

ПЕДИАТРИЯ ПЛЮС

ОНЛАЙН ИЗДАНИЕ ЗА ПЕДИАТРИ И ОПЛ



ISSN 2815-4517

БРОЙ 3|2024, ГОДИНА III

WWW.PEDIATRIA-BG.EU

ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ



НА ФОКУС

Интервю с проф. д-р Мариана Мурджева

3

НОВИНИ

11

МЛАДИТЕ ПЕДИАТРИ

Интервю с д-р Гена Стойкова

18

ЗА ПРАКТИКАТА

XLH в светлината на прожектора

22

**Използване на йеюнални сонди
за ентерално хранене при деца:**

28

**Позиция на комитетите
по гастроентерология и хранене
на Европейското дружество
за детска гастроентерология,
хепатология и хранене 2019**

Превод на Българското дружество
по детска гастроентерология,
хепатология и хранене:

И. Янков, П. Стамов, П. Костадинов,
П. Хаджийски, Ю. Бъчварова, Й. Читалова

**Инфекция с β -хемолитичен стрептокок
от група А в детска възраст**

42

Н. Габровска

Календар на събитията на БПА | 2023

59



Проф. д-р Мариана Мурджева:

**„ИСТИНСКАТА НАУКА ИЗИСКВА СИЛНА
МОТИВАЦИЯ НА ИЗСЛЕДОВАТЕЛЯ И
СЕРИОЗНО ФИНАНСИРАНЕ“**

Проф. д-р Мариана Мурджева завършва медицина в Медицински университет-Пловдив през 1985 г. През 1991 г. придобива специалност по микробиология, а през 2002 г. – по клинична имунология. През 2000 г. се хабилитира като доцент по микробиология, а през 2012 г. – като професор по имунология при МУ-Пловдив. Има и диплом по здравен мениджмънт.

От 2019 до 2023 г. е ректор на МУ-Пловдив, а преди това, два мандата, зам.-ректор по международно сътрудничество и проектна дейност. От 2011 г. е ръководител на Катедрата по микробиология и имунология към МУ-Пловдив и началник на Лаборатория по микробиология при УМБАЛ „Св. Георги“.

Проф. Мурджева е главен координатор на Националния експертен съвет по клинична имунология при Министерство на здравеопазването, член на Управителния съвет на Българската асоциация по клинична имунология, зам. председател на Българската асоциация по микробиология (БАМ). Носител е на редица престижни отличия.

ПРОФ. МУРДЖЕВА, ВИЕ СТЕ ПОЗНАТА В ОБЩЕСТВЕНОСТТА КАТО ПЪРВАТА ЖЕНА РЕКТОР В ИСТОРИЯТА НА ПЛОВДИВСКИЯ МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ И ИМАХТЕ ЕДИН ИЗКЛЮЧИТЕЛНО УСПЕШЕН МАНДАТ. КАК СЕ УПРАВЛЯВА УНИВЕРСИТЕТ?

Това беше много труден мандат, защото стартира почти по същото време, когато се обяви пандемията от COVID-19. Наложих се да въведа временно, но много бързо онлайн обучение, както направиха и други университети. За медицината и свързаните с нея професии това е предизвикателство, което осакатява донякъде качеството на обучение, но нямаше друг избор, беше немислимо да прекратим учебните занятия...

Приоритет в мандата ми винаги е била учебната дейност. Ето защо се фокусирахме в повишаване на качеството ѝ. Гордея се, че в МУ-Пловдив въведохме първите съвместни програми - по

„Медицинска микробиология, лабораторна имунология и вирусология за биолози в медико-диагностични лаборатории“ заедно с Медицинските университети в София и в Плевен и с НЦЗПБ-София; по „Спортна физиология, травматология и кардиология“ с Националната спортна академия; по „Диететика“ с Университета по хранителни технологии и по „Биостатистика“ с Пловдивски университет; „Софтуерно инженерство в медицината“ заедно с Висшето училище по телекомуникации и пощи в София. В допълнение на това стартирахме преподаване за парамедици в Центъра за професионално обучение с помощта на специалисти от Университета на Тексас в Ел Пасо, както и нова магистърска програма „Медицински аспекти на речевата патология“ с партньори от САЩ. Разшириха се възможностите на Лазерния дентален център за съвременно лечение в денталната медицина, а следдипломното и продължаващо обучение в стоматологията намериха реализация чрез създаденото за целта дружество „ПОДЕМ“.

Много голям акцент в управлението ми беше надграждането на Медицинския симулационен тренировъчен център, който получи втора акредитация от Американския колеж на хирурзите. Приоритетна беше и научната дейност и повишаване на изследователския капацитет на университета чрез стимулиране на проектната дейност и Научно-изследователския институт... МУ-Пловдив се превърна в модел за академична институция с висок научноизследователски капацитет. За последните 5 години спечелихме над 30 проекта с европейско и национално финанси-



ране, които подпомогнаха изграждането на модерна научна инфраструктура и развитие на академичния състав.

Забележително място заемаше и културно-социалната дейност. МУ-Пловдив беше широко отворен към обществото. Организирахме различни благотворителни инициативи...

И най-важното - успяхме, защото работихме упорито и всеотдайно, екипно и отговорно. Би било добре, ако се запазят традициите и се наградят постигнатото.

КЪДЕ СЕ НАМИРА СТРАНАТА НИ НА ФОНА НА МЕДИЦИНСКАТА НАУЧНА ДЕЙНОСТ, РАЗВИВАЩА СЕ В ДРУГИТЕ БАЛКАНСКИ И ЕВРОПЕЙСКИ СТРАНИ?

Медицинските университети в България извършват сериозни научни проучвания, които са съпоставими по значимост с тези в другите балкански и европейски страни. Разбира се, има различни акценти в отделните медицинските направления, където сме по-силни или по-слаби. Важно е, че има добро сътрудничество с учени-партньори от други страни. Не без значение е и фактът, че в групата на изследователските университети в България влезнаха и четирите медицински университета, които отговарят на определени критерии по изпълнение на научно-метрични показатели.

ЛЕСНО ЛИ СЕ ПРАВИ НАУЧНА ДЕЙНОСТ В БЪЛГАРИЯ?

Не е лесно. Истинската наука изисква силна мо-



тивация на изследователя и сериозно финансиране. В нашите университети парите за наука са малко в сравнение с тези в други страни. Държавната субсидия за научна дейност във висшите училища по закон трябва да е не по-малко от 10% от бюджета на университета. През последните години се даде възможност на изследователските университети да се включат в стратегически иновационни програми за следващите 4-5 години, осигурени с европейски средства. Въпреки това, истинската наука се нуждае от много повече финансово подпомагане.

А КАКВО Е КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКОТО ОБРАЗОВАНИЕ У НАС? ПРОДЪЛЖАВА ЛИ ДА БЪДЕ НА ТАКОВА ВИСОКО НИВО, НА КАКВОТО БЕШЕ ПРЕДИ ГОДИНИ?

Качеството на медицинското образование у нас е добро. Непрекъснато се обогатява учебната и научната инфраструктура – аудиторни зали, апаратура, осъвременяване на учебни програми и въвеждане на нови, т.е. образованието се променя към по-добро. Клиничните бази към медицинските университети дават възможност за пряк достъп до пациента за разлика от медицинското обучение в други страни, където има рестрикции в този подход. Затова и медицината е най-търсената специалност за следване от чуждестранни студенти. Разбира се, винаги може да е по-добро.

НЯМА КАК ДА НЕ ВИ ПОПИТАМЕ КОИ СПОРЕД ВАС СА НАЙ-ГОЛЕМИТЕ ПРОБЛЕМИ В ЗДРАВЕО-



ПАЗВАНЕТО, В ЧАСТНОСТ В ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ-ОПАЗВАНЕ?

На първо място, съзнателното отклоняване от възможността да се реформира здравеопазването у нас. И особено недофинансирането на клиничните пътеки; въобще „пътечката медицина“, която превърна пациента в „ходеща“ клинична пътека-касичка, а лекарите – в търговци.

Друг проблем са специализациите на новодипломираните лекари. Броят места за клинични специализации не е достатъчен за завършилите медици, които очакват бърза професионална реализация и гаранции за кариерно развитие, а не ги откриват у нас. Затова част от тях отиват да работят след дипломирането си в чужбина.

Липсва и ясна система за продължаващо обучение на лекарите, придобили специалност. Не на последно място са и ниските основни заплати на лекари и медицински специалисти в лечебните заведения и зависимостта от допълнителни възнаграждения по клинични пътеки. Не може да не се спомене и прекомерната писмена документация и административна тежест – причина за основателно недоволство, тъй като ограничава времето за диагностично-терапевтичните манипулации и процедури.

КАКВА Е ВАШАТА ВИЗИЯ ЗА МЕДИЦИНАТА НА БЪДЕЩЕТО?

Надявам се съвременните дигитални технологии да навлизнат все по-мощно в медицината. Да станат ежедневие иновативните диагностични



методи, например, в микробиологичната диагностика на инфекциите синдромните изследвания с модерни генетични методи, които ще осигуряват определяне на микробния причинител за по-малко от час. Развитието на персонализирана медицина, особено при онкологичните болести, роботизираната хирургия, телемедицината, споделените ресурси между лечебните заведения да дадат основа за по-широк достъп на пациентите до по-ефективно лечение. И най-вече – медицина с по-нормални взаимоотношения между лекари и пациенти, между медиците въобще. Медицина без неколегиалност, завист и ненавист и без повишена агресивност, без юмруци и оръжия у пациентите.

КАКВИ СА ВАШИТЕ ИЗВЪНПРОФЕСИОНАЛНИ ИНТЕРЕСИ?

Живеем в удивителен свят – с много проблеми, но и с възможности за удоволствия. Обичам да чета художествена литература, да пътувам с приятели, да посещавам театри, изложби и концерти. Отпускам със слушане на класическа музика – Верди, Моцарт, Шопен, Гершуин. Обожавам миговете с роднини, свещените семейни събирания, посрещането на гости и споделянето на приятни моменти. Напоследък отделям и доста време за цветята в малкия двор и на терасата – те са магия, която ме отморява. А като се пенсионирам, ще имам повече време и за пианото...

КАКВО ВИ МОТИВИРА В ЖИВОТА И ПРОФЕСИЯТА?

Удовлетворението от добре свършената рабо-





та в преподаването, научната и диагностичната ми дейност на микробиолог и имунолог, предизвикателствата да търся и да се запознавам с нови методи на микробиологична и имунологична диагностика на заболяванията... Благодарността на пациентите, на които съм помогнала с правилно насочване към необходимите изследвания в помощ на диагнозата или със съвети за лечението. Признателността на специалистите и докторантите и нестихващия стремеж на някои от тях към кариерно усъвършенстване и любознателност са двигатели в цялата ми по-нататъшна дейност, въпреки изпитанията и предизвикателствата на професията ни.

ВАШЕТО ПОСЛАНИЕ КЪМ ЛЕКАРИТЕ, РАБОТЕЩИ С ДЕЦА...

Радвайте се на прекрасния шанс да работите с деца, въпреки трудностите, които срещате в професията си! Бъдете благословени, че сте се отдали на призиванието да спасявате детски живот и да помагате на страдащите невинни и чисти създания, каквито са децата. И още, следвайте посланието на Луис Карол в увлекателната му книга „Алиса в страната на чудесата“: „Ако искате да останете на едно място, трябва да тичате много бързо, ако искате да отидете на друго място, трябва да тичате още по-бързо“.



МЕТОДИЧЕСКОТО УКАЗАНИЕ С ПРЕПОРЪКИ ЗА ИМУНИЗАЦИИ ПРИ ДЕЦА С ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ БЕ УТВЪРДЕНО

В продължение на няколко години БПА разработва предложение за Методическо указание с препоръки за имунизации при деца с хронични заболявания, което бе финализирано през 2023 г. по време на Деветата експертна среща по ваксинапрофилактика и съответно беше придвижено към Министерството на здравеопазването.

Със заповед РД-01-71 от 16.02.2024 министърът на здравеопазването проф. Христо Хинков утвърди Методическо указание с препоръки за имунизации при деца с хронични заболявания, съгласно Приложение №10 към, чл. 20, ал. 1 на Наредба №15 за имунизациите в Република България. Бе разпоредено заповедта да се съобщи на директорите на регионалните здравни инспекции за сведение и изпълнение, като те на свой ред да запознаят със заповедта медицинските специалисти на територията на



съответната област. Контролът по изпълнението на заповедта бе възложен на доц. Михаил Околийски, заместник-министър на здравеопазването.

БПА ОТЛИЧЕНА С ПЛАКЕТ



На 23-25 февруари се проведе Шестата педиатрична оториноларингологична конференция с международно участие, организи-

рана от Българското сдружение по детска оториноларингология (БСДО). Тази година Българската педиатрична асоциация бе поканена от организаторите да се включи със специален модул, представяш УНГ-заболяванията в детската възраст през погледа на педиатрите. Проф. д-р Дияна Вичева, председател на БСДО, връчи почетен плакет на БПА с благодарност за подкрепата и в името на развитието на детската оториноларингология в България.

СЕДМИЦА НА РЕДКИТЕ БОЛЕСТИ В ПАМЕТ НА Д-Р АДИЛ КАДЪМ



Екипът на СБАЛДБ „Проф. г-р Иван Митев“ постави началото на нова традиция – Седмица на редките болести в памет на г-р Адил Кадъм. Инициативата ще се провежда всяка година в последната седмица на месец февруари и ще завършва с Международния ден на редките болести. Тази година седмицата се провежда от 26 до 29 февруари. На 28 февруари екипът на болницата провежда Ден на отворените врати, в който всеки желаещ можеше да се срещне с изявени специалисти в областта на редките заболявания.

„Д-р Кадъм остава завинаги на страната на

децата с постоянство, неуморимост и саможертва, със своите действия в ежедневната си работа като лекар, с борбата и вярата, че новите и най-модерните терапии и успехи в науката ще достигнат и до нашата страна, с участието ѝ в редица проекти и доброволчески инициативи", съобщиха от лечебното заведение.

ПОЗДРАВЛЕНИЯ, КОЛЕГИ



Екипът на д-р Атанас Чернев и д-р Наталия Петракиева-Чернева, детско-юношески акушер-гинеколози от СБАЛАГ „Майчин дом“, приложи иновативен оперативен подход за корекция на женската анатомия при

11-годишно момиче с рядка вродена аномалия на женските полови органи. Лекарите от „Майчин дом“ за първи път в България използваха минимално инвазивен подход за възстановяване на проходимостта на влагалището и функционалността на женските органи със запазване на репродуктивния капацитет и без нарушаване на девствеността.

„Избрахме изцяло ендоскопски комбиниран подход за диагностициране и коригиране на аномалията. Извършиха се едновременно лапароскопия и хистероскопия под ултразвуков контрол. Установиха се поражения в таза от „обратната“ менструация – сраствания на червата към матката, яйчниците и оментума. Отпрепарирахме срастванията и възстановихме нормалната анатомия на лявата полуматка, въпреки наличието на аномалия в репродуктивния тракт, който е с две полуматки, всяка с по една тръба и с по един яйчник, свързани поотделно с шийка и влагалище,“, обяснява д-р Наталия Петракиева.

ЧЕСТИТ ЮБИЛЕЙ, Д-Р КРЪСТЕВ!



Д-р Първан Кръстев от отделението по педиатрия на МБАЛ-Монтана отпразнува 80-годишен юбилей. „Посветих живота си на детско отделение в Монтана. Добре се чувствам и ще поработя още. Когато човек си обича професията, е лесно. Удовлетворението ми е, че даваме здраве и живот на децата, които са най-важните за държавата и рода си. Лекарят трябва да е всеотдаен, да е добър професионалист, да има желание да помага. Важно е никога да не се предава“, завещава д-р Кръстев на по-младите си колеги.

Frisolac Lactose Free



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

МСТ:

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

Цинк:

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

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:

Холинът¹⁰, Витамин В6¹¹, Фолиевата киселина¹² и Нуклеотидите²⁰ осигуряват защита срещу възпалителни процеси, поддържат имунната функция и подсилват възстановяването на червения епител.

Инулин:

За подпомагане на храносмилателната система.¹⁴

Нишесте:

Доказано намалява риска от неуспех (компрометиране) на рехидратиращата терапия чрез бавно освобождаване на глюкоза, която транспортира натрий и вода без намаляване на осмоларитета.^{15,16}

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



FrieslandCampina 

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

Д-р Гена Стойкова:

„Педиатрията дава възможност да разсъждаваш цялостно и да възприемаш пациента като едно съвкупно цяло“



Д-р Гена Стойкова завършва медицина в Медицински университет-Плевен през 2019 г. Понастоящем е лекар-специализанти по педиатрия в Клиниката по педиатрия към УМБАЛ „Д-р Георги Странски“, Плевен. От 2022 г. е редовен асистент към Катедрата по детски болести на МУ-Плевен. Интересите на д-р Стойкова са в областта на общата педиатрия, детската кардиология, профилактиката на детските болести. Член е на БЛС и БПА.

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

Към медицината ме подтикна желанието ми да помагам на хората, да бъда полезна на обществото. Винаги съм се вдъхновявала от хора, отдадени на работата си в помощ на другите. Тази професия ми дава най-голяма възможност да осъществя това, което определям и като моя лична мисия.

В момента специализирате педиатрия. Коя бе причината да я изберете?

От една страна, привлече ме голямата обширност на тази специалност. Смятам, че тясното профилиране е донякъде ограничаващо за лекаря, а педиатрията дава чудесна възможност да разсъждаваш цялостно, възприемайки пациента като едно съвкупно цяло. От друга страна, децата са все още незавършени личности и от тази гледна точка е много по-лесно да промениш начина им на живот и следователно – да предотвратиш развитието на много заболявания.

Лично за вас какво е педиатрията?

Педиатрията за мен е начин на живот. Колкото повече работя, толкова повече се убеждавам, че съм направила правилния избор. Децата (както и техните родители) са едни малки вселени – необятни и завладяващи.

Педиатърът според вас трябва да е...

На първо място – добър и състрадателен човек.

На второ място – вдъхновен и мотивиран да се развива. На трето място – отговорен и уверен в себе си.

С какви трудности се сблъсквате като специалист?

Може би най-голямата трудност е поддържането на баланса между професионалния и личния живот. За съжаление, времето е най-ограниченият ресурс.

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

Деца като пациенти ми вярват – младата възраст на лекаря определено ги предразполага. Ако говорим за родителите, много зависи от тяхната личност. Ако човек е мнителен по принцип, няма да се довери, дори и на лекар с многогодишен стаж.

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

Вероятно най-голям е проблемът с организацията на здравеопазването – ограниченият достъп до доболнична помощ, работата по клинични пътеки, излишно големият брой болници, ниското заплащане в държавните структури. Друг голям проблем е липсата на доверие лекар-пациент. Всъщност, едва ли може да се говори за най-големи и най-малки проблеми, защото всеки неразрешен проблем, дори и на пръв поглед незначителен, допринася за недостатъчно

ефективното функциониране на здравната система в България.

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

Бих работила върху подобряване информираността на родителите по отношение на заболяванията в детска възраст. В частност – изясняване на разликата между спешни състояния и такива с отложена спешност, превенция и профилактика.

Смятате ли, че имаме нужда от Национална педиатрична болница?

Да, това определено ще помогне за създаване на по-добра организация на детското здравеопазване и осигуряване на цялостна грижа за пациентите.

За какво мечтаете като млад специалист?

Мечтая да продължавам да се развивам, за да бъда достатъчно компетентна да допринеса за по-доброто качество на живот на колкото се може повече пациенти. Мечтая да продължавам да срещам и работя с отдадени колеги, които ме вдъхновяват.

ХЛН В СВЕТЛИНАТА НА ПРОЖЕКТОРА



На 24 и 25 февруари 2024 се проведе **Първата национална мултидисциплинарна среща „ХЛН в светлината на прожектора“**, посветена **Х-свързания хипофосфатемичен рахит (ХЛН)**. Водещи специалисти от България и чужбина представиха интересни теми и клиничен опит, както и нови научни достижения и възможности за подобрена медицинска грижа на пациентите с това рядко генетично заболяване. Бяха разглеждани и актуални проблеми, свързани с диагностичните и терапевтичните методи. Обсъдени бяха подходи за сътрудничество на мултидисциплинарния екип, ангажиран с менажирането на пациентите с ХЛН, както и предизвикателствата и възможностите

за осъществяване на плавен преход на пациентите, диагностицирани в детска възраст, към проследяване и лечение от специалист за възрастни.

Гост-лектори на събитието бяха проф. Джордж Ройс, детски нефролог от екипа на Клиниката по педиатрия, Университет Земелвайс, Будапеща, Унгария, и д-р Адалберт Райман, детски енедокринолог от Медицинския университет във Виена, Австрия. Изследователските интереси на проф. Ройс са в областта на педиатрията, нефрологията и кардиологията. През 1996 г. той описва механизма на нефрокалциноза при деца с X-свързана хипофосфатемия. Клиничните интереси на д-р Райман включват редки заболявания на калциевата и фосфатна хомеостаза, първична остеопороза/остеогенезис имперфекта и вторична детска остеопороза. Д-р Райман е авторитет с голямо международно признание, автор на множество научни статии, член е на изследователската група по детска ендокринология и остеология към Vienna Bone and Growth Center.

Какво заболяване с X-свързаният хипофосфатемичен рахит?

X-свързаната хипофосфатемия е рядко наследствено скелетно-мускулно заболяване,

причинено от мутация във PHEX гена на X-хромозомата. Генетичното увреждане води до повишено производство на фосфат-регулиращ хормон (фибробластен растежен фактор 23, FGF23), който потенцира отделянето на фосфати през бъбреците [1]. Фосфатите са важни за изграждането на здрави кости, зъби и мускули [1,2]. Понижените нива на фосфати в кръвта водят до „размекване“ на костите [1,3]. Повишените нива на активност на FGF23 водят до развитие на симптоми на хронична хипофосфатемия, манифестиращи се като рахит и остеомаляция в детската възраст и остеомаляция при възрастните [1,3]. X-свързаният хипофосфатемичен рахит е най-честият тип витамин Д-резистентен рахит, водещ до костни деформации и изоставане в растежа. Засяга около 1 на 20 000-60 000 души. Симптомите му са различни при деца и при възрастни [7,8].

Някои от най-честите симптоми при деца и възрастни включват:

- Нисък ръст;
- Деформация на долни крайници;
- Болка в костите, мускулите и ставите;
- Проблеми със слуха;
- Зъбни абсцеси;
- Абнормална форма на главата.

XLH се унаследява X-свързано доминантно [3], но в приблизително 20 и 30% от случаите възниква спонтанно, без наличие на фамилност [1].

Диагнозата XLH обикновено се поставя на базата на клиничната картина, рентгенографските изследвания и биохимичните характеристики в комбинация с фамилната анамнеза. Препоръчва се за потвърждаване на клиничната диагноза да се провеждат молекулярно-генетични изследвания за установяване на мутация във PHEX гена [1].

XLH е мултисистемно заболяване, което изисква мултидисциплинарни грижи за оптимизиране на качеството на живот и свеждане до минимум на тежестта на заболяването [4]. Мултидисциплинарните екипи трябва да включват както педиатрични, така и специалисти за възрастни, нефролози, ендокринолози, ортопеди неврохирурзи, рентгенолози, стоматолози, УНГ, генетици, физиотерапевти, психолози [5,6].

Обсъдено беше, че в част от случаите диагнозата XLH се поставя със закъснение, което влошава прогнозата за пациентите [1]. Споделеният опит и представени данни показваха, че ранното диагностициране и подходящо лечение могат да подобрят подвижността и мускулно-скелетната прогноза.

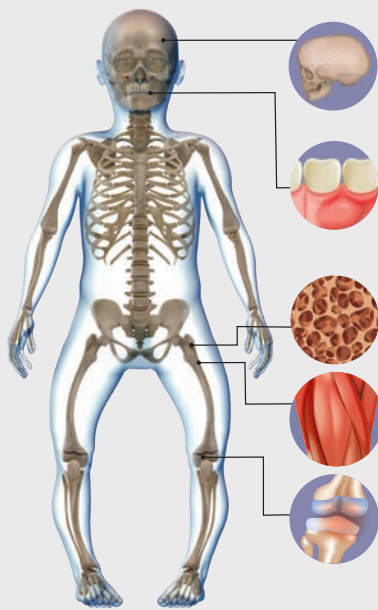
Направени бяха изводи, че е необходима колаборация между различни специалисти – педиатри, ендокринолози, ортопеди, рентгенолози, общо-практикуващи лекари и други, за навременна диагностика и оптимално лечение на пациентите с X-свързан хипофосфатемичен рахит.

Източници:

1. Haffner D, et al. Nat Rev Nephrol. 2019;15:435–55.
2. Goretti Penido M, et al. Pediatr Nephrol. 2012;27:2039–48.
3. Baroncelli GI, et al. J Pediatr Endocrinol Metab. 2021;34:905–10.
4. Raimann A, et al. Wien Med Wochenschr. 2020;170:116–23.
5. Laurent MR, et al. Front Endocrinol (Lausanne). 2021;12:641543.
6. Al Juraibah F, et al. Arch Osteoporos. 2021;16:52
7. Davidai GA, et al. J Clin Invest. 1990; 85:334–9.
8. Beck-Nielsen SS, et al. Orphanet J Rare Dis. 2019;14:58–82.

X-свързаната хипофосфатемия (XLH) е рядко наследствено хронично и прогресиращо скелетно-мускулно заболяване, причинено от прекомерно образуване на FGF23.¹⁻⁴

Клинична картина



ЧЕРЕП

XLH е свързана с аномалии на черепа, като краниосиностоза и малформации на Киари⁵

ЗЪБИ

Деца с XLH са предразположени към абцеси на зъбите, което води до дефекти в емайла, дентина и цимента^{5,8}

СКЕЛЕТ

Хроничната хипофосфатемия причинява заболяване на скелета, водещо до деформация на долните крайници и загуба на растежен потенциал^{5,5}

МУСКУЛИ

Деца с XLH може да имат понижена мускулна сила на долните крайници, която допринася за функционалните дефицити^{9,10}

КОСТИ И СТАВИ

Деца с XLH често имат болки в костите и ставите, особено в коленете, подбедриците и глезените^{5,11}

Фамилна анамнеза

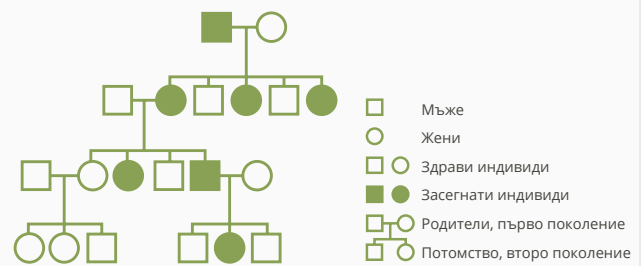
В повечето случаи XLH се унаследява X-доминантно и е свързана с мутация в PHEX* гена.^{12,13}

~3 от 10

случая на XLH възникват спонтанно, без фамилна анамнеза¹⁴⁻¹⁶

Необходима е оценка на съществуващия риск при кърмачета и деца, за да се осигури ранна диагностика и лечение, за което е доказано, че подобряват клиничните резултати.^{8,13,17,18}

АНАЛИЗ НА РОДОСЛОВИЕТО



*PHEX - фосфат регулиращ ген с анализи за ендепептидазите, които се намират в X хромозомата

Биохимични резултати

Диференциална диагноза на XLH на база на биохимични показатели¹⁹

Лабораторни показатели	XLH	Рахит поради хранителни причини*
Фосфати в серума [†]	↓	Нормален или ↓
TmP/GFR	↓	↓
Фосфати в урината	↑	Вариращ
ALP	↑, ↑↑	↑↑↑
Серумен калций	Нормален	Нормален или ↓
PTH	Нормален или ↑ [‡]	↑↑↑
1,25(OH) ₂ D	Нормален [§]	Вариращ
25(OH)D	Нормален	Нормален или ↓↓
FGF23	Нормален или ↑	Нормален

Основните биохимични характеристики на XLH са ниски нива на фосфати в серума и понижена TmP/GFR (максимална тубулна реабсорбция на фосфати спрямо скоростта на гломерулна филтрация).¹⁷

↓, намален; ↓↓, много намален; ↑, повишен; ↑↑ или ↑↑↑, много повишен. *Рахит поради хранителни причини = дефицит на витамин D/калций; †Важно е да се използват стойностите за съответната възраст, тъй като нормалната концентрация на фосфати е различна при различните възрасти; ‡PTH може да е умерено завишен; §Нормален по отношение на концентрацията на серумен фосфат

**дефицит на витамин D/калций; 1,25(OH)₂D - 1,25-дихидроксивитамин D; 25(OH)D - 25-хидроксивитамин D; АФ - алкална фосфатаза; FGF23 - фибробластен растежен фактор 23; PTH - паратиреоиден хормон; TmP/GFR - максимална тубулна реабсорбция на фосфати спрямо скоростта на гломерулна филтрация; XLH - X-свързана хипофосфатемия

1.Beck-Nielsen SS, Brock-Jacobsen B, Gram J et al. Eur J Endocrinol 2009;160:491-497 2.Martin A, David V, Quarles LD. Physiol Rev 2012;92:131-155.3. Carpenter TO, Imel EA, Holm IA et al. J Bone Miner Res 2011;26:1381-1388. 4.Che H, Roux C, Etcheto A et al. Eur J Endocrinol 2016;174:325-333. 5.Linglart A, Blosse-Duplan M, Briot K et al. Endocr Connect 2014;3:R13-R30. 6.Opsahl Vital S, Gaucher C, Bardet C et al. Bone 2012;50:989-997. 7.Chaussain-Miller C, Sinding C, Septier D et al. Oral Dis 2007;13:482-489.8.Blosse Duplan M, Coyac BR, Bardet C et al. J Dent Res 2017;96:388-395. 9.Veilleux LN, Cheung M, Ben Amor M, Rauch F. J Clin Endocrinol Metab 2012;97:E1492-1498. 10.Veilleux LN, Cheung MS, Glorieux FH, Rauch F. Clin Endocrinol Metab 2013;98:E990-995. 11.Linglart A, Dvorak-Ewell M, Marshall A et al. Bone Abstracts 2015:P198. 12.Gaucher C, Walrant-Debray O, Nguyen TM et al. Hum Genet 2009;125:401-411.13. Mumm S, Huskey M, Cajic A et al. J Bone Miner Res 2015;30:137-143. 14. Whyte MP, et al. J Clin Endocrinol Metab. 1996;81:4075-80; 15. Rajah J, et al. Eur J Pediatr. 2011;170:1089-96; 16. Dixon PH, et al. J Clin Endocrinol Metab. 1998;83:3615-23; 17. Ruppe M. X-linked hypophosphatemia. In: Pagon R, Adam M, Ardinger H et al. (eds). GeneReviews [Internet]. Seattle (WA): NCBJ Bookshelf; 2017. 18.Igaki JM, Yamada M, Yamazaki Y et al. Endocr J 2011;58:647-655 19. Haffner D, et al. Nat Rev Nephrol. 2019;15(7):435-455.

Суикс Биофарма ЕООД, бул. Ситняково №48, Сердика център, етаж-10, София 1505, България, Тел.:+359 (0) 2 4942 480, e-mail: medinfo.bulgaria@swixbiopharma.com

Swixx BioPharma
Modern Medicines for All

Kyowa KIRIN

ИЗПОЛЗВАНЕ НА ЙЕЮНАЛНИ СОНДИ ЗА ЕНТЕРАЛНО ХРАНЕНЕ ПРИ ДЕЦА: ПОЗИЦИЯ НА КОМИТЕТИТЕ ПО ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯ И ХРАНЕНЕ НА ЕВРОПЕЙСКОТО ДРУЖЕСТВО ЗА ДЕТСКА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯ, ХЕПАТОЛОГИЯ И ХРАНЕНЕ 2019

Превод на Българското дружество по
детска гастроентерология, хепатология и
хранене: И. Янков¹, П. Стамов²,
П. Костадинов³, П. Хаджийски⁴,
Ю. Бъчварова⁵, Й. Читалова⁵

¹ Катедра педиатрия и медицинска генетика, МУ-Пловдив

² Катедра по обща и оперативна хирургия, МУ-Варна

³ Комисия по интервенционални процедури, БДДГХХ

⁴ Катедра по педиатрия, МУ-София

⁵ Отделение по педиатрия, УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“, София

Цел

Храненето с ѝеюнална сонда (JTF) все повече се превръща в стандарт за грижа за децата, при които храненето със стомашни сонди е недостатъчно за осигуряване на калорийните потребности. Като се има предвид липсата на систематичен подход към грижите за деца на JTF, целта на този документ е да предостави експертни насоки относно показанията за неговото използване и практически съображения за оптимизиране на неговите ползи и безопасност.

Методу

Членове на комитетите по гастроентерология и хранене на Европейското дружество по педиатрична гастроентерология хепатология и хранене (ESPGHAN) и поканени експерти в тази област сформираха през септември 2016 г. работна група за създаване на това клинично ръководство. Бяха разгледани седемнадесет клинични въпроса, показания и противопоказания, изследвания преди поставянето, техники за поставяне, подходящи храни и режим на хранене, отвикване от JTF, усложнения, дългосрочни грижи и етични съображения. Систематично търсене в научната литература е извършено за периода от 1982 г.

до ноември 2018 г. с помощта на PubMed, базата данни на Medline и Cochrane. По време на експертна среща всички препоръки бяха обсъдени и финализирани с консенсус. При липса на доказателства от рандомизирани контролирани проучвания препоръките отразяват експертното мнение на авторите.

Резултати

Общо 33 препоръки бяха гласувани с помощта на номинална техника за гласуване.

Изводи

JTF е безопасно и ефективно средство за ентерално хранене, когато стомашното хранене е недостатъчно за задоволяване на калорийните потребности или не е възможно. Решението за поставяне на йеюнална сонда (JT) трябва да бъде взето в тясно сътрудничество на членовете на мултидисциплинарен екип (MDT), предоставящ активно проследяване и грижи за пациента.

Експертната група на ESPGHAN препоръчва:

Работната група ESPGHAN гласува анонимно за всяка препоръка. Използвана е 9-степенна скала (1 – категорично несъгласен, до

9 – напълно съгласен) и гласовете се отчитат за всяка препоръка.

Реши се предварително, че е постигнат консенсус, ако >75% от членовете на групата гласуват 6, 7, 8 или 9. Постигна се консенсус по всички въпроси. При липса на доказателства от рандомизирани контролирани проучвания, по-голямата част от препоръките отразяват експертното мнение на авторите.

1. Храненето с ѝеюнална сонда като метод на избор за осигуряване на ентерално хранене при деца с неуспех от орално и стомашното хранене или стеноза в изхода на стомаха.

Ниво на доказателства: много ниско

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 100% съгласие

2. Храненето чрез транспилорна сонда да се обсъди като възможност за осигуряване на ентерално хранене, когато стомашното хранене е неуспешно при критично болни деца.

Ниво на доказателства: умерено

Сила на препоръката: слаба

Гласуване: 100% съгласие

3. Да се обмисли опит за хранене през JTF при деца с хронична чревна псевдообструк-

ция, които не успяват да се хранят чрез гастростома.

Ниво на доказателства: умерено

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 100% съгласие

4. JTF да се разглежда като алтернатива на фундопликацията и хранене чрез гастростомна сонда при деца с тежък гастроезофагеален рефлукс с риск от аспирация (напр. неврологично увреждане).

Ниво на доказателства: умерено

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 100% съгласие

5. Използването на JTF при деца с остър панкреатит само в случаите, когато не се понася хранене през устата или в стомаха.

Ниво на доказателства: умерено

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 100% съгласие

6. Опит с продължително стомашно хранене с хидролизирана или елементна формула, преди да започне постпилорично хранене.

Ниво на доказателства: високо

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 87% съгласие

7. Да се обсъди опит за приложение на поне един прокинетик за стимулиране на орално

или стомашно хранене, преди започване на йеюнално хранене, тъй като те са широко използвани, но липсват публикувани данни.

Ниво на доказателства: умерено

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 80% съгласие

8. Да се обсъди извършването на контрастно изследване и проследяване на пасажа на тънките черва при всички пациенти, за да се гарантира проходимостта на червата и изключване на механична обструкция преди поставянето на йеюнална сонда.

Ниво на доказателства: много ниско

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 93% съгласие

9. При всички пациенти да се обсъди ендоскопия на горния ГИТ, преди или по време на поставянето на JT.

Ниво на доказателства: умерено

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 100% съгласие

10. Да се избягва хранене през йеюналната сонда при наличие на следните състояния: паралитичен или механичен илеус, чревна обструкция, чревна перфорация, перитонит и некротизиращ ентероколит.

Ниво на доказателства: много ниско

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 100% съгласие

11. Повишено внимание, когато се обсъжда ЖТФ при пациенти с относителни противопоказания за транспилорично хранене: недоносени новородени, чревен дисмотилитет, токсичен мезаколон, кървене от ГИТ, чревна фистула с висок дебит, резистентна диария, имунокомпрометирани деца.

Ниво на доказателства: умерено

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 100% съгласие

12. Да не се използва хранене чрез ѝеюнална сонда при недоносени деца (<37 гестационна седмица).

Ниво на доказателства: умерено

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 93% съгласие

13. При поставяне на назо-ѝеюнална сонда под рентгенологичен контрол да се следват установени протоколи и проведено обучение на персонала, за да се намали експозиция на пациентите на радиация.

Ниво на доказателства: ниско

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 100% съгласие

14. Да не се използват прокинетици средства по време на поставяне на назо-ѝе-

юнална сонда.

Ниво на доказателства: умерено

Сила на препоръката: слаба

Гласуване: 93% съгласие

15. Поставянето на сонда за JTF под рН-контрол, когато е възможно, като безопасен, лесен и рентабилен метод до леглото на болния.

Ниво на доказателства: ниско

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 100% съгласие

16. Когато се очаква дългосрочно гастропили йеюнално хранене, да се използват методи като йеюностомия по Roux-en-Y, Omega-йеюностомия и ретубулизация вместо директно хирургическо поставяне на сондата.

Ниво на доказателства: ниско

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 100% съгласие

17. Върхът на сондата за йеюнално хранене да бъде поставен след лигаментата на Treitz, за да се предотврати ретроградното разместване на сондата в стомаха.

Ниво на доказателства: много ниско

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 100% съгласие

18. Да се започне йеюнално хранене в рамките на 24 часа след поставяне на сондата, независимо от възрастта или състоянието на пациента, с изключение на сложни хирургични ситуации като напр. постоперативни сраствания.

Ниво на доказателства: умерено

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 93% съгласие

19. Да се започне хранене със стандартна полимерна формула и ако това не се толерира да се премине към хидролизирана формула.

Ниво на доказателства: умерено

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 87% съгласие

20. Да се започне с хидролизирана формула, съдържаща средноверижни триглицериди, когато JTF се използва при екзопанкреатична недостатъчност или малабсорбция.

Ниво на доказателства: ниско

Сила на препоръката: силна

SoR: силен

Гласуване: 100% съгласие

21. Да се следят серумните нива на мед, цинк, селен и желязо за хранителни дефицити при всички пациенти, които получават

дългосрочно JTF.

Ниво на доказателства: ниско

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 100 % съгласие

22. Да не се разреждат формулите, така че да се минимизира риска от микробно замърсяване на формулата, вторична диария и недохранване поради ниската им калоричност.

Ниво на доказателства: умерено

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 93% съгласие

23. Да се прилага непрекъснато JTF чрез обемна ентерална помпа със скорост, съобразена с поносимостта на пациента.

Ниво на доказателства: ниско

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 100% съгласие

24. Да не се използва JTF за прилагане на лекарства, освен ако не е крайно необходимо и/или прилагането им в стомаха не е възможно.

Ниво на доказателства: ниско

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 100% съгласие

25. Извършването на декомпресия и аспирация на стомаха при деца, хранени през

йеюнална сонда, които имат висок риск от ГЕР и аспирация поради натрупване на остатъчно стомашно съдържимо и подуване на корема.

Ниво на доказателства: ниско

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 93% съгласие

26. Да се адаптират използването и грижите за йеюналната сонда според начина на използването на устройство и пътя на неговото поставяне.

Ниво на доказателства: ниско

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 93% съгласие

27. Промиването на сондата с малки количества топла вода преди и след прилагане на ентералната храна и/или медикаменти или при смяна на торбичката или бутилката в случай на непрекъснато ЖТФ.

Ниво на доказателства: много ниско

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 93% съгласие

28. Да се използва затворена система за подготовка на ентералната храна, за да се избегнете инфекцията и техническа грешка (напр. правилна формула, използвана след изтичане срока на годност).

Ниво на доказателства: много ниско

Сила на препоръката: силна
Гласуване: 100% съгласие

29. Използването на мултидисциплинарен екипен подход с добре обучени специалисти за проследяване и грижи за деца, нуждаещи се от йеюнално хранене.

Ниво на доказателства: ниско
Сила на препоръката: силна
Гласуване: 100% съгласие

30. При липса на стандартизиран подход като например клинични препоръки, непрекъснато наблюдение и грижа за пациента от мултидисциплинарен екип за отвикване от ЖТФ.

Ниво на доказателства: ниско
Сила на препоръката: силна
Гласуване: 100% съгласие

31. Да бъдат включени родителите и/или лицата, които полагат грижи за децата, във всеки процес на вземане на решение, за да се гарантира, че е получено информирано съгласие.

Ниво на доказателства: умерено
Сила на препоръката: силна
Гласуване: 100% съгласие

32. Да бъде включен професионален експерт за помощ при вземане на решения в случа-

ите, когато поставянето на йеюносттама поставя етични въпроси.

Ниво на доказателства: много ниско

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 100% съгласие

33. При всички пациенти на домашно ентерално хранене да бъде установено тясно сътрудничество между дома (родители/ болногледачи и сестрински екип) и болничните мултидисциплинарни екипи.

Ниво на доказателства: ниско

Сила на препоръката: силна

Гласуване: 100% съгласие



Декларация на ESPGHAN за отказ от отговорност: Това ръководство е адаптация на оригиналните препоръки, публикувани от ESPGHAN, <http://www.espghan.org>. ESPGHAN не поема отговорност за точността на превода или промените, направени в тази адаптация.

Декларация на БДДГХХ за отказ от отговорност: Българското дружество по детска гастроентерология, хепатология и хранене не носи отговорност за ежедневната дейност на лекарите и предоставя единствено одобрени от дружеството преводи на приети препоръки на европейски и световни дружества, собствени препоръки и становища за позиция по диагностични и терапевтични въпроси, само като указания за най-добра медицинска практика. Отговорността за диагнозата и лечението са от компетенцията на лекуващия екип.

Пълният текст на препоръките може да бъде намерен в сайта: **pediatria-bg.eu**

Инфекция с β -хемолитичен стрептокок от група А в детска възраст

Н. Габровска

СБАЛДБ „Проф. д-р ИВ. Митев“, Клиника по пулмология

Резюме

Бета-хемолитичният стрептокок от група А е най-честата бактериална причина за тонзилофарингит, но този микроорганизъм също може да причини остър отит на средното ухо; пневмония, инфекции на кожата и меките тъкани; сърдечносъдови, мускулно-скелетни и лимфни инфекции; бактериемия, артрит и менингит, бъбречно увреждане. Повечето деца и юноши, които развиват възпалено гърло, нямат стрептококова инфекция, тяхната инфекция е вирусна по етиология. Класическият стрептококов тонзилофарингит има остро начало; предизвиква съпътстващо главоболие,

стомашна болка и дисфагия; при изследване се характеризира с интензивен тонзилофарингеален еритем, жълт ексудат и шиян лимфаденит. За съжаление, само около 20% до 30% от пациентите имат класическите симптоми на заболяването.

Американската академия по педиатрия и Американската сърдечна асоциация препоръчват пеницилин като първа линия терапия за тази инфекция; еритромицин се препоръчва за тези пациенти, които са алергични към пеницилин. Цефалоспориновите препарати или азитромицинът се препоръчват също като терапия от първа линия при наличие на анамнеза за терапевтичен неуспех при лечение с пеницилин, при липса на лечебен кълмплайънс, при наличие на импетиго. Превенцията на ревматичната болест е основната цел на антибиотичната терапия при такива инфекции, но се постига и намаляване на заразяването и по-бързо клинично подобрене.

Инфекцията с бета-хемолитичния стрептокок винаги е съществувала, но наличието на по-съвременни и с по-висока диагностична стойност методи в наши дни е причината за т.н. възраждане на заболяванията, които този микроорганизъм може да причини [1].

Обща характеристика

Род *Streptococcus* принадлежи към семейство *Streptococcaceae*. Понастоящем родът включва 46 вида. По време на своя бактериален растеж образува двойки или верижки от клетки. Именно поради тази особеност произлиза названието им (от гр. *streptos* – “верига”).

Видовете от род *Streptococcus* се разделят в следните групи:

група А стрептококи – *S. pyogenes*;

група В стрептококи – *S. agalactiae*;

група С стрептококи – *S. equisimilis*; *S. anginosus*;

група F стрептококи – *S. anginosus*;

група G стрептококи – *S. bovis*, *S. durans*, *S. avium*;

група K стрептококи – *S. Salivarius*.

S. pneumoniae не принадлежи към никоя от изброените групи, но принадлежи към род *Streptococcus*.

S. pyogenes принадлежи към стрептококите от група А, известен е още като гноероген стрептокок. Причинява различни инфекции – ангина, пиодермия, еризипел, скарлатина, ревматизъм.

S. agalactiae се отнася към групата на В стрептококите, част е от нормалната микрофлора на влагалището на жената. При понижаване на резистентността на организма може да причини различни инфекции,

като неонатални такива са менингит, амниотит и сепсис.

Представители на стрептококи от група С са *S. equisimilis*, *S. anginosus*, които също са β -хемолитични бактерии. Представители са на нормалната микрофлора, но могат да причинят редица инфекциозни заболявания като ангина, фарингит или абсцес.

Към групата на зеленеещите стрептококи (*viridans*) се отнасят *S. mutans*, *S. mitis*, *S. salivarius* и *S. milleri*. Чести причинители са на зъбен кариес и абсцеси в устната кухина. Пневмококите принадлежат към род *Streptococcus* и са отделени в самостоятелна група. Нормални обитатели са на горните дихателни пътища при 5-40% от хората. Отговорни са за около 75% от случаите на пневмококова пневмония и повече от половината от всички смъртни случаи при пневмококова бактериемия [2, 3].

От всички стрептококови заболявания най-често се среща стрептококовата ангина (с причинител бета-хемолитичен стрептокок от група А), която заема второ място след респираторните вирусни инфекции като причинител на тонзилофарингити в детска възраст [4].

Скарлатина

Скарлатината е заболяване, засягащо най-вече деца от 3- до 13-годишна възраст

(децата до 6-месечна възраст са предпазени от трансплацентарно преминалите майчини антитела), предимно в зимния период на годината. Заболяването се предава по въздушно-капков път, но е възможно заразяване по алиментарен и контактен път. Обикновено източник са болните от скарлатина, от стрептококови ангина и назофарингити. Инкубационният период е от 1 до 12 дни, но най-често 2-4 дни.

Отличителен белег на скарлатината е развитието на характерен обрив. Причината за това е образуването на пирогенен екзотоксин от бактериите [5, 6]. Не всички деца, които имат стрептококова инфекция на горните дихателни пътища, развиват скарлатина. Това се случва в случаите, когато организъмът не може да образува анти тела срещу токсина. Инфекциозният причинител лесно се предава от дете на дете особено в затворени колективи, каквито са детските ясли и градини.

Най-интензивен е обривът по флексорните повърхности на крайниците, особено в гънките на предмишниците, лакътните и коленните ямки, по долната част на корема и вътрешните повърхности на бедрата, **фиг. 1**. При тежките форми на заболяването могат да са налице и хеморагични обриви. Обрив липсва по носа и около устата, където се образува т. нар. „триъгълник на

Филатов", **фиг. 2**. Болните от скарлатина са с яркочервени бузи и периорална бледост. Кожата при пациентите е като настръхнала – „гъша кожа“. Ситен обрив има и в устната кухина на болното дете – енантем. В динамика в рамките на 3-4 дни обривът постепенно избледнява, като първо започва от лицето. След преминаване кожата се залющва.



Фиг. 1. Типичен обрив при скарлатина.



Фиг. 2. Триъгълник на Филатов.

Заболяването има следния ход: в началото са налице повишена телесна температура, обикновено над 38.5°C , болки в гърлото, лош дъх от устата, подути шийни лимфни възли, отпадналост, безапетитие, гадене, повръщане. 1-2 дни след това се появява и

описаният обрив. Гърлото е силно хиперемизирано, тонзилите са покрити с белезникави или жълтеникави гнойни наледи. Езикът първоначално е покрит с плътен бял налеп, впоследствие става яркочервен, с проминиращи папули, което му придава характерния за заболяването „малинов“ вид, **фиг. 3**. В следващите дни състоянието на детето постепенно се подобрява, обривът търпи обратно развитие, а кожата започва да се залющва, **фиг. 4**.



Фиг. 3. Типичен вид на езика.



Фиг. 4. Типично залющване на кожата на ръцете.

Независимо от това, че заболяването преминава сравнително бързо, детето продължава да бъде заразно за период от около три седмици [7].

Усложнения

Скарлатината може да предизвика редица усложнения, които могат да бъдат ранни и късни. Ето защо навременното разпознаване и ефективното лечение на болестта са от изключително значение. Ранните усложнения на скарлатината включват ретрофарингеален абсцес, лимфаденит, отит, синусит, мастоидит, артрит и др. Късните усложнения са резултат от алергизиране на организма спрямо инфекциозния причинител – може да настъпи остър гломерулонефрит, миокардит или постскарлатинозен „ревматоид“ [8, 9].

Ревматична болест

Има няколко групи стрептококи, но само тези от група А причиняват ревматизъм. Въпреки че стрептококовата инфекция често причинява фарингит при деца в училищна възраст, не всички болни деца от фарингит развиват ревматизъм. Заболяването може да причини възпаление и увреждане на сърцето. Първо се проявява с периодични болки и оток в ставите, а по-късно с кардит или неволеви движения (хорея), дължащи се на

възпаление на мозъка. Може да се появят и кожни обриви или възли [10]. Преди възможността за антибиотично лечение, заболяемостта в топлите страни е била висока. След въвеждането на антибиотиците като средство за лечение на фарингит, честотата на заболяването намалява. Поради засягането на ставите, ревматизмът е включен към заболяванията на съединителната тъкан при деца и погроставащи.

Ревматизмът е резултат от абнормен имунен отговор срещу инфекция на гърлото, причинена от бета-хемолитичен стрептокок от група А – *S. pyogenes*. Възпалението на гърлото предхожда началото на заболяването, последвано от асимптоматичен период с различна продължителност. Необходимо е антибиотично лечение на инфекцията на гърлото, за да се спре стимулацията на имунната система и да се избегне нова инфекция, защото такава би могла да предизвика нов тласък на заболяването.

След като острата инфекция премине, настъпва безсимптомен период от около 2-3 седмици. След това може да се появят температура и симптоми на заболяване, описани по-долу. Артритът засяга обикновено няколко големи стави едновременно или „прескача“ от една става в друга, засягайки една или две по едно и също време (колени, лакътни, глезенни, раменни). Нарича се

„мигриращ и транзиторен артрит“. Засягането на ръцете и на шийните прешлени е по-рядко. Ставната болка може да е значителна дори без да е видим оток.

Кардитът е най-сериозната проява на ревматичната болест. Учестената сърдечна дейност по време на почивка или сън насочва към съмнение за ревматичен кардит. Установяването на сърдечен шум по време на преглед е основен симптом за сърдечно засягане. Шумът варира по сила от незначителен до силен и може да е белег за възпаление на сърдечните клапи, познато като „ендокардит“. В най-тежките случаи на миокардит помпената функция на сърцето може да отслабне.

Терминът хорей произхожда от гръцки език и означава „танц“. Хорейта е нарушение на двигателната функция в резултат на възпаление на части от главния мозък, контролиращи координацията на движенията. Засяга 10-30% от пациентите с ревматизъм. За разлика от артритата и кардита, хорейта се появява по-късно в хода на заболяването, от 1 до 6 месеца след гърлената инфекция. Ранни признаци са нарушеният почерк при пациенти в училищна възраст, затруднения в обличането и самообслужването, дори в ходенето и храненето, дължащи се на треперене и неволеви движения. Те могат да бъдат потискани съзнателно за кратки пе-

риоди, могат да изчезнат по време на сън или да се засилят при стрес или изтощение. При ученици това засяга обучението поради лоша концентрация, притеснение и лабилно настроение със склонност към плач. Ако промените са дискретни, може да бъдат взети за поведенчески нарушения. Състоянието е самоограничаващо се, но се изисква подкрепящо лечение и проследяване [11,12].

Кожният обрив е по-рядка проява на ревматизма, наречен е „еритема маргинатум“. Изглежда като червени пръстени и „подкожни възли“, които са безболезнени подвижни възли с нормален цвят на надлежащата кожа, намиращи се обикновено около ставите. Тези симптоми се срещат при по-малко от 5% от случаите и могат да бъдат пропуснати поради тяхната оскъдна и транзиторна проява. Те не са самостоятелни, а често придружават миокардита.

Съществува болест, наречена постстрептококов реактивен артрит, която също се развива след прекаран стрептококов фарингит, като при нея артритът е с по-дълга давност и рискът за развитие на кардит е по-нисък.

Стрептококово носителство

Независимо че при деца със стрептококово носителство, т.нар. стрептококова колонизация, не се развиват усложнения и има

относително нисък риск от предаване на инфекцията на други пациенти, провеждането на антибиотично лечение се налага при следните случаи:

- Опасност от епидемично развитие на стрептококов фарингит в затворени общности (детски градини, училища);
- Анамнестични данни за прекаран ревматичен пристъп и/или фамилна обремененост;
- Рецидивиращи епизоди на стрептококови инфекции в продължение на месеци, независимо от проведено адекватно лечение на отделните заболели индивиди;
- Наличие на клинична симптоматика [13, 14, 15].

Диагностични тестове

Културелно изследване

Златен стандарт в диагностиката на стрептококовите инфекции е извършването на прецизна микробиологична диагностика на орофарингеален секрет. Трябва да се има предвид, че изолирането на бета-хемолитичен стрептокок от група А не може да диференцира остра инфекция от асимптомно носителство. Важно условие за успешното микробиологично изследване е правилното взимане на гърлен секрет – преди сутрешен тоалет, преди детето да е приемало вода и храна. Извършва се със стерилен тампон, като продължително (5-

10 секунди) се обтриват последователно задната фарингеална стена, медиалната повърхност на небните тонзили и тонзиларните крипти. Времето за транспортиране на гърления секрет до микробиологичната лаборатория трябва да бъде съкратено за намаляване на риска от фалшиво-негативни/фалшиво-положителни резултати. За целта е необходимо употребата на транспортна хранителна среда (най-често среда на Stewart), която увеличава преживяемостта на стрептококите от 24 до 72 часа [16].

Експресни тестове

През последните години в световен мащаб се наложиха различни бързи тестове за определяне на възлехигратен антиген на *S. ruogenes* от гърлен секрет, най-често чрез латекс-аглутинация и ELISA методика.

По-голямата част от тези тестове имат висока специфичност (>95%), което ги доближава до тази на микробиологичното изследване. Недостатък на методиката е сравнително ниската чувствителност (80-90%), което определя възможността за фалшиво-положителни резултати [17, 18].

Серологични тестове

Най-често извършваните серологични тестове са свързани с определяне на серумните концентрации на антителата срещу

два от екстрацелуларните антигени – стреп-толизин О и дезоксирибонулеаза В. Серумните нива на антителата се увеличават постепенно и след период от няколко седмици от началото на острата стрептококова инфекция могат да позитивират. Антителата се задържат в кръвообращението за около 2-3 месеца, преди да започнат бавно да намаляват и свидетелстват за прекарана инфекция. Антистрептолизиновите антитела позитивират 3-5 седмици след началото на острата стрептококова инфекция. Наличието на антитела срещу дезоксирибонуклеаза В свидетелстват за скорошна инфекция със *S. pyogenes*. Пикът на серумните нива на тези антитела се появява сравнително късно – 6-8 седмици след началото на стрептококовата инфекция. Интерпретацията на резултатите от дезоксирибонуклеазния тест се извършва винаги паралелно с антистрептолизиновите тит-ри, като в комбинация резултатите осигуряват достатъчно достоверни данни за прекарана остра стрептококова инфекция [19, 20].

Лечение

Според съвременните алгоритми и ръководства всички случаи на стрептококов фарингит/тонзилит трябва да бъдат подложени задължително на антибиотична терапия с

цел предпазване от вероятните усложнения. Първи препарат на избор при лечение на остър стрептококов фарингит е пеницилин или амоксицилин [21, 22]. При алергия към пеницилиновите препарати се използват други антибиотични средства от втори и трети ред, като клиндамицин, цефалоспорини, макролиди. Лечението трябва да бъде с достатъчна продължителност (минимум 10 дни) за постигане на ефективна ерадикация на бактериалната инфекция. Единствено лечението с азитромицин е с продължителност 5 дни, като ефективността е съпоставима с 10-дневния курс на лечение с другите антибиотици [23, 24]. Към терапията се добавят антипиретици, аналгетици, локални антисептици, инфузионна терапия при необходимост. Препоръчва се постелен режим и ограничаване на богатата на белтъчини храна.

След приключване на антибиотичното лечение е уместно да се проведат контролни микробиологични изследвания за потвърждаване на стрептококовата ерадикация. Със скринираща цел по отношение на настъпването на евентуални усложнения се провежда изследване на обикновена урина и провеждане на електрокардиография [25].

Заклучение

Широкият спектър на клинична изява на ин-

фекциите с бета-хемолитичен стрептокок от група А в детска възраст, както и сериозността на гнойните и негнойните усложнения определят тяхната голяма социална значимост. Познаването на особеностите на клиничното протичане на острата стрептококова инфекция е от съществено значение за общопрактикуващите лекари, педиатри, детски пулмолози и оториноларинголози за изграждане на единен диагностичен и терапевтичен алгоритъм.

Библиография:

1. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Jr., Kaplan EL, Schwartz RH, Infectious Diseases Society of A. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. Infectious Diseases Society of America. Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America 2002; 35:113-125.
2. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America 2012; 55:e86-102.

Пълната библиография може да намерите в сайта pediatria-bg.eu



БПА



WWW.PEDIATRIA-BG.EU

· НОВИНИ · ИНТЕРВЮТА · СТАНОВИЩА · СЪБИТИЯ · СТАТИИ



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, ще имате достъп до Педиатрия плюс, както и до сп. Педиатрия. 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:

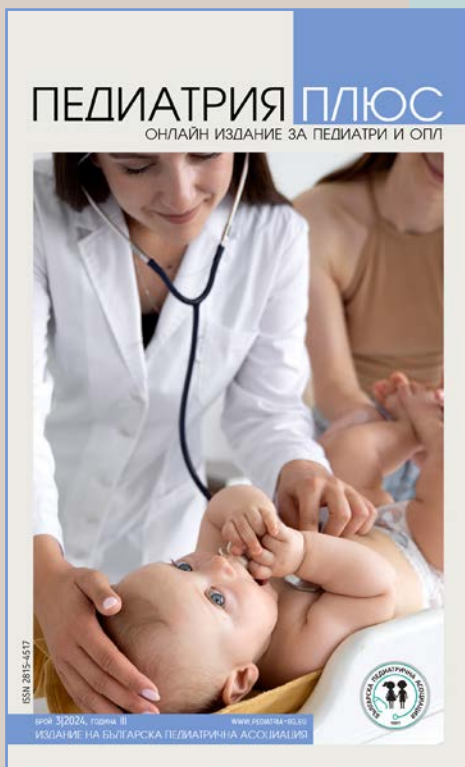
Трите имена на членуващия/кандидата, УИН и годината, за която плащате членски внос.

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



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. „Акад. Георги Бончев“,
бл. 23, офис 108

Тел.: +359 878660587

e-mail: pediatria.bg@gmail.com

www.pediatria-bg.eu

