си. Тези фактори водят до нарастване на аксиалната дължина на окото и съответно на диоптъра. Други практики, които не помагат, са: филтрите, които блокират синята светлина, бифокалните стъкла, прогресивните стъкла, обикновените контактни лещи, както и очилата тип „стенопеична дупка“. През последните години се проведоха стотици проучвания на тема какво работи в забавянето на прогресията на миопията. На първо място това е увеличеното време престой навън, на открито, и съответно – намаленото време пред екран. През 2015 г. в Китай се въведе национална програма за допълнителен час престой навън за децата под 12 год., като това прави минимум 2 астрономични часа на открито, за да се намалят времето пред екран и зрителното натоварване наблизо. Абсолютно едино-

душно е мнението, че на децата под 2 години не бива да им бъде отпускано екранно време, а във възрастта между 2 и 5 год. екранното време трябва да бъде максимум 1 час дневно, разделено през деня.

Втори метод за превенция на миопията са атропинът и стъклата с миопичен дефокус. Най-много проучвания са провеждани във връзка с приложението на ниска концентрация атропин под формата на очни капки. Макар и да не е установен точния механизъм как той работи, доказано е, че води до уплътняване на хориоидеята и по този начин предотвратява увеличаването на аксиалната дължина на окото. Прилага се 0.01% или 0.05% атропин като все още е спорно коя от двете концентрации има по-добър дългосрочен ефект. В тази ниска доза не се наблюдават нежелани странични реакции като замъгляване на зрението и гразнене от светлина. Приложението трябва да е минимум една година и да е съпроводено с редовни специфични изследвания за проследяване на аксиалната дължина на окото. Стъклата с миопичен дефокус биват с различен дизайн на стъклата според патента и производителя (DIMS, HALT, DOT тип стъкла), но действат на един принцип – дефокус инкорпорирани мулти-сегментни стъкла. При тях има централна оптична зона, която позволява ясно зре-

ние, и една пръстеновидна периферна зона, която създава миопичен дефокус с добавка от +3,50 диоптъра. На външен вид не се различават от еднофокусните стъкла и не представляват неудобство за детето. В България също се предлагат такъв тип стъкла. Комбинацията от атропин и дефокусни стъкла също е вариант и би следвало да се използва в случаи, когато само едното не е достатъчно.

Трети метод е ортокератологичният – това са т. нар. контактни лещи за през нощта. Детето ги слага всяка нощ и спи с тях, като те водят до временно оплоскостяване на роговицата и съответно през деня не е нужно да се носи корекция. Този вариант се предлага в България, но не е подходящ за пациентите под 8-годишна възраст с начална миопия поради обективни причини.

Вариант е и носенето на мултифокални контактни лещи, въпреки че техният ефект е по-слаб в сравнение с този на атропиновите капки и на DIMS стъклата.

Поведение при новооткрита миопия в детска възраст

Ако късогледството започне в предучилищна възраст, когато детето е в една по-защитена среда, то само съобщава, че не вижда добре надалеч и доста по-лесно свик-

Ва с носенето на корекция. Когато обаче късогледството започне в училищна възраст, а детето е станало свидетел на социалния ефект от носенето на очила и некоректното отношение на околните, то често крие, че не вижда. Нерядко се случва учителят да е този, който открива пръв проблема. Родителите често реагират много остро и със силно притеснение и критика в такива случаи. Това рефлектира още повече над желанието на детето да кооперира и да приеме състоянието на очите си. Тук ролята на лекаря е много важна. Очният лекар е този, който да създаде правилната обстановка и адекватен подход към семейството, без излишна критика и без товар за детето. Важно е да се изгради план за действие заедно със семейството, програма за намаляване на прогресията и за проследяване във времето.

Заклучение

Миопията е назрял социален проблем, който до 2050 г. ще ангажира половината от човечеството. За щастие, има варианти за противодействие. Най-важното би следвало да е да насърчаваме децата да играят навън, в открити пространства, поне два часа дневно, както и да намалим екранното им време. От значение, разбира се, са и навременните и регулярни профилактич-

ни прегледи при офталмолог. При започнала миопия в предучилищна възраст е задължителна някаква форма на контрол на прогресията, съобразено с възможностите на родителите. Установено е, че най-голяма е прогресията в групата на 7-9-годишните, но понякога тя продължава дори до 20-годишна възраст. Какъв тип контрол на миопията ще се избере и как ще бъде проследявана прогресията са два ключови момента в успешната грижа за очите на късогледото дете.

Библиография:

1. Huang L, Kawasaki H, Liu Y, Wang Z. The prevalence of myopia and the factors associated with it among university students in Nanjing: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Mar;98(10):e14777. doi: 10.1097/MD.00000000000014777. PMID: 30855486; PMCID: PMC6417623.
2. Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, Jong M, Naidoo KS, Sankaridurg P, Wong TY, Naduvilath TJ, Resnikoff S. (2016). Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology*; 123(5):1036-42.
3. Jiang X, Tarczy-Hornoch K, Cotter SA, et al. Association of Parental Myopia With Higher Risk of Myopia Among Multiethnic Children Before School Age. *JAMA Ophthalmol*.

2020;138(5):501-509. doi:10.1001/jamaophthalmol.2020.0412.

4. Wang YM, Lu SY, Zhang XJ, Chen LJ, Pang CP, Yam JC. Myopia Genetics and Heredity. *Children (Basel)*. 2022 Mar 9;9(3):382. doi: 10.3390/children9030382. PMID: 35327754; PMCID: PMC8947159.

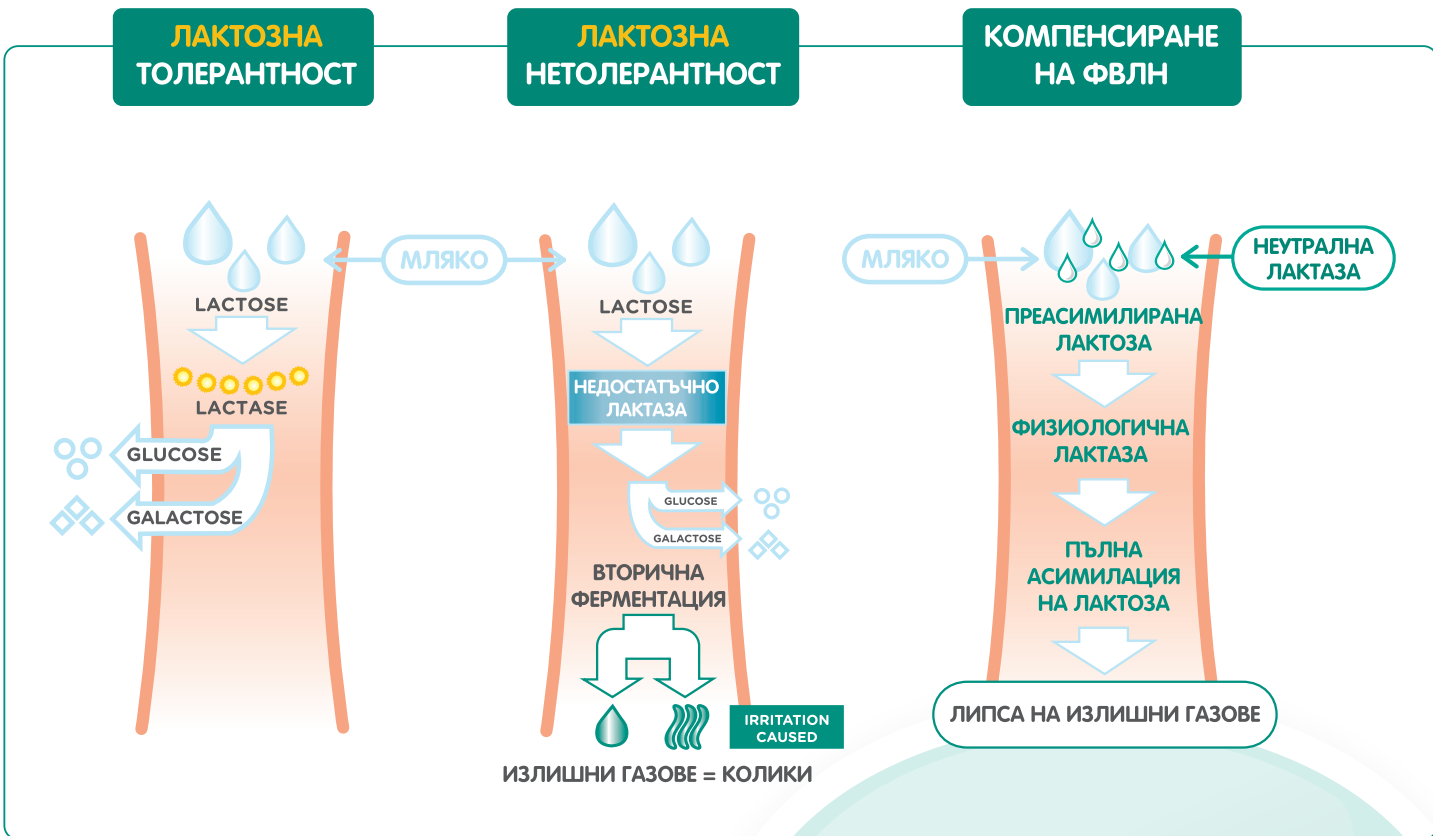
5. Tideman JW, Polling JR, Voortman T, Jaddoe VW, Uitterlinden AG, Hofman A, Vingerling JR, Franco OH, Klaver CC. Low serum vitamin D is associated with axial length and risk of myopia in young children. *Eur J Epidemiol*. 2016 May;31(5):491-9. doi: 10.1007/s10654-016-0128-8. Epub 2016 Mar 8. PMID: 26955828; PMCID: PMC4901111.

6. Mitchell P., Hourihan F., Sandbach J., Wang J.J. The Relationship between Glaucoma and Myopia: The Blue Mountains Eye Study. *Ophthalmology*. 1999;106:2010-2015. doi: 10.1016/S0161-6420(99)90416-5.

7. WSPOS - Myopia consensus statement 2023

КОЛИКИТЕ СЕ ДЪЛЖАТ НА ИЗЛИШНИТЕ ГАЗОВЕ, ОБРАЗОВАНИ В РЕЗУЛТАТ НА **НЕБАЛАНСИРАНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕН ПРОЦЕС ПО УСВОЯВАНЕ НА ВЪГЛЕХИДРАТИТЕ** ОТ МЛЯКОТО, ПОЗНАТ КАТО ФИЗИОЛОГИЧНА ВРЕМЕННА ЛАКТОЗНА НЕТОЛЕРАНТНОСТ (**ФВЛН**) ПРИ БЕБЕТАТА ^{1,2}

ФВЛН СЕ ДЪЛЖИ НА **ФИЗИОЛОГИЧНИЯ ВРЕМЕНЕН ЛАКТАЗЕН НЕДОСТИГ**, КОЛИЧЕСТВОТО НА ФИЗИОЛОГИЧНО ПРОИЗВЕЖДАНАТА ОТ БЕБЕТО ЛАКТАЗА Е НЕДОСТАТЪЧНО ЗА ОПТИМАЛНАТА АСИМИЛАЦИЯ НА ЛАКТОЗАТА, ПОЕМАНА С ВСЯКО ХРАНЕНЕ ^{3,4}



СИСТЕМАТИЧНО КЛИНИЧНО ДОКАЗАН ПОДХОД СРЕЩУ КОЛИКИ®

Капки за бебета с неутрална лактаза



ПРЕМАХВАТ ПРИЧИНАТА ЗА ОБРАЗОВАНИЕ НА ГАЗОВЕ

СЪКРАЩАВАТ ВРЕМЕТО НА ПЛАЧ

ОБЛЕКЧАВАТ КОЛИКИТЕ

ХРАНЕНОТО НА БЕБЕТАТА В КЪРМАЧЕСКА ВЪЗРАСТ С ПРЕАСИМИЛИРАНА ЛАКТОЗА ОБЛЕКЧАВА КОЛИКИТЕ, КАТО ПОВЛИЯВА ДВАТА ОСНОВНИ ТЕХНИ СИМПТОМА:

ОГРАНИЧАВА ВЪТРЕЛУМЕННОТО ОБРАЗОВАНИЕ НА ИЗЛИШНИ ГАЗОВЕ ⁶

ниво на издишан водород



ОБЛЕКЧАВА КОЛИКИТЕ ^{5,6}

съкращава времето на плач



ПРЕАСИМИЛАЦИЯ НА ЛАКТОЗАТА В МЛЯКОТО

(РАЗГРАЖДАНЕТО И ДО ЛАКТОЗА И ГАЛАКТОЗА) СЕ ПОСТИГА ЧРЕЗ ПРЕДВАРИТЕЛНОТО ДОБАВЯНЕ НА **4 КАПКИ** **НЕУТРАЛНА ЛАКТАЗА** В МЛЯКОТО НА БЕБЕТАТА ^{4,5,7}

⁽¹⁾ Levitt, M.D. (1969) Production and excretion of hydrogen gas in man. New Eng. J. Med. 281, 122-127; ⁽²⁾ Miller, J.J. Mc Veagh, P., Fleet, G.H. & Brant, J.C. (1989) Breath hydrogen excretion in infants with colic. Arch. Dis. Child 64, 725-729. ⁽³⁾ Lieberman, W.M. (1981) Infantile colic: Association with lactose and milk tolerance. J. Am. Med. Assoc. 245, 732-733; ⁽⁴⁾ Malone, A.J., Kearney, P.J. & Dugga, P.F. (1995) The effect of a lactase on the osmolality of an infant formula. Irish J. Med. Sci. 164, 22; ⁽⁵⁾ P.J. Kearney, A.J. Malone, T. Haynes, M. Cole (1998); A Trial of Lactase in the Management of Infant Colic. Journal of Human Nutrition and Dietetics, 11, 291-295; ⁽⁶⁾ D. Kanabar, M. Randhava and P. Clayton, et al. (2001) Improvement of Symptoms in Infant Colic Following the reduction of Lactose load with lactase, Guys Hospital, UK. Journal of Human Nutrition and Dietetics, 14, 5, 359-363; ⁽⁷⁾ Chemical and physical property test of 100 ml infant formula and its lactose content after adding of lactase enzyme, pub. Feb. 2015, Hungarian Dairy Research Institute Ltd, Food Research and Testing and Raw Milk Laboratory, № NAT-1-1013/2012, protocol No M-03919-25/2014

Подход при плачещо бебе

Д. Ненчева – Миличевич

УМБАЛ „Лозенец“, Клиника по педиатрия

Младите родители са силно притеснени, когато бебето им плаче, особено ако плачът е ежедневен и продължителен. Коликите и свързаният с тях плач са честа причина за посещение при педиатър, но не винаги можем да успокоим родителите с обстойни обяснения какво са колики, какъв е произходът им и защо бебето плаче всеки ден. Понякога родителите са силно разтревожени, тъй като се сблъскват с най-големия си страх – че детето им е в опасност, и трудно възприемат обясненията на лекаря. Ситуацията, в която се намират родителите, е изключително затруднена от много нови задължения и недоспиване, в комбинация с плашещата информация, която откриват в интернет пространството. На първо място е важно педиатърът да е спокоен и да прояви разбиране и съпричастност. След като е създадена приятна

и добронамерена обстановка – идва време за снемане на подробна анамнеза. Тя ще ни ориентира какво е състоянието на детето и какви са отношенията в семейството.

Въпроси, които могат да ни ориентират в състоянието на детето [1]:

- остро или протрахирано начало на плача;
- начин на хранене, има ли повръщане или диария; наддава ли на тегло;
- има ли температура;
- разпознават ли различни видове плач; по кое време на деня бебето плаче най-много; напоследък плачът по-различен ли е; защо сега са по-притеснени.

Въпроси, които могат да ни ориентират за психичното състояние на родителите и отношенията в семейството – най-често се използва Единбургската скала за оценка на постнаталната депресия [2]:

- как се чувствате след раждането – щастливи ли сте, може ли да се смеете, обвинявате ли се за нещо, страхувате ли се, чувствате ли се безпомощни, празни или тъжни;
- какво правите, когато детето плаче и как успявате да го успокоите;
- трудно ли се справяте със задълженията около бебето; имате ли промени в апетита; имате ли подкрепа на близки и роднини.

На Второ място след анамнезата следва да се извърши основен преглед на детето. Неговата цел е да се изключат органични причини, водещи до плач. Както всеки преглед, така и при прегледа на кърмаче е важно то да е разсъблечено. На какво трябва да обърнем внимание, ако плачът е с Внезапно остро начало и кърмачето е силно неспокойно:

- температура;
- има ли признаци на повишено вътречерепно налягане, фрактура, остър корем;
- по-редки причини за силна болка – остро нарушаване на кръвообращението на пръст от увит косъм или влакно, чуждо тяло в очите.

Типичната анамнеза при кърмаче с колики включва продължителен плач в следобедните и вечерните часове, при иначе здраво бебе с нормален тегловен прираст. При типична анамнеза и нормален физикален статус – не е необходимо да се провеждат изследвания. Освен колики, другите чести причини за плач при здрави деца са гладът и преумората. Всяко отклонение в статуса, съмнение за болест или състояние, причиняващо болка, налагат диагностично уточняване.

Докато разпитва родителите и преглежда детето педиатърът трябва да се ори-

ентирал дали родителите имат нужда от по-обстойни обяснения на случващото се или по-скоро емоционална подкрепа.

Опорни точки, които можем да дадем, ако не са открити признаци на заболяване и родителите са в добро психично състояние [3]:

- плачът е нормален начин за изразяване в кърмаческа възраст;
- коликите са най-честата причина за неспокойство и плач при кърмаче, което се храни с апетит, не повръща, нагдава добре на тегло и няма други симптоми на заболяване;
- гладът и преумората са следващи по честота;
- Времето за плач се увеличава постепенно, като достига пик на възраст 6-8 седмици, но към 3-4 месец коликите обикновено преминават;
- плачът е обикновено следобед и вечер, а през останалото време детето е спокойно;
- стъпаловиден подход на поведение – масаж, затопляне, оригване, промяна на биберона, билкови чайове, пробиотици, ензимно заместване [4].

Подход при родители, които се емоционално нестабилни:

- поканете ги на по-обстоен разговор за

случващото се след раждането;

- помогнете им да изградят рутина в отглеждането на бебето;
- посъветвайте ги да направят дневник на храненията, изхожданията, съня и плача, който заедно да разгледате при следващо посещение;
- ако откривате признаци за постнатална депресия – насочете ги към психиатър или психотерапевт.

Не трябва да се забравя, че силният плач на бебето може да е израз на проявено насилствено поведение от страна на родителите – травма на главата, известна в миналото като „shaken baby syndrome”. Отключващ механизъм за проява на таква поведение е продължителният плач [1]. Неглижирането на детето е другата крайност, която може да е израз на тежка постнатална депресия. Депресията може да започне през всеки един момент от раждането до навършване на първата година на детето. Засяга 5 пъти по-често жените, но 1 от 10 мъже също могат да развият симптоми. Началото може да бъде внезапно или постепенно, а тежестта може да варира от неприятно чувство за тъга до пълна невъзможност за грижа към детето. Последствията за децата, отглеждани от майки с постнатална депресия, включват

по-бавен тегловен прираст, по-силно изразени колики и повече часове плач, по-чести епизоди на диария, нарушения в нощния сън, повече боледувания, затруднена експресивна реч и др. [5].

Библиография

1. Unsettled or crying babies, Clinical practice guidelines, The Children Hospital of Melbourne
2. Gopalan P et al, Postpartum Depression- Identifying Risk and Access to Intervention, Curr Psychiatry Rep 2022
3. Murugu Sarasu J et al, Infantile Colic: An update, Indian Pediatr 2018
4. Mai Tu et al, Infantile Colic: New insights into an old problem, Gastroenterol Clin North Am 2018
5. Slomian J et al, Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes, Womes Health Lond 2019



БПА



WWW.PEDIATRIA-BG.EU

· НОВИНИ · ИНТЕРВЮТА · СТАНОВИЩА · СЪБИТИЯ · СТАТИИ



ПО ПЪТЯ НА ДИАГНОЗАТА: ЮВЕНИЛЕН ДЕРМАТОМИОЗИТ

Д. Франчешкова, Т. Василев, М. Ганева,
К. Темелкова, Д. Христова, А. Дашева,
Ст. Стефанов

Клиника по ревматология,
СБАЛДБ „Проф. д-р Иван Митев“,
Катедра по педиатрия, МУ – София

Ювенилният дерматомиозит (ЮДМ) е най-честата идиопатична възпалителна миопатия в детска възраст. Поставянето на диагнозата се базира на типична клинична картина и специфични промени от параклинични, имунологични и образни изследвания. Средното време от появата на първите симптоми до потвърждаване на диагнозата е около 6 месеца (вариращо от 5 седмици до 2 години). Познаването на заболяването е от изключителна важност за навременното диагностициране, започване на лечение и предотвратяване на дългосрочни усложнения, свързани с него.

Клиничен случай

Представяме случай на момче на 2 години и 6-месечна възраст, с необременена преморбидна анамнеза. От 1-годишна възраст е с поява на обрив и кожни уплътнения по екстензорните повърхности на пръстите на ръцете, лактите и колената, които са интерпретирани като травматични промени и не е провеждано лечение за тях. Впоследствие се появява периорбитален оток и обрив, обострящ се при слънчева експозиция, който е разглеждан изолирано от предходните прояви и е третиран локално със слънцезащитни кремове. Първи преглед от специалист дерматолог е осъществен година след началото на оплакванията, когато е изказано съмнение за ЮДМ. Проведена е капиляроскопия с данни за редуциран брой капилляри, с нарушена архитектоника. Детето е насочено към детска ревматологична клиника.

При постъпване в Клиниката по ревматология на СБАЛДБ „Проф. д-р Иван Митев“ детето е с хелиотропен обрив и отоци периорбитално, фиг. 1 и 2, обрив по брадичката и челото, папули на Готрон в областта на екстензорните повърхности на МКФС, ИФС на ръцете, лакетни и коленни стави, фиг. 3 и 4, както и с периунгвални телеангиектазии. При изследване на ОДС се

установява проксимална мускулна слабост на долни крайници със затруднено клякане и изправяне, положителен симптом на Gowers, както и ограничени и болезнени движения в двете гървнени стави. Анамнестично майката съобщава за субфебрилитет, с давност един месец преди хоспитализацията.



Фиг. 1.



Фиг. 2.



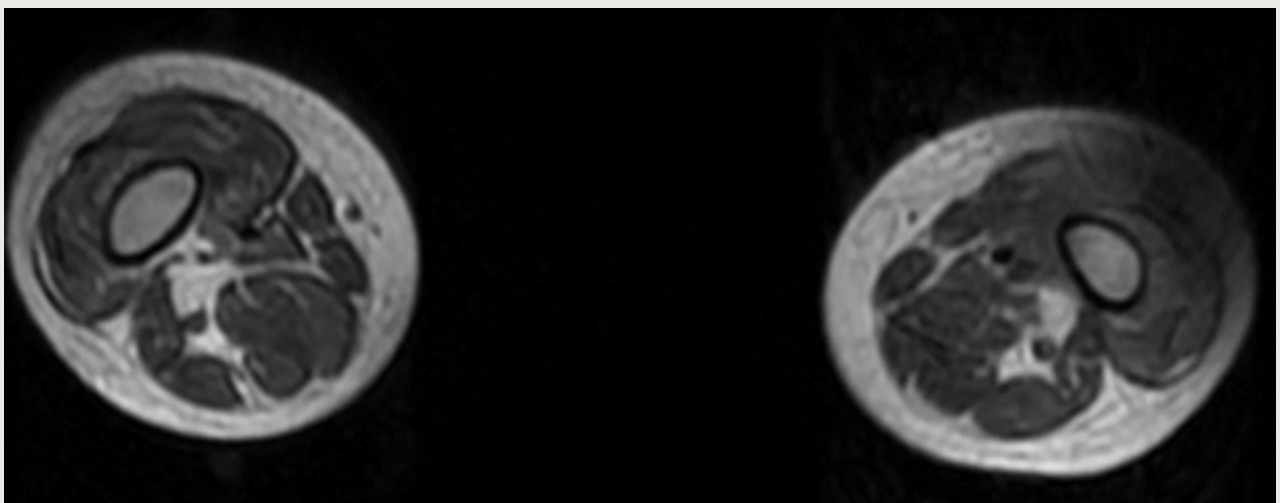
Фиг. 3.



Фиг. 4.

Проведените лабораторни изследвания са без данни за повишена възпалителна активност, с нормални показатели за бъбречна и чернодробна функции, мускулни ензими – в референтни стойности, при повишени

ЛДХ до 444 U/L и Д-димер 478 ng/mL. Имуннологичните изследвания установяват негативни антитела от разширен миозитен панел, при завишен титър на антинуклеарни антитела – 1:640. Проведеният ЯМР на долни крайници показва типични за ЮДМ промени, фиг. 5: в структурата на мускулите на бедрата и подбедриците се визуализират хиперинтензни зони в T2-секвенция (с потискане на мастната тъкан и чувствителност към повишено водно съдържимо). Скрининговото изследване на сърдечния статус, осъществено чрез ЕКГ и ехокардиография, не показва отклонения. За изключване на периферна нервна увреда е проведена електромиография – без данни за невропатия.



Фиг. 5.

За поставяне на **диагнозата** са използвани предложените през 2017 г. от European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology (EULAR/ACR) валидирани

класификационни критерии за възрастни и деца с идиопатична възпалителна миопатия (Lundberg IE, Tjarnlund A, Bottai M, Werth VP, Pilkington C, de Visser M, et al. 2017 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Adult and Juvenile Idiopathic Inflammatory Myopathies and Their Major Subgroups. *Arthritis & Rheumatology* (Hoboken, NJ). 2017;69(12):2271-82.) при тотален скор над 7.5 без провеждане на мускулна биопсия.

При детето е започнато лечение с глюкокортикостероиди (2 мг/кг), Метотрексат, Хидроксихлороквин, фолиева киселина, слънцезащита. На фона на назначената терапия се регистрира подобрение по отношение на мускулната сила и издръжливост, както и избледняване на обрива.

Обсъждане

ЮДМ е рядко заболяване на съединителната тъкан, засягащо 2-4 на 1 000 000 деца годишно. Средната възраст за дебют на заболяването е 7 години (5-10 години), като преимуществено се засягат бялата раса и женският пол.

За етиопатогенетични фактори се считат генетична предиспозиция и провокиращи фактори от околната среда, които водят до имунокомплексно-медиурана васкулопатия на кожата и напречнонабраздената

мускулатура с потенциално засягане и на вътрешните органи.

Клинично заболяването се манифестира със симетрична проксимална мускулна слабост, лесна уморяемост, фебрилитет и характерни кожно-лигавични прояви: периунгвални телеангиектазии, хелиотропен обрив, периорбитален едем, папули на Готрон по екстензорната повърхност на ставите. Рядко се въвличат дихателната или сърдечносъдовата системи – диспнея, белодробна увреда от рестриктивен тип, хипертония, периферен миокардит. При засягане на мускулатурата на фаринкса и дисфагия съществува риск от аспирация. Васкулит и тромбози на съдове кръвоснабдяващи ГИТ могат да доведат до малабсорбция, а в някои тежки случаи и до улцерации и перфорации. Развитието на калциноза в меките тъкани, с или без ограничение на обема на движение в ставите, е резултат от персистиращо възпаление и е белег за давността на заболяването.

За клинична оценка на мускулната сила се използват ММТ (мануален мускулен тест) и СМАС (childhood myositis assessment scale; приложим и достоверен при деца над 9-годишна възраст). От стандартните лабораторни изследвания специално внимание заслужават ензимите креатинкиназа, АСАТ, АЛАТ, ЛДХ, които може да са завишени.

Стойности в референтни граници обаче не отхвърлят диагнозата. Автоантитела, насочени срещу неизвестен ендотелен антиген, са отговорни за съдовата увреда. Те се разделят на миозит-специфични (Mi-2; SRP, TIF γ и др.) и миозит-асоциирани (SSA/Ro; Ro52; Ro60; SSB/La; PM-Scl 75; U1-RNP и др.), които могат да са налични и при редица други аутоимунни заболявания. Провеждане на ЯМР на бедрена мускулатура се счита за златен стандарт за потвърждаване на типа на мускулната увреда, а електромиографията и мускулната биопсия го обективизират. С цел скринингово изследване на сърдечносъдовата и дихателната системи се провеждат ЕКГ, ехокардиография и функционално изследване на дишането при деца над 5-годишна възраст.

В диференциално диагностичен план може да се обсъждат: инфекциозен миозит, прогресивна мускулна дистрофия, миастения гравис, вродени миопатии, стероидна миопатия и др. Някои кожни заболявания могат да имитират възлите на Готрон и хелиотропния обрив, в това число екзема, псориазис, алергичен обрив и много други.

Обичайно лечението се провежда с глюкокортикостероиди в доза 1-2 мг/кг/ден, Метотрексат 10-15 мг/м², Хидрохлороквин (при преимуществено кожно засягане),

Циклофосфамид – при гастроинтестинално или белодробно засягане. Интравенозен имуноглобулин и биологични агенти (rituximab, abatacept, TNF-алфа блокери, tocilizumab) се прилагат при рефрактерни случаи с изразени кожни промени. Суплементация с калций и Витамин Д е уместна при ограничена експозиция на слънчева светлина, гастроинтестинално засягане и при продължително системно глюкокортикостероидно лечение във високи дози. Физикалната терапия и редовната рехабилитация са от изключително значение за възстановяване на мускулната сила и превенция на ставните контрактури.

Заклучение

Представеният клиничен случай показва трудностите в разпознаването на характерните клинични прояви на ЮДМ и акцентира важността от навременни диагностика и лечение с цел предотвратяване на трайна инвалидизация.

Библиография:

1. Textbook of pediatric rheumatology, 7th edition, Ross E. Petty, Ronald M. Laxer, Carol B. Lindsley, Lucy R. Wedderburn, 2016.
2. Pediatric Rheumatology in Clinical practice, second edition, Ronald M. Laxer, David D. Sherry, Philip J. Hashkes, 2016.

3. Wu Q, Wedderburn LR, McCann LJ. Juvenile dermatomyositis: Latest advances. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2017; 31(4):535-557. doi:10.1016/j.berh.2017.12.003.
 4. Gara S, Jamil RT, Muse ME, Litaiem N. Juvenile Dermatomyositis. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; January 16, 2023.
 5. Rider LG, Miller FW. Deciphering the clinical presentations, pathogenesis, and treatment of the idiopathic inflammatory myopathies. *JAMA*. 2011; 305(2):183-190. doi:10.1001/jama.2010.1977.
 6. Nguyen M, Do V, Yell PC, et al. Distinct tissue injury patterns in juvenile dermatomyositis auto-antibody subgroups. *Acta Neuropathol Commun*. 2020; 8(1):125. Published 2020 Aug 7. doi:10.1186/s40478-020-01007-3.
- Lundberg IE, Tjarnlund A, Bottai M, Werth VP, Pilkington C, de Visser M, et al. 2017 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Adult and Juvenile Idiopathic Inflammatory Myopathies and Their Major Subgroups. *Arthritis & Rheumatology* (Hoboken, NJ). 2017; 69(12):2271-82.

март

Десета експертна среща по ваксинапрофилактика

Кога: 15 март 2024 г.

Къде: София

Организира се от БПА.

април

Седма педиатрична среща „С грижа за децата”

Кога: 25-28 април 2024 г.

Къде: х-л Воя Бийч Ризорт, Св. Влас

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

май

XXV Национална конференция за педиатри и ОПЛ с международно участие

Кога: 23-26 май 2024 г.

Къде: Слънчев бряг

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

май

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

Кога: 31 май - 2 юни 2024 г.

Къде: Велико Търново

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

юни

Четвърта научна конференция „Генетика в клиничната практика“

Кога: 6-9 юни 2024 г.

Къде: Дюни

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

XXII Научно-практическа педиатрична конференция “От симптома към диагнозата”

Кога: 28-30 юни 2024 г.

Къде: Бургас

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

септември

XVI Национален конгрес по педиатрия

Кога: 19-22 септември 2024 г.

Къде: Несебър

Организира се от БПА.

октомври

Осма педиатрична среща „С грижа за децата“

Кога: 3-6 октомври 2024 г.

Къде: х-л Аква Парадайз Ризорт, 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.

XIV Национална конференция по спешна педиатрия

Кога: 18-20 октомври 2024 г.

Къде: х-л Wave Resort, Поморие

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



ноември

XXII Научно-практическа конференция „Горещи точки в педиатрията“

Кога: 8-10 ноември 2024 г.

Къде: Русе

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

декември

Годишна среща на БПА

Кога: декември 2024 г.

Къде: София

ЧЛЕНСТВО В БПА | 2024 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 2024 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.



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

ПЕДИАТРИЯ ПЛЮС

ОНЛАЙН ИЗДАНИЕ ЗА ПЕДИАТРИ И ОПЛ



Редакционна колегия:

проф. Стефан Стефанов

проф. Иван Литвиненко

проф. Даниела Авджиева-Тзавелла

проф. Гургана Петрова

доц. Калин Лисички

Отговорен редактор:

Весела Славчева

Издава:

Българска педиатрична асоциация

Дизайн и предпечат:

vever.studio

Адрес:

София, ул. „Акаг. Георги Бончев“,
бл. 23, офис 108

Тел.: +359 878660587

e-mail: pediatria.bg@gmail.com

www.pediatria-bg.eu