

ПЕДИАТРИЯ ПЛЮС

ОНЛАЙН ИЗДАНИЕ ЗА ПЕДИАТРИ И ОПЛ



ISSN 2815-4517

БРОЙ 5|2024, ГОДИНА III

WWW.PEDIATRIA-BG.EU

ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ



НА ФОКУС

Интервю с г-р Димитър Печилков

3

НОВИНИ

10

ИЗБРАНО ОТ МЕДИИТЕ

13

МЛАДИТЕ ПЕДИАТРИ

Интервю с г-р Мария Петкова

18

ЗА ПРАКТИКАТА

Как да разпознаем
Влошаващото се дете

Л. Димитрова, Л. Бозаджиева,
Т. Тенева

23

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

За забавената диагноза
муковисцидоза: различната история
на две деца

Г. Петрова

31

Календар на събитията на БПА | 2023

41



Д-р Димитър Печилков:

**„НЕОБХОДИМИ СА
КОМПЛЕКСНИ МЕРКИ ЗА РЕШАВАНЕ
НА ПРОБЛЕМА С ХРОНИЧНИЯ НЕДОСТИГ
НА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ“**

Срещнахме се с д-р Димитър Печилков, началник на Детско интензивно кардиологично отделение (ДИКО) към Национална кардиологична болница, за да поговорим за наболелия от доста време проблем с липсата на медицински сес-



три, за трудностите, пред които е изправено отделението, и разбира се – за детското здравеопазване като цяло.

Д-Р ПЕЧИЛКОВ, РАЗКАЖЕТЕ НИ ПОВЕЧЕ ЗА ОТДЕЛЕНИЕТО, КОЕТО ОГЛАВЯВАТЕ?

Националната кардиологична болница (НКБ) е здравно заведение с утвърдени над 50-годишни традиции както в грижите и лечението на пациенти със сърдечносъдови заболявания, така и в обучението на специалисти в тази област. В нея се разполага и Центърът за комплексно лечение на деца с вродени сърдечни малформации (ВСМ). Тъй като това е единственият подобен център в страната, той е от национално значение за нуждите на децата с ВСМ и техните семейства. Като обособена структура той функционира от 1995 г., като в него влизат различни звена, съвместими с европейските и световните стандарти: детска кардиологична амбулатория, отделение по детска кардиология, детско интензивно кардиологично отделение, отделение по хирургия на ВСМ. Детското интензивно кардиологично отделение е мястото, където се отглеждат децата веднага след осъществяване на сърдечната операция. То разполага с 3 зали, с 8 напълно оборудвани пациентски места за деца от 1-дневна до 18-годишна възраст. В отделението работи екип от лекари детски кардиолози, профилирани в интензивното лечение на деца, специалисти по здравни грижи, преминали специален курс на обучение за интензивни грижи при кардиологично болни деца, и рехабилитатори. През по-

следните три години през отделието преминават средно по 200-220 деца след сърдечна операция или интервенционална процедура, като около 50 от тях са новородени с критични сърдечни заболявания.

ОТ ДОСТА ВРЕМЕ С ТРЕВОГА АЛАРМИРАТЕ ЗА ЕДИН ОГРОМЕН ПРОБЛЕМ – ЛИПСАТА НА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ. КОЯ Е ПРИЧИНАТА?

За проблема с липсата на медицински сестри, квалифицирани в интензивните грижи за сърдечно болни деца, сме алармирали още през 2017 г. В Парламентарната комисия по здравеопазване. В следващите години многократно официално сме уведомявали Министерството на здравеопазването, съсловните организации, ръководството на факултета по обществено здраве (ФОЗ), пациентските организации и медиите. Въпреки нашите усилия за преодоляване на този проблем, не успяхме да се справим с него самостоятелно. През последните 6 години броят на сестрите в отделието постепенно намаля от над 20 до 8 в началото на 2024 г. Това критично намаляване на персонала е една от причините за ограничаване на възможността за използване на цялата леглова база, като в момента се използват само половината от наличните легла. Проблемът в интензивните отделения за деца след сърдечна операция е, че е необходимо по-голямо насищане с персонал с по-висока квалификация. В медицинския стандарт по кардиохирургия е описано, че след сърдечна операция една сестра може да се грижи за не повече от 2 деца. Това съответства



на стандартите в Европа. Нарушаването на това съотношение 1:2 (сестра:пациент) би довело до значително влошаване на качеството на работа и нарастване на смъртността след сърдечни операции при деца, което е доказано в множество проучвания.

КОИ СА ПРИЧИНИТЕ ЗА ЛИПСАТА НА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ?

Причините за липсата на медицински сестри са няколко. Първо, трайното намаляване на броя на работещите сестри в страната до нива, които са 2 пъти по-ниски в сравнение със средните в страните от ЕС, на фона на увеличаване на болничната легловата база, която е 1.6 пъти по-голяма в сравнение със средната за ЕС, тоест – малко сестри на много болнични легла. Второ, липсва интерес към работата с деца, особено в интензивните отделения. Трето, заплащането е недостатъчно! Конкретно за нашето отделение към изброените причини се добавят и: тежката работа, големият брой нощни дежурства, необходимостта от полагане на извънреден труд, субоптималната организация на оперативната активност, липсата на добри оперативни резултати, значителната смъртност и т.н. За съжаление, в страната липсва подобно на нашето отделение, откъдето ние да можем да „откраднем“ подготвени сестри, които веднага да се включат равносстойно в работата. Обучението на сестра за работа в детска сърдечна реанимация отнема поне 1 година.



КАКВИ СЪПКИ ТРЯБВА ДА СЕ ПРЕДПРИЕМАТ, ЗА ДА СЕ РАЗРЕШИ ТОЗИ ПРОБЛЕМ?

За решаване на проблема със задълбочаващия се хроничен недостиг на медицински сестри са необходими комплексни мерки. Те трябва да започнат още от обществото, което да покаже уважение към тази тежка професия. Какви стъпки сме предприели ние и смятаме, че трябва да се придържаме към тях:

- повишаване на възнаграждението;
- редовни контакти с ФОЗ и провеждане на промоции и лекции;
- специална програма за обучение на сестри за интензивно лечение на деца (осигурили сме манекени на бебета и деца);
- създаване на позиция на сестра обучител и отговорник за клиничната работа;
- участия в международна програма за повишаване на качеството на лечение на сърдечно болни деца, организирана от Детската болница в Бостън и Харвардския медицински университет;
- създаване на реални възможности за карьерно развитие на сестрите;
- ангажиране на пациентските организации;
- ангажиране на Министерството на здравеопазването и Министерството на образованието;
- ангажиране на социалните медии.

Целта е утвърждаване на ролята на сестрата като ключов член на мултидисциплинарния екип, полагащ интензивни грижи за децата със сърдечни заболявания.



КОИ СА ДРУГИТЕ ТРУДНОСТИ, С КОИТО СЕ СБЛЪСКВАТЕ КАТО НАЧАЛНИК НА ОТДЕЛЕНИЕТО?

За щастие екипът, с който работя в отделението, е съставен от хора, които са готови да дадат всичко от себе си в борбата за подобряване на грижите за критично болните деца. Заедно с тях успяваме да се справим с ежедневните предизвикателства на клиничната работа.

ОТДЕЛЕНИЕТО ВИ Е ЧАСТ ОТ ЕДНА УНИКАЛНА ЗА БЪЛГАРИЯ СТРУКТУРА – НАЦИОНАЛНАТА КАРДИОЛОГИЧНА БОЛНИЦА. КАК ВИЖДАТЕ РОЛЯТА НА ДЪРЖАВАТА ПО ОТНОШЕНИЕ НА БОЛНИЦАТА И ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ КАТО ЦЯЛО?

Крайно време е държавата да осъзнае, че трябва да се фокусира ефективно върху детското здравеопазване. Нашето звено е едно от приоритетните, тъй като в страна няма реална алтернатива. Ако бъде допуснато спирането на работата, ще има тежки негативни последици:

- за държавата – увеличаване на разходите за лечение на децата в чужбина;
- за родителите и техните деца – особено за децата с критични ВСМ и при спешно възникнали проблеми при кардиологично болни деца, нуждаещи се от кардиохирургично лечение. В тези случаи лечението трябва да се осъществи в рамките на няколко часа до няколко дни. При липса на възможност за такова лечение в България, това ще доведе до повишаване на



детската смъртност с последващ изразен негативен отзвук както в обществото, така и в цялата ни система на здравеопазване.

СПОРЕД ВАС ИЗГРАЖДАНЕТО НА НАЦИОНАЛНА ДЕТСКА БОЛНИЦА БИ ЛИ СПОМОГНАЛО ЗА РАЗРЕШАВАНЕ НА ГОЛЯМА ЧАСТ ОТ ПРОБЛЕМИТЕ НА ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ?

Изграждането на Национална детска болница е задължително и е крайно време този проект да бъде реализиран на практика. Само така ще се даде възможност на децата на България да получат съвременни комплексни медицински грижи, без да е необходимо да бъдат прехвърляни между специализирани звена в различни болници и тяхното здраве да бъде излагано на риск.

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

Да се грижат за пациентите си така, както биха го направили за своите собствени деца. Да са съпричастни и готови на компромиси с родителите, които страдат заедно с болните си деца. Да не премълчават и толерират проблемите, които забелязват по време на работата, а да ги споделят и да търсят начин да ги разрешат. Да бъдат обществено и социално активни в името на защитата на детските права и здраве.



ОБЩЕСТВЕНИЯТ СЪВЕТ ЗА ИЗГРАЖДАНЕ НА НАЦИОНАЛНА ПЕДИАТРИЧНА БОЛНИЦА ПРЕДСТАВИ ОТЧЕТ ЗА ДЕЙНОСТТА СИ



Общественият съвет за изграждане на Национална педиатрична болница представи отчет за дейността си през изтеклата година. Председателят на ОС проф. Иван Литвиненко, председател и на Българската педиатрична асоциация, обобща накратко постигнатото към края на отчетния период – създаване условия за диалог между отговорните институции, представяне



на актуализиран проект структурата на Националната детска болница, анализ на правно-организационната форма на бъдещата болница, решение на Народното събрание за ускорено изграждане на Национална детска болница. Проф. Литвиненко обобща, че за този период ОС е съсредоточил усилията си в гарантиране на комплексното управление, приемствеността и прозрачността на проекта по изграждане на Национална детска болница.

ОС посочи, че са констатирани два големи проблема – липсата на структурно звено в Министерството на здравеопазването, което да координира различните институции, свързани с изграждането на Национална детска болница, както и стратегия за кадровото ѝ обезпечаване. От ОС настояха за взимане на навременни мерки за решаване на кадровата криза, тъй като в бъдещата детска болница ще бъдат нужни редица лекари и други медицински специалисти. Кадровото осигуряване на бъдещата болница ще бъде най-трудно, допълни проф. Литвиненко. Проблемът с кадрите съществува отдавна и постепенно ситуацията се влошава, засягайки всички спе-



циалности в здравеопазването, като е особено изразен в тежките специалности, сред които попада педиатрията, каза доц. Боряна Аврамова, член на ОС и началник на Клиниката по детска клинична хематология и онкология в болница „ИСУЛ- Царица Йоанна“. Силно изразен е проблемът и за осигуряване на медицински сестри, добави тя.

От Съвета категорично заявиха, че този проект не се свежда само до построяването на една сграда, нейното обзавеждане и осигуряването с апаратура, а че той е свързан с много по-широкообхватна дейност, за която са необходими далновидност и добре координирани действия и те следва да бъдат предприети още в настоящия момент.

ДЕТСКАТА ХИРУРГИЯ НА „ПИРОГОВ“ С МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА ОТ ВИСОК КЛАС



Детската хирургия на „Пирогов“ въвежда щадящ и широкодостъпен метод за лечение на гастроезофагеална рефлуксна болест благодарение на нова медицинска апаратура, подарена от частен дарител. За първи път както в страната, така и на Балканския полуостров се внедрява златния стандарт при диагностиката (с прибор за 24-часовата рН метрия) и нехирургичното лечение с апарат STRETTA при деца с този медицински проблем.

Нововъведението, освен че е щадящо за малките пациенти и дава над 85% ефективност, е и широкодостъпно поради факта, че консумативите за дарените апарати се покриват напълно от Националната здравноосигурителна каса.

„Опитът на екипа на Клиниката по детска хирургия, подкрепен от високоспециализи-

раната техника, ни дава възможност да оказваме съвременна медицинска помощ не само на българските деца, но и на тези от Балканите, защото подобно щадящо лечение на гастроезофагеална рефлуксна болест в Централна и Източна Европа се прилага само в Чехия", сподели проф. д-р Христо Шивачев, ръководител на Клиниката.

ИЗЛОЖБА НА ДЕТСКИ РИСУНКИ НА ЗДРАВНА ТЕМА



Изложба от 80 детски рисунки на здравна тема вече ще посреща посетителите на МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“ в Кърджали, съобщиха от лечебното заведение. Творбите са дело на малките творци, участвали в областния конкурс „Здраве за мен. Здраве за всички!“. В своите рисунки децата-художници от Кърджали и региона разкриват своето разбиране за здраве и значението му за човека. Те са ученици от няколко училища и арт школи, а селекцията на творбите е на известните кърджалийски художници Пенка Атанасова, Мая Мечева и Хари Атанасов.

КЛИНИКАТА ПО ДЕТСКА ХЕМАТОЛОГИЯ И ОНКОЛОГИЯ В ИСУЛ НАСТОЯВА ЗА ПОДКРЕПА ОТ ДЪРЖАВАТА

Medical News



Клиниката по детска клинична хематология и онкология на УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ възобновява костно-мозъчните трансплантации, които бяха временно спрени поради липса на достатъчно сестрински персонал. „Планираме постепенно да увеличим броя на трансплантациите – обясни доц. д-р Боряна Аврамова, която от два месеца е началник на Клиниката. – За да има устойчив резултат и дейността на клиниката да бъде възстановена в пълния си обем обаче, трябва да се помисли за целево финансиране, което да осигури сравнително високи заплати на средния медицински персонал, за да няма текучество. Нашите сестри са високоспециализирани, подложени са на голям стрес, за разлика от лекарите нямат възможност за научно развитие и единствения мотивиращ фактор, с който разполагаме, са сравнително високи заплати.“

ПРОФ. ЕЛИСАВЕТА НАУМОВА: ОЧАКВАМЕ НЕОНАТАЛНИЯТ СКРИНИНГ ЗА РАННО ОТКРИВАНЕ НА ПЪРВИЧНИТЕ ИМУННИ ДЕФИЦИТИ ДА ВЛЕЗЕ В ДЕЙСТВИЕ

Zdrave.to



„Изследването на имунната система в профилактичен план не съществува на много места в света, включително и в България. И именно тук е мястото на имунологичната общност. Нашият експертен център в „Александровска“ болница разработи национална стратегия за опазване на имунното здраве на нашето население и превенция на имуномедираните заболявания и я депонирахме в МЗ. Един от компонентите ѝ е неонаталният скрининг за ранно откриване на първичните имунни дефицити - в момента е в етап на проектонаредба и е в процес на обществено обсъждане. Надявам се скоро да влезе в действие. По този начин много рано ще успяваме да установим нарушенията на имунната система и ще можем да предприемаме съответните мерки за тяхното подобряване и съответно - за лечението на тези заболявания.



Frisolac VOM

УСЪВЪРШЕНСТВАНА ФОРМУЛА

За диетотерапия при леки
храносмилателни проблеми

С клей от рожкови, GOS, DHA/AA и нуклеотиди



Майчината кърма е най-добрата храна за кърмачето.
Всяка майка трябва да е убедена в предимствата на
кърменето, както и в поддържането на здравословен
начин на живот и хранене.

Д-р Мария Петкова:

„Трябва да се осигури достойно възнаграждение за труда на всеки един педиатър“



Д-р Мария Петкова завършва с отличие Медицински университет – Плевен през 2018 г. През същата година започва специализация в Клиниката по детски болести към УМБАЛ „Д-р Георги Странски“. От 2019 г. е назначена за асистент в Катедрата по педиатрия към МУ – Плевен и започва работа по докторантурата си. Член е на Българския лекарски съюз и Българската педиатрична асоциация.

Защо решихте да бъдете лекар?

Още от дете имах непреодолимото желание да помагам на всички около мен. И някак естествено се случваше да се водя от първия принцип на медицината, който гласи: „Преди всичко не вреди!“. Не мога да кажа, че мечтата ми е била конкретно да стана лекар, но се радвам, че стремежът ми да съм полезна на семейството си и обществото се запази и до днес, а лекарската професия е идеалният начин да го постигна.

А коя бе причината да изберете педиатрията за своя специалност?

Решението да специализирам педиатрия беше също толкова естествено продължение на професионалния ми път, както и медицината. Винаги съм обичала децата и съм се разбирала с тях, дори майка ми веднъж забеляза, че малчуганите имат особено отношение към мен и ми каза, че непременно трябва да се занимавам с деца. Тогава тази мисъл откровено ме изплаши, тъй като работата с деца е особено отговорна, но когато се дипломирах, разбрах, че това е моето призвание.

Лично за вас какво е педиатрията?

За мен педиатрията е грижа и любов към най-чистите създания, упорита работа и несравнимо удовлетворение.

Педиатърът според вас трябва да е...

Всеотдаен, ерудиран, внимателен и адаптивен. Педиатърът трябва да вдъхва доверие не само на малките пациенти, но и на техните родители. Само

така могат да се постигнат оптимални резултати.

С какви трудности се сблъсквате като млад специалист?

Един специализант по педиатрия у нас трябва да притежава значителна упоритост, за да успее. От една страна, педиатрията не е, така да се каже, приоритетна специалност. Тя се свързва не толкова с позитивните си страни, колкото с проблемите, които среща. Например, погледнато от страни, малко хора ще кажат колко може да бъде приятна и зареждаща работата с деца, повечето ще си помислят, че не е достатъчно добре възнаградена. Също така, това не е работа като всяка друга, защото тук лекарят работи освен с пациента и с неговите родители, което изисква едно по-деликатно отношение.

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

Разбира се, това не е проблем. Пациентите вярват, когато усетят, че лекарят подхожда с разбиране, откровеност и емпатия.

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

Сред най-големите проблеми, пред които е изправено детското здравеопазване, са дефицитът на кадри, повсеместно и на национално ниво, и липсата на единно звено, в което децата да получават високоспециализирана здравна помощ спрямо техните индивидуални медицински нужди.

Друго предизвикателство е недостигът на средства за профилактика в детска възраст, което поражда недостатъчна информираност за основните медицински състояния. Още по време на основното образование трябва да се започне изграждане на базисни знания по отношение на най-честите медицински състояния, с които човек се сблъсква в детска възраст, а и след това.

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

Бих искала педиатрията да стане по-атрактивна специалност за младите колеги и тези от тях, които я избират, по-често да предпочетат да останат да практикуват в България. За целта трябва да се подобрят условията на работа и обучение, както и да се осигури достойно възнаграждение за труда на всеки един педиатър. Аз, от своя страна, мога да продължа да върша работата си с удоволствие и да давам своя личен пример на колегите след нас.

Смятате ли, че имаме нужда от Национална педиатрична болница?

Разбира се. Безспорна е необходимостта от широкоспектърна структура на национално ниво, която да осигурява навременна и всеобхватна медицинска помощ на малките пациенти от цялата страна.

За какво мечтаете като млад специалист?

Преди всичко мечтая за здраве, здраве за децата, не само в България, но и по света. Те всички заслужават детството си, а за да го получат, трябва да са здрави. Мечтая да има достатъчно педиатри, които да помагат това да се случи.



Pampers®
pants



Нашите
НАЙ-ДОБРЕ
защитени
от протичане
гащички досега



КАК ДА РАЗПОЗНАЕМ ВЛОШАВАЩОТО СЕ ДЕТЕ

Л. Димитрова^{1, 2}, Л. Бозаджиева^{1, 2},
Т. Тенева^{1, 2}

¹СБАЛДБ „Проф. д-р Иван Митев“,
Интензивно отделение

²Медицински университет – София

В клиничната си практика педиатърът често се среща с тежко болни деца. Те идват или с вече изразена клинична картина на заболяването, или в привидно добро състояние, но скоро се влошават. Подробният преглед, внимателното снемане на анамнеза от родителите и правилното обучение на кадрите са важни за акуратната оценка на състоянието на пациента. Понякога обаче спешността е толкова голяма, че се изискват незабавни действия за спасяване на живота на детето. За целта са въведени бързи скали за оценка на състоянието, използването на които е улеснило триажа и работата на интензивистите в световен мащаб.

Спешните и интензивни звена с педи-

атрична насоченост добре познават т. нар. PEWS (Pediatric Early Warning Systems) [1]. Насочени към младите лекари и сестрите, скалите за оценка се основават на физиологични параметри, съобразени с възрастта на детето, **табл. 1** [2]. Разработени са на базата на NEWS (National Early Warning systems) и MEWS (Modified

Таблица 1. Референтни граници за сърдечна и дихателна честота според възрастта, по препоръките на PALS (Pediatric Advanced Life Support, АНА 2020).

	Сърдечна честота удари в минута		Вдишвания в мин.
Възраст	Будно състояние	В сън	Норма
Новородени (<28 дни)	100-205	90-160	30-53
Кърмачета (1-12 мес.)	100-190		
Малки деца (1-2 год.)	98-140	80-120	22-37
Предучилищна възраст (3-5 год.)	80-120	65-100	20-28
Ранна училищна възраст (6-11 год.)	75-118	58-90	18-25
Юноши (12-15 год.)	60-100	50-90	12-20

Early Warning systems) през 2005 г. от Мо-наган и сътр. Те са създадени с цел да определят дали при дадения пациент, приет в отделение или интензивен сектор, има опасност от клинично влошаване, **табл. 2.** Днес стоят в основата на критериите за хоспитализация или трансфер в отделение за интензивни грижи [3].

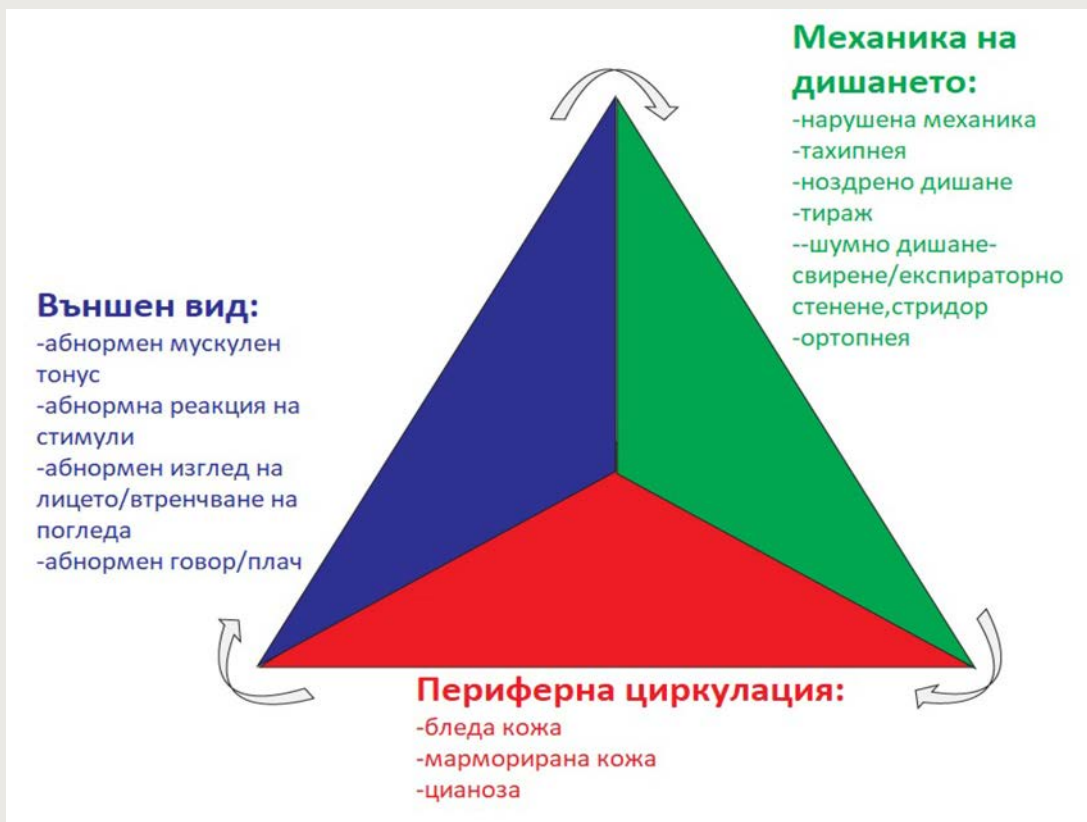
Таблица 2. Превод на оригиналната таблица на Monaghan et al, Pediatric care 2005. При сбор над 4 или ако детето попада в червената колона, е необходимо търсене на старши медицински персонал.

Точки	0	1	2	3	Сбор
Поведение	Играе/държи се нормално за възрастта	Спи	Раздразнително е	Летаргично/объркано/ С притъпен отговор към болка	
Сърдечносъдови показатели	Розова кожа/ Време на реколаризация 1-2 сек.	Бледа кожа/ Време на реколаризация 3 сек.	Сивкава кожа/ Време на реколаризация 4 сек. Тахикардия с 20 удара над горната граница за възрастта	Сивкава кожа/ Време на реколаризация >=5 сек. Тахикардия с 30 удара над горната граница за възрастта или брадикардия	
Респираторни показатели	В нормални граници, без югуларен или епигастрален тираж	С 10 над нормата, използва аксесорна дихателна мускулатура; Нуждае се от увеличаване на FiO2 над 30% или дебита на кислородотерапия над 4 л/мин	С 20 над нормата, използва аксесорна дихателна мускулатура; Има югуларен тираж; Нуждае се от увеличаване на FiO2 над 40% или дебита на кислородотерапия над 6 л/мин	С 5 под нормата, използва аксесорна дихателна мускулатура; Има югуларен и епигастрален тираж; Нуждае се от увеличаване на FiO2 над 50% или дебита на кислородотерапия над 8 л/мин	

Към момента са влезли в обращение множество вариации на скалите, съобразени с контингента на различните болнични звена и епидемиологията на локално ниво [4]. В някои са включени само основните жизнени показатели – сърдечна и дихателна честота, артериално налягане, телесна температура, а други (COAST, PAT-POPS, PAWS, Brighton PEWS) взимат предвид транскутанната сатурация и повишаването на нуждите от кислородотерапия, нарушенията в съзнанието и състоянието на периферната перфузия [3, 4]. За да се прилагат правилно скалите, е нужно добро познаване на физиологията на детската възраст, както и да се знаят алгоритмите за действие при нужда от бързо стабилизиране на пациента.

Докаато PEWS е насочен към вече хоспитализираните болни, за нуждите на триажа е създаден PAT (Pediatric assessment triangle), **фиг. 1.** Триъгълникът за бърза оценка предоставя бърз и лесен метод за оценка, а изброените в него патологични клинични промени могат да бъдат доловени от медицинския персонал с просто око и ухо, дори докато пациентът е още в ръцете на придружителя. Прилага се успешно от младшия медицински персонал [5]. Разделен е на три основни части, отнасящи се до външния вид на детето, дихателната

механика и периферната му циркулация, като, поотделно или в комбинация, бележите подсказват за абнормен неврологичен статус, развиващи се дихателна и/или циркулаторна недостатъчност.



Фиг. 1. Триъгълник за бърза оценка (Pediatric assesement triangle).

След създаването си популярност започва да набира и POPS (Pediatric observational Priority Score – некуантирна скала с приоритет на наблюдението на пациента, **табл. 3** [6]. Прави впечатление, че един от показателите е изцяло субективен и се базира на опита на лекаря, който преглежда детето.

Таблица 3. POPS - превод, съкратен вариант с основните показатели. При сбор над 8 точки детето се нуждае от интензивно лечение.

Възраст	Точки	2	1	0	1	2
	Sat. O2%	<90	90-94	>95	90-94	<90
	Дишане	Стридор	Стертор/ свирене	Без усилия	Лек тираж	Изявен тираж
	AVPU	Болка	Глас	В съзнание	Глас	Болка
	Усещане на лекаря	Сериозно съмнение за влошаване	Без съмнение за влошаване	Пациентът е стабилен	Без съмнение за влошаване	Сериозно съмнение за влошаване
	Други	Пациент с онкологично заболяване	Сериозен преморбиден риск*		Сериозен Преморбиден риск	Пациент с онкологично заболяване

Хронични заболявания

Съдейки по основните показатели, използвани за създаването на представените скали за оценка, можем да си обясним защо всеки от тях е толкова важен. Добре знаем, че поради изразената вазоактивност на най-малките пациенти лесно се ориентираме дори само по вида на детето – ако кожата е студена и бледа, мраморирана или цианотична, то това означава, че има причина за централизация на кръвообращението. Състоянието се съпровожда от учестяване на сърдечната дейност и намаляване на часовата диуреза, тъй като кръвотокът към бъбрека е редуциран.

Причината за всичко това са действията на симпатикуса, ренин-ангиотензин-алдостероновата система и антидиуретичния хормон, които се отделят тогава [7]. Времето на реколаризация (capillary refill) е бърз метод за оценка на периферната циркулация при леглото на болния [8, 9]. Отчита се времето за възстановяване на цвета на кожата след натиск в дисталната част на пръста на пациента. Удължаването му над три секунди е индикатор за влошаване на периферната перфузия с цел запазване на кръвотока към сърцето и мозъка [9]. Редно е да отбележим, че при вазодилатация в рамките на топъл шок е възможно времето за реколаризация да не е пролонгирано [10]. Важно е да се направи и диференциация между централна (с етиология неадекватна оксигенация на хемоглобина) и периферна цианоза, като знаем, че първата е по тялото и лигавиците, а втората – по кожата [11]. Учестеното дишане е белег на напредваща дихателна или сърдечна недостатъчност, но може да бъде и респираторна компенсация на метаболитна ацидоза от различен произход (диабетна кетоацидоза, метаболитни кризи при вродени грешки на обмяната, остро или обострено хронично бъбречно увреждане, полиорганна недостатъчност

и др.) [12]. От друга страна, брадикардията и брадисинята се появяват вследствие на фатални увреждания или усложнения на основното заболяване и налагат започване на реанимационни мероприятия. При възрастните ниското артериално налягане е основен начален белег на шока [13]. При децата обаче ниските стойности на системното артериално налягане са показател за напреднало шоково състояние, при което компенсаторните възможности на организма вече се изчерпват [7, 13]. Най-често при лека и умерена по тежест дехидратация, както и в компенсаторната фаза на шока, артериалното налягане е повишено като ефект на стресовите хормони.

Разбира се, изявите на тежките състояния в детска възраст далеч не свършват дотук. Необходимо е да не забравяме високите компенсаторни възможности на децата, но и да не пренебрегваме маркерите за влошаване, когато ги забележим. Навременните действия, а не скъпите медикаменти, често се оказват спасители на малките пациенти.

Библиографията е на разположение в редакцията и на сайта [pediatria-bg](http://pediatria-bg.com).

ЗА ЗАБАВЕНАТА ДИАГНОЗА МУКОВИСЦИДОЗА: РАЗЛИЧНАТА ИСТОРИЯ НА ДВЕ ДЕЦА

Г. Петрова

Клиника по педиатрия,

УМБАЛ „Александровска“

Катедра по педиатрия, МУ – София

Муковисцидозата (МВ) е комплексно автозомно-рецесивно заболяване, при което са засегнати функциите на дихателната система, храносмилателния тракт и всички екзокринни жлези. Заболяването се дължи на мутация в гена за регулатора на трансмембрания транспорт при муковисцидоза (CFTR – cystic fibrosis transmembrane conductance regulator), чиято основна функция е да регулира обема на течностите по епителната повърхност чрез секреция на хлориди и потискане на абсорбцията на натрий. Като полиорганно-заболяване, МВ засяга целия организъм и изисква комплексна терапия [1].

Най-честата мутация, откривана при пациентите с МВ, е deltaF508. По литератур-

Табл. 1. Насочващи симптоми и заболявания към МВ [3].

От страна на дихателната система	От страна на гастроинтестиналната система	Други симптоми
<ul style="list-style-type: none"> - Бронхиолит с метаболитна алкалоза - Повтарящи се бронхиолити → не винаги е астма! - Хронична влажна кашлица - Рецидивиращи пневмонии - <i>Pseudomonas aeruginosa</i> - <i>Staphylococcus aureus</i> (при привидно „здрaво“ дете) - Изолиране на „необичайни“ патогени – неферментиращи глюкозата бацили - Наличие на бронхиектазии без ясна причина 	<ul style="list-style-type: none"> - Хронична диария - Зловонна диария - Невиреене - Ниско тегло (ако единия родител е слаб, това не значи, че и детето трябва да е слабо) - Рецидивиращ панкреатит - Мекониум илеус - Високи трансаминази - Холелитиаза 	<ul style="list-style-type: none"> - „Лятна“ летаргия – с хипкалиемия, хипонатриемия и хипохлоремия - Хиповитаминоза А, Д, Е - Репродуктивни неблагоприятия (азооспермия на мъжа) - Роднина с муковисцидоза

ни данни тази мутация води до по-ранна диагноза, по-честа и тежка екзокринна панкреасна недостатъчност, както и до повече респираторни усложнения в сравнение с други генотипове. Пациентите с доказано

хомозиготно носителство са с най-тежка клинична изява и симптоми още в кърмаческия период. В светлината на въведения неонатален скрининг в повечето европейски страни късните диагнози на хомозиготи за delF508 са изключително редки [2]. В **табл. 1** са представени най-честите симптоми и заболявания, насочващи към МВ.

Клинични случаи

Първи клиничен случай

Момиче, родено от първа патологично протекла бременност по естествен механизъм, с тегло 2500 г, и с фамилна обремененост – по-малък брат с „преплитане на червата“ в кърмачески период, гаден за отглеждане в институция, и леля с две години по-малка от пациентката, лекувана за туберкулоза на 3-годишна възраст. От раждането детето е почти непрекъснато с инфекции на дихателните пътища и многократно е хоспитализирано за пневмонии (над 4 пъти годишно). Всекидневно отделя по 2-3 рядко кашави, неоформени, зловонни изпражнения и изостава значително във физическото си развитие. Многократно е имало кръвохрак, овладяван в болнични ус-

ловия медикаментозно до юли 2016 г., когато след изолиран *Pseudomonas aeruginosa* от храчка детето е насочено към Клиниката за диагностично уточнение на 11-годишна възраст (тегло 19 kg /SDS -2.09/, ръст 118 см /SDS -3.25/, BMI 13.6 kg/m²). Тогава чрез положителни потни тестове (86 mEq/l, 83 mEq/l Cl) и генетично изследване (хомозигот deltaF508) е доказана муковисцидоза. Въпреки честите пневмонии, хроничната инфекция и многократните хоспитализации белодробните показатели са сравнително приемливи за късно диагностициран пациент – FVC 71.9%, FEV1 73.7%, MMEF 38.9%.



Фиг. 1. Рентгенография на пациентката при диагностицирането ѝ с МВ.

Независимо от много ниския социален статус и неграмотността на родителите е започнато комплексно системно лечение с



Фиг. 2. Скенер на пациентката една година след началото на CFTR-модулиращата терапия.

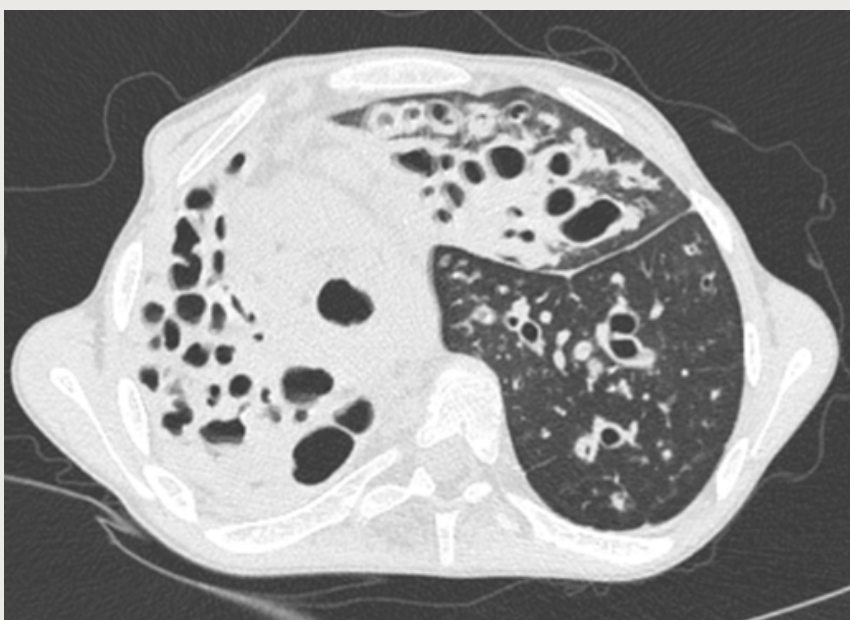
ензим-заместващи медикаменти, муколитици и инхалаторен антибиотик, дихателна гимнастика и дренаж. На фона на това лечение белодробните екзацербации намаляват до 1-2 годишно, детето започва да наддава на килограми и ръст (тегло 43 kg, ръст 148 cm, BMI 19.63 kg/m²) и от 13-годишна възраст е с редовен менструален цикъл. Дефекира 1-2 пъти дневно с оформени изпражнения, няма засягане на черния дроб и е с добър глюкозен отговор към ОГТТ. За последните две години към терапията е добавен и CFTR-модулатор – двойна комбинация. Благодарение на това, девойката е хоспитализирана само за клинично проследяване, но не и за белодробни екзацербации. Междувременно с муковисцидоза бе диагно-

стициран и първи братовчед на пациентката – бебе на 3-месечна възраст с тежки рецидивиращи бронхиални обструкции. При последната оценка на белогробната функция – FVC 113.3%; FEV1 91.9%; MMEF75/25 – 42.7%. На скенер не се визуализират инфламирани бронхиектазии или паренхим. Добрите резултати се дължат на изключително стриктното придържане към терапията.

Втори клиничен случай

Момче, родено от първа нормално протекла бременност, фамилно необременено за хронични белогробни или алергични заболявания. От 3-годишна възраст по повод невиреене и хронична диария детето е на безглутенова диета и е проследявано от детски гастроентеролог. Междувременно е често с инфекции на дихателните пътища, лекувани амбулаторно под контрол на личния лекар. На 13-годишна възраст след изолиран *Pseudomonas aeruginosa* от храчка момчето е насочено към УМБАЛ „Света Марина“ (тегло 23 kg, ръст 127 cm, BMI 14.28 kg/m²) за диагностично уточнение и е потвърдена муковисцидоза – чрез положителни потни тестове и генетично изследване (хомозигот deltaF508). Още тогава е установено тежко белогробно за-

сягане – FVC 49.2%, FEV1 25%, MMEF 18.9%. Независимо от изяснената диагноза и предложения комплексен терапевтичен план, пациентът отказва дихателна рехабилитация и инхалаторно лечение освен антибиотика (защото „от инхалациите кашля“). На 17-годишна възраст е и е с чернодробна цироза с портална хипертония, с белодробна хипертония и с полирезистентни *S. aureus* и *P. aeruginosa*, при BMI <13 и FEV1 <15%. На скенер са установени тежки кистични инфламирани бронхектазии двустранно (фиг. 3), с почти напълно заличена архитектура на белия дроб вляво. Пациентът е оценяван за белодробна трансплантация в УМБАЛ „Лозенец“, но не я доживява, както и не доживява достъпа на пациентите с МВ до CFTR-модулаторна терапия.



Фиг. 3. Скенер на втория пациент два месеца преди смъртта.

Целта на лечението е пациентът да се възстанови и да се подържат нормални функциите на засегнатите органи, като по този начин да се осигури максимално добро качество на живот. Това се постига с навременна и ранна диагноза, което е предпоставка за агресивно лечение максимално рано. Изключително важни в терапията на заболяването са субституцията с панкреасни ензими и витамини, добра висококалорийна диета, насочено и дори „изпреварващо“ лечение на белодробните инфекции и възможните усложнения, психологична подкрепа и активен начин на живот [4].

Вместо заключение

При наличие на някои от симптомите на муковисцидоза е желателно да се направи потен тест и ако той е граничен или положителен – генетично потвърждение. Това трябва да се случи максимално рано поради възможност да се отрече нуждата от комплексна терапия от пациентите, както е във втория случай. При съмнение за МВ детето трябва да се насочи към някоя от университетските клиники, специализирани за лечение на муковисцидоза – Детска клиника на УМБАЛ „Александровска“

- София, Клиника по гастрентерология на СБАЛДБ „Проф. д-р Иван Митев“ – София; Детска клиника на УМБАЛ „Свети Георги“ – Пловдив; Детска клиника на УМАБЛ „Света Марина“ – Варна; Детска клиника на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен.

Библиография

1. De Boeck K, Vermeulen F, Dupont L. The diagnosis of cystic fibrosis. *Presse Med.* 2017 Jun;46(6 Pt 2):e97-e108.
2. Flume PA, Van Devanter DR. State of progress in treating cystic fibrosis respiratory disease. *BMC Med.* 2012 Aug 10;10:88.
3. Cystic Fibrosis Foundation Patient Registry, Annual Data Report 2020. Available at: <https://www.cff.org/sites/default/files/2021-11/Patient-Registry-Annual-Data-Report.pdf>. Accessed December 2022.
4. Castellani C, Duff AJA, Bell SC, Heijerman HGM, Munck A, Ratjen F, Sermet-Gaudelus I, Southern KW, Barben J, Flume PA, Hodková P, Kashirskaya N, Kirszenbaum MN, Madge S, Oxley H, Plant B, Schwarzenberg SJ, Smyth AR, Taccetti G, Wagner TOF, Wolfe SP, Drevinek P. ECFS best practice guidelines: the 2018 revision. *J Cyst Fibros.* 2018 Mar;17(2):153-178.



БПА



WWW.PEDIATRIA-BG.EU

· НОВИНИ · ИНТЕРВЮТА · СТАНОВИЩА · СЪБИТИЯ · СТАТИИ



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“

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“.

Юни

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.

Повече информация може да намерите на сайта на Конгреса:

pediatria-congress.eu

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.



Пед Педи Педиа Педиатрия

www.spisanie-pediatria.com

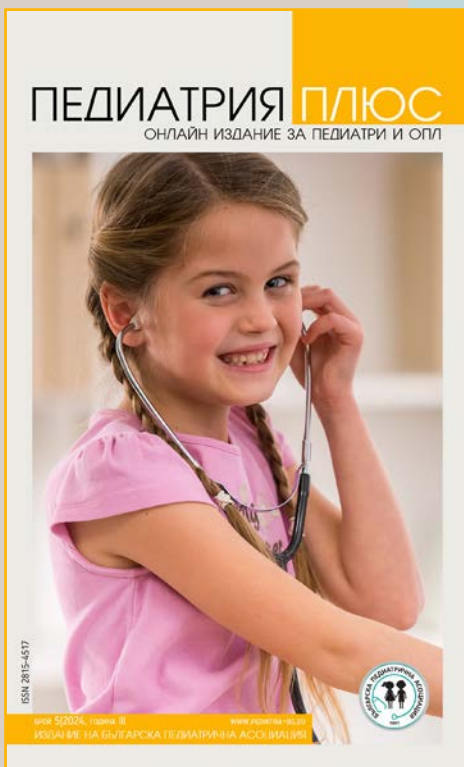


www.spisanie-pediatria.com

**ОФИЦИАЛЕН ПЕЧАТЕН ОРГАН НА
БЪЛГАРСКАТА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ**

**НАУЧНО СПИСАНИЕ
ЗА СЪВРЕМЕННИТЕ ПОСТИЖЕНИЯ
НА ПЕДИАТРИЧНАТА НАУКА И ПРАКТИКА
У НАС И В ЧУЖБИНА**

ИЗЛИЗА 4 ПЪТИ В ГОДИНАТА



Редакционна колегия:

проф. Стефан Стефанов

проф. Иван Литвиненко

проф. Даниела Авджиева-Тзавелла

проф. Гергана Петрова

доц. Калин Лисички

Отговорен редактор:

Весела Славчева

Издава:

Българска педиатрична асоциация

Дизайн и предпечат:

vever.studio

Адрес:

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

Тел.: +359 878660587

e-mail: pediatria.bg@gmail.com

www.pediatria-bg.eu