

ПЕДИАТРИЯ ПЛЮС

ОНЛАЙН ИЗДАНИЕ ЗА ПЕДИАТРИ И ОПЛ



ISSN 2815-4517

БРОЙ 6 | 2024, ГОДИНА III

WWW.PEDIATRIA-BG.EU

ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ



НА ФОКУС

Интервю с проф. Владимир Пилософ

3

НОВИНИ

10

ИЗБРАНО ОТ МЕДИИТЕ

15

МЛАДИТЕ ПЕДИАТРИ

Интервю с д-р Юзлем Ергинчова

17

ЗА ПРАКТИКАТА

**Фебрилни гърчове:
практически насоки**

М. Аргалиева

23

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

**Фулминантно протичане
на грип А (H1N1) с
остра некротизираща енцефалопатия
в детска възраст**

Я. Деянова, Д. Крумова

31

Календар на събитията на БПА | 2023

41



Проф. Владимир Пилософ:

**„ПРИНИЗЯВАНЕТО НА
ЗНАЧЕНИЕТО НА ОБЩАТА ПЕДИАТРИЯ
Е ЕДИН ОТ ОСНОВНИТЕ ПРОБЛЕМИ
В МОМЕНТА“**

С проф. Владимир Пилософ, почетен председател на Българската педиатрична асоциация, разговаряме за предизвикателствата и успехите в професионалния му път, каузите в живота му и проблемите на детското здравеопазване.



ПРОФ. ПИЛОСОФ, В КРАЯ НА МИНАЛАТА ГОДИНА УПРАВИТЕЛНИЯТ СЪВЕТ НА БЪЛГАРСКАТА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ ВИ УДОСТОИ С ПОЧЕТЕН ЗНАК ЗА ПРИНОС КЪМ РАЗВИТИЕТО НА ПЕДИАТРИЯТА В БЪЛГАРИЯ.

КАКВО Е ПЕДИАТРИЯТА ЗА ВАС?

Преди да отговоря какво е педиатрията за мен, бих искал да отида по-надълбоко и да отговоря какво е медицината за мен. Произхождам от семейство, в което има много лекари – майка ми, която беше известен лекар в областта на ревматологията, братовчедите ми, така че още от малък бях свикнал с тази среда на лекарството. От майка си знаех, че медицината е професия, в която можеш да помагаш на хората и да ги спасяваш.

А защо избрах педиатрията? Идеята дойде от моята учителка по детска кардиология проф. Дария Величкова. Иначе, исках да стана кардиолог, но ме притесняваше това, че трябва да работя в клиниката на майка ми и тя да ми бъде началник... И до ден-днешен обаче си спомням първия работен ден в детското отделение. В момента, в който минавахме на визитации, няколко от по-възрастните колеги се хвърлиха върху едно бебе, защото усетиха, че нещо с него не е наред и умира. Когато се върнах вкъщи ужасен, започнах да се чудя как разбраха. И си казах, че има още много, много да уча, за да мога да разпознавам какво се случва с пациента само като го видя.



ВИЕ СТЕ ЕДИН ОТ ПИОНЕРИТЕ В ДЕТСКАТА КАРДИОЛОГИЯ У НАС. КОИ БЯХА НАЙ-ГОЛЕМИТЕ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА В ПРОФЕСИОНАЛНИЯ ВИ ПЪТ?

Детската кардиология е една сравнително млада специалност, започнала активно да се развива през 70-те години на миналия век. Големото предизвикателство бе, че зародишът и развитието ѝ в България съвпаднаха с моя професионален път. През 1970 г. започнах да работя в първия сектор, дори не беше отделение, по детска ревмокардиология в Трета градска болница в София, под ръководството на проф. Величкова. Когато вече бях в самата кардиология, се сблъсках с още предизвикателства и едно от тях беше развитието на интензивното лечение. Може да звучи самохвално, но създаването на отделението за следоперативно интензивно лечение и реанимация в Националната кардиологична болница, което продължава и до днес да е единственото в страната, е мое дело. През 1975 г. имах щастието и късмета да специализирам при проф. Жилбер Юо, който е пионер на интензивната терапия на децата във Франция, и през 1984 г., когато основахме интензивния сектор в нашата клиника, аз го поех.

Друго предизвикателство, с което се сблъсках в професионалния си път, бе въвеждането на някои нови методики в лечението на нашите пациенти. Получих стипендия за Хумболтов стипендиант в Германия и две години специализирах в Немския сърдечен център в Мюнхен. Оказа се, че в момента в центъра работеха по



изучаване на ефекта на нов медикамент – простагландините. Разрешение да работят с него имаха само няколко центъра в света. Така успях да вляза в програмата за проучването на този медикамент и защитих дисертация на тази тема. Най-големият успех обаче бе, че благодарение на това в България простагландините бяха въведени по същото време, когато и по света – през 1984 г.

И още нещо във връзка с предизвикателствата, така съм устроен, че обичам да подреждам информацията и когато започнах практиката си в болницата, бях ужасен от лошата подредба на документацията. В отделението въведох една нова система на документиране и тя проработи. След това като станах началник на НКБ я въведох и в цялата болница и през 1997 г. нашата болница разполагаше вече с информационна система и компютри.

ДЪЛГО ВРЕМЕ БЯХТЕ ПРЕДСЕДАТЕЛ НА БЪЛГАРСКАТА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ, А В МОМЕНТА СТЕ ПОЧЕТЕН ПРЕДСЕДАТЕЛ. КАКЪВ ПАРАЛЕЛ БИХТЕ НАПРАВИЛИ ПО ОТНОШЕНИЕТО НА ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ ПРЕДИ И СЕГА?

Когато през 2007 г. се готвехме да влезем в Европейския съюз, по някаква причина Министерството на здравеопазването реши да отдели всички детски специалности в самостоятелни специалности, което за мене беше едно безумие. Ако тръгнем от дълбочината на нещата, не можеш да станеш детски кардиолог или детски гастроентеролог, например, без



да си педиатър. Логиката насочва към това – трябва да познаваш основите, за да можеш да влезеш в детайлите.

Тогава много бързо трябваше да се вземе решение и така бе прието, независимо от това какво ще специализираш, първите две години да бъдат с еднаква програма за всичките специалности, тоест, т.нар. обща педиатрия. И тогава, и сега системата ни продължава да върви така, че всеки специализира нещо, общите педиатри стават все по-малко и техните функции се поемат от общопрактикуващите лекари. В това, разбира се, няма нищо лошо, но лично аз смятам, че те не са достатъчно подготвени по педиатрия, за да могат да обгрижват децата от ранна възраст. Именно това принижаване на значението на общата педиатрия е един от основните проблеми в момента, при това ви го казвам като тесен специалист

ЗНАЕМ, ЧЕ ИЗГРАЖДАНЕТО НА НАЦИОНАЛНА ДЕТСКА БОЛНИЦА Е НЕ ПРОСТО МЕЧТА ЗА ВАС, А ЕДНА ОТ ГОЛЕМИТЕ ВИ ЛИЧНИ И ПРОФЕСИОНАЛНИ КАУЗИ. ЗАЩО ВСЕ ОЩЕ НЯМАМЕ ТАКАВА И ИМА ЛИ НАДЕЖДА В СКОРО ВРЕМЕ ТЯ ДА СТАНЕ РЕАЛНОСТ?

Въпреки че на гуми педиатрията винаги е била приоритет, за толкова много години държавата ни не успява да построи една национална детска болница. Продължавам да вярвам, че все някой ден това ще се случи. Построяването на болницата обаче е само част от големия про-



блем - цялостна промяна и реструктуриране на детското здравеопазването. За голямо съжаление, лично аз такава мисъл не виждам. Така стоят нещата в цялата ни държава не само в областта на медицината и здравеопазването.

ПРЕДИ ДЕСЕТ ГОДИНИ ИНИЦИИРАХТЕ ПРОВЕЖДАНЕТО НА ЕКСПЕРТНИ СРЕЩИ ПО ВАКСИНОПРОФИЛАКТИКА ОТ БЪЛГАРСКАТА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ. БЛАГОДАРЕНИЕ НА ТЯХ БЯХА РЕАЛИЗИРАНИ ДОСТА ПОДОБРЕНИЯ. КОЙ СПОРЕД ВАС В МОМЕНТА Е НАЙ-ГОЛЕМИЯТ ПРОБЛЕМ, СВЪРЗАН С ВАКСИНОПРОФИЛАКТИКАТА?

Благодарение на въвеждането на ваксинапрофилактиката до голяма степен изчезнаха редица заболявания и те потънаха в забрава. Ако попитате младите хора какви са тези болести, например едра шарка или детски паралич, те не знаят и понеже това е така, хората не вярват. Според мен най-големият проблем е, че в България не съществува целенасочена „реклама“ на ваксинапрофилактиката, която да е базирана върху проучвания на нагласите на населението. Само, когато знаеш какво мислят хората, ти си способен да им въздействаш по някакъв начин.

В ПОСЛЕДНИТЕ ГОДИНИ ПРИДОБИХТЕ ОПИТ И КАТО ЕКСПЕРТ В ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ „МЕДИЦИНСКИ НАДЗОР“. КАКВИ СА ВАШИТЕ НАБЛЮДЕНИЯ - КЪДЕ СЕ ПРОПУКВА ВРЪЗКАТА ЛЕКАР-ПАЦИЕНТ? КОЙ И В КАКВО ГРЕШИ?



С голяма почуда установих, че в половината от жалбите, които се отнасят за деца и родилки, се дължат на грешки в комуникацията – лекарите и медицинският персонал са свършили всичко необходимо. Пациентът обаче казва „нищо не ми казаха, нищо не ми обясниха“, лекарят пък твърди, че всичко е казал и всичко е обяснил. Оказа се, че това всъщност е един голям дефект в нашето медицинско обучение – липсата на обучение по комуникация как да говорим с пациентите и техните близки. Това, за съжаление, продължава да се negliжира като проблем у нас.

И ЕДИН ЛИЧЕН ВЪПРОС – ЗА КАКВО И НА КОГО БЛАГОДАРИТЕ В ЖИВОТА СИ?

Стандартният отговор – разбира се, че благодаря на моите родители! На майка ми, която ме вдъхнови да стана лекар, и на моя баща, който възпита у мен един по-художествен вкус към живота и от който идва афинитета ми към чуждите езици. Благодарен съм и на моята съпруга, че ме изтърпя толкова време с тази моя професия. И на моите деца, които като пораснаха, вникнаха в смисъла на моята професия.

КАКВО Е ВАШЕТО ПОСЛАНИЕ КЪМ ЛЕКАРИТЕ, РАБОТЕЩИ С ДЕЦА?

Моето послание е, първо, да не забравят, че и те са били деца. И второ – да учат, много да учат и постоянно да учат... Без това е невъзможно да си лекар!

ЧЕСТИТ ЮБИЛЕЙ, КОЛЕГИ!



В края на май Клиниката по педиатрия на УМБАЛ „Александровска“ проведе едно от най-големите събития в областта на педиатрията у нас – Националната конференция за педиатри и общопрактикуващи лекари „Децата на България“ с международно участие, която тази година отбеляза 25-годишен юбилей.

Проф. Пенка Переновска, председател на Организационния комитет и дългогодишен началник на Клиниката по педиатрия в УМБАЛ „Александровска“, приветства участниците и благодари на всички за подкрепата през годините. Тя бе лично поздравена от проф. Иван Литвиненко, председател на УС на Българската педиатрична асоциация, който ѝ връчи почетен плакет и поздравителен адрес от името на Асоциацията.



НАЙ-МОДЕРНАТА ПЕДИАТРИЧНА ЛИНЕЙКА

Екипът на СБАЛ по детски болести „Проф. Иван Митев“ се сдоби с дългоочакван подарък – високопроходима линейка, оборудвана с най-добрата техника за работа с малки пациенти!

„Това е още една стъпка напред в съвременната грижа за децата на България, а и за модернизиранието на болницата, т.е. за осигуряване на най-добрите условия за работа на екипа ни“, коментира директорът д-р Благомир Здравков.

Условията и оборудването в линейката позволяват извършване на високоспециализирани реанимационни дейности при деца от всяка възраст. Тя е подходяща както за оказване на спешна помощ, така и за високоспециализиран педиатричен транспорт на дълги разстояния. Автомобилът разполага и с инкубаторна транспортна система за новородени и недоносени деца, която е адаптивна за прехвърляне в самолети и хеликоптери за авиационна спешна помощ.

СЪКРАЩАВАТ СРОКОВЕТЕ НА РАБОТА ПО НАЦИОНАЛНАТА ДЕТСКА БОЛНИЦА

Разчистването на терена за Националната детска болница да бъде ускорено с два месеца и вместо за седем дейностите да бъдат извършени в рамките на до пет месеца, бе решено по време на работна среща в МС, в която участваха министър-председателят Димитър Главчев, министърът на здравеопазването г-р Галя Кондева, министърът на регионалното развитие и благоустройството Виолета Коритарова и експерти от двете ведомства. Съкращаването на срока ще бъде свързано с максимално интензивна работа през летните месеци. Целта е основните дейности по разчистването на терена да бъдат извършени в рамките на летния сезон, още преди анализа на Европейската инвестиционна банка. Той се очаква да излезе в началото на следващата година и ще покаже какви следва да бъдат структурата, отделенията и капацитетът на Националната детска болница. Премиерът възложи на МЗ в спешен порядък да проучи възможностите за ускорено изготвяне и на този безвъзмезден анализ, дори с цената на финансиране от страна на правителството.

ЛЕТЕН СТАЖ ЗА БЪДЕЩИ МЕДИЦИ В ДЕТСКИ ЯСЛИ И ГРАДИНИ



За трета поредна година Община Бургас дава възможности на студентите по медицина и здравни грижи за стаж през лятото в детски ясли и градини. Целта е бъдещите медицински специалисти да се запознаят с организацията и осигуряването на здравното обслужване в детските заведения.

От стажантската програма могат да се възползват всички студенти от специалностите „Лекар“, „Лекарски асистент“ и „Медицинска сестра“. Стажът ще бъде за срок не по-малък от един месец, а възнаграждението на стажуващите ще бъде в размер на 90% от основното месечно възнаграждение на медицински специалист в „Детско и училищно здравеопазване“. За повече информация: тел.: 056 860 920, 056 842 076 или имейл: m.dinkova@burgas.bg, d.borisov@burgas.bg.

ЕМА ОДОБРИ НАЗАЛНА ВАКСИНА СРЕЩУ ГРИП ЗА ДЕЦА И ЮНОШИ

Комитетът по лекарствените продукти за хуманна употреба (CHMP) при Европейската агенция по лекарствата (ЕМА) прие положително становище, с което препоръчва издаване на разрешение за употреба на назалната ваксина Fluenz, предназначена за профилактика на грип при деца и юноши. Fluenz е жива атенюирана ваксина срещу сезонен грип, която ще се предлага под формата на спрей за нос. Тя съдържа живите атенюирани щамове на грипния вирус А/(H1N1), А/(H3N2) и В от линията Виктория. Вирусните щамове във ваксината Fluenz се репликират в назофаринкса и предизвикват специфичен имунен отговор. Най-честите нежелани реакции са назална конгестия, ринорея, намален апетит, главоболие и неразположение. Пълната индикация, с която ваксината е регистрирана е „профилактика на грип при деца и юноши от 24 месеца до под 18 години“. Подробни препоръки за употребата на ваксината ще бъдат описани в кратката характеристика на продукта, предстои издаване на разрешението за употреба от Европейската комисия, посочват от ЕМА.

Д-Р ЕЛИСАВЕТА СТАНКОВА: „ВСЕКИ ЛЕКАР СЕ УЧИ ЕЖЕДНЕВНО“

Zdrave.net



Д-р Елисавета Станкова, специалист по детски болести и по детска пневмология и фтизиатрия в Клиниката по педиатрия в УМБАЛ „Лозенец“, в интервю за Zdrave.net:

„Всеки лекар се учи ежедневно и през целия си живот. Учи се от преподавателите си, научните си ръководители, от статиите, учебниците и лекциите, написани и чути от професорите в областта, от безценния опит на всеки колега до нас и с нас. Аз имам уникалния шанс да работя в екип от интелигентни, любознателни и раздаващи се педиатри, обединени и подкрепяни от ръководителя на клиниката ни доц. Йорданка Узунова, която е нашият ежедневен учител в педиатрията – от първите ни стъпки в специалността до днес.“



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 Юзлем Ердичова: „Лекарите са ангелите на земята“



Д-р Юзлем Ердичова завършва Медицински университет – Варна през 2021 г. с отличие. В продължение на една година работи като лекар-ординатор в Отделението по детски болести към МБАЛ Търговище и МБАЛ Омуртаг. В момента специализира педиатрия в Клиниката по педиатрия на УМБАЛ „Александровска“, София. Интересите ѝ са в областта на детските белогробни болести и имунните дефицити.

Как се насочихте към тази трудна професия?

Човек трябва да се стреми през целия си живот да прави добро и даде смисъл на собственото си съществуване. Лекарската професия за мен е една от най- благородните – като дете си мислех, че лекарите са ангелите на земята. Това ме накара да поема по този път, това е моят начин да помагам.

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

Причината да избира педиатрията е, че децата са най-невинните същества и те са нашето бъдеще, а ние, възрастните, трябва да се грижим за бъдещето ни. Искрената усмивка и радост в детските очи е най-големият дар, който един лекар може да получи. Човек трябва да запази детското в себе си и аз силно вярвам, че ще успея благодарение на професията, която избрах. На новозавършилите колеги искам да кажа, че педиатрията е една от най-хубавите специалности и, както се казва, всичко хубаво е трудно... Но си заслужава!

Лично за вас какво е педиатрията?

За мен педиатрията е отдаденост, тъй като всеки един детайл в хода на заболяването е важен за последващото лечение. Децата не могат да се изразяват достатъчно добре, а и понякога не знаят как. Добрият педиатър трябва да отсява важното, да го анализира и да умее да борави с получената информация в полза на пациента.

Педиатърът според вас трябва да е...

Педиатърът трябва да бъде търпелив и емоционално гъвкав, за да може да съчетава работата и играта. Повечето деца, озовавайки се в кабинета на лекаря, се страхуват и трябва да бъдат предразположени, за да бъде прегледът качествен, а диагнозата – точна. Важно е прегледът да се превърне в игра, да се уважава мнението на детето и да се поддържа контакт с него. Деца те допускат много бързо до себе си, стига да знаеш как да изградиш доверие.

С какви трудности се сблъсквате като специалист?

Благодарение на екипа в болницата, в която специализирам, успех да свикна много бързо с динамиката и алгоритъма на работа с деца, а и не само. Единствената трудност, която изпитвам, е балансирането между професионалните и личните ангажименти.

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

Сблъсквала съм се с недоверието на родителите, но това е рядко и преодолимо препятствие. Децата са позитивно настроени към младите хора и с тях комуникацията е лесна. Доверието на родителите се печели с търпение, внимателен подход към детето, изчерпателна информация относно състоянието му и позитивни резултати от лечението.

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

Според мен най-големият проблем е липсата на кадри – както на лекари, така и на специалисти по здравни грижи. Това води до закриване на отделения и болници и затруднява достъпа до навременна медицинска помощ в по-малките населени места.

Какво искате да промените?

Ако имах възможност, бих променила отношението на хората към лекарите и по-конкретно – недоверието. Много често се сблъскваме с негативно отношение, стигащо до агресия. Това смятам, че е недопустимо, особено имайки предвид стреса и отговорността, които са спътници в ежедневието ни.

Смятате ли, че имаме нужда от Национална педиатрична болница?

Нуждата от Национална педиатрична болница е от години насам. За осигуряване на качествена медицинска помощ, особено когато се касае за сложни казуси, за разрешаването на които е необходим мултидисциплинарен екип, болница с такъв мащаб е задължителен елемент. Националната педиатрична болница като структура, обединяваща всички субспециалности и висококвалифициран персонал, би осигурила на малките пациенти мултидисциплинарно обслужване, без да се налага да се пренасочват към други здравни заведения.



Какви са плановете ви след като завършите специализацията?

Смятам да продължа професионалното си развитие и да надграждам, за да мога да предложа качествена медицинска помощ и да бъда максимално полезна за пациентите.

За какво мечтаете като млад специалист?

Мечтая да работя в спокойна среда, в общество, където трудът на лекаря се уважава, а агресията към него не се толерира. За една стабилна здравна система, в която детското здравеопазване е приоритет. В личен план си пожелавам много здрави и усмихнати пациенти, здраве и семейно щастие.



Pampers®
pants



Нашите
НАЙ-ДОБРЕ
защитени
от протичане
гащички досега



ФЕБРИЛНИ ГЪРЧОВЕ: ПРАКТИЧЕСКИ НАСОКИ

М. Аргалиева

Отделение по педиатрия,
УМБАЛ „Софиямед“

Фебрилните гърчове (ФГ) са едно от най-честите спешни състояния в практиката на педиатъра, най-честата конвулсивна проява в детската възраст и са сред най-честите неврологични заболявания в детската възраст. Засегнати са между 2 и 5% от децата до 5 години, като пикът на изява е около 18-24-месечна възраст. Около 90% от тези деца получават първия си фебрилен гърч преди навършване на 3 години. Честотата на ФГ е по-висока през зимния сезон, а според някои проучвания и сред мъжкия пол.

Като фебрилен гърч се определя гърчът при деца на възраст между 6 мес. и 5 години, свързан с висока температура ($>38^{\circ}\text{C}$), без доказателство за друга причина (без данни за остра инфекция на ЦНС, мета-

болитни и др. нарушения, без анамнеза за предшестващи афебрилни пристъпи).

Какви са рисковите фактори за гърч при висока температура

Данните, с които разполагаме към момента на базата на множество проведени проучвания, подкрепят твърдението, че изявата на ФГ се определя и е резултат от взаимодействието между генетични фактори и фактори на околната среда, към които се отнасят вирусни инфекции (HHV-6, грип, аденовирус, парагрип), ваксини, бактериални инфекции (най-често otitis media), имунологични фактори.

Как високата температура води до изява на гърч

Доказано е, че високата температура повлиява пряко електрофизиологичната активност на невроните. Освен че повишава температурата в мозъка, треската повлиява функцията на йонните канали на невроните и посредством вече образувалите се в хода на инфекция инфламаторни цитокини. За важен допълващ механизъм в генерирането на гърч се сочи и хипертермия-индуцираната хипервентилация, водеща след себе си мозъчна алкалоза и повишена възбудимост на мозъчните неврони [3].

Клинична характеристика

Най-често ФГ са конвулсивни, с характеристика на генерализирани клонични или тонично-клонични пристъпи (~80%) или тонични (~13%). Само в 3-5% са неконвулсивни, само с отклонение на погледа, атония и цианоза [1]. ФГ са краткотрайни, обикновено <1 мин., средната продължителност е 4-7 мин., само в 10-15% от случаите продължават над 10 мин [4].

Класификация на ФГ

Табл. 1. Класификация на ФГ.

	Прости ФГ	Комплексни ФГ	Фебрилен епилептичен статус
Честота	Един за 24 часа	Повече от един за 24 часа	
Вид	Генерализиран	Фокален или генерализиран	
Продължителност	Краткотраен < 15 мин. (най-често под 1 мин.)	Продължителен >15 мин. или такъв с продължителност <15 мин, купиран с антиконвулсант	Продължителност >30 мин. или серия от по-кратки гърчове без възстановяване на съзнанието между тях с обща продължителност над 30 мин.
Възстановяване след гърча	Пълно възстановяване на съзнанието, нормален неврологичен статус	Възможно побавно или непълно възстановяване след пролонгиран пристъп; възможна остатъчна парализа на Todd	
Риск за епилепсия	Незначителен	Висок	

Диагноза

При пациент с фебрилен гърч детският лекар следва да си отговори на три основни въпроса:

- 1. Защо детето има висока температура?**
- 2. Има ли при детето признаци на инфекция на ЦНС (менингит/енцефалит) и необходима ли е лумбална пункция?**
- 3. Налице ли са други съпътстващи симптоми – нарушение в нервно-психическото развитие (НПР), дисморфични стигми, неврологичен дефицит?**

Отговор на тези въпроси дават подробната анамнеза и обстояният преглед на детето.

Анамнеза

1. Описание на пристъпа – има ли фокално начало;
2. Продължителност на пристъпа;
3. Анамнеза за предшестваща инфекция и прием на антибиотик към момента на гърча;
4. Предшестващо приложение на ваксина;
5. Имунизационен статус – ваксинирано ли е детето срещу *Haemophilus influenzae* type B и *Streptococcus pneumoniae* (от особено значение при дете под 1 год.);
6. Предхождащи гърчове, съпътстващи неврологични заболявания, вентрикуло-пе-

ритонеален шънт, бъбречна недостатъчност, ендокринопатии, Вродени сърдечни малформации и др.

Преглед

Физикалното изследване е насочено към локализация на настоящата инфекция. Всяко дете с фебрилен гърч се изследва за признаци на остър менингит. Особено внимателно се извършва прегледът в кърмаческа възраст, когато симптомите на невроинфекция са минимални или липсват и гърчът може да е първа и единствена изява на такава инфекция. Простите ФГ се явяват обикновено в първите 24 часа от началото на фебрилитета, много често в рамките на 1 час от началото на температурата.

При ФГ след 24-ия час трябва да се мисли за бактериална инфекция (вкл. начало на остър менингоенцефалит!).

Индикации за лумбална пункция [2, 4].

- При всяко дете със съмнение и клинични признаци на остър менингит.
- Прост фебрилен гърч при кърмачета 6-12 мес. с непълен или неизвестен имунизационен статус (неимунизирани за *H. influenzae* type B и *Str. pneumoniae*) или при деца на антибиотична терапия към момента на гърча;

- Комплексен фебрилен гърч – при деца под 12-месечна възраст;
- Фебрилен епилептичен статус.

Поведение и лечение

Простите ФГ обикновено са краткотрайни, спират спонтанно и не налагат лечение. При пролонгирани пристъпи [5]:

1. Осигуряване на проходими дихателни пътища;
2. Мониторен контрол;
3. Поставяне на венозен път;
4. Кислородотерапия ($tcSatO_2 < 90\%$);
5. Приложение на бензодиазепин (да се приложи антиконвулсант при всеки гърч с продължителност над 5 мин.):

- при липса на венозен достъп:

a) Diazepam 0.5 mg/kg ректално (очакван ефект - след 1-2 мин.) (макс. единична доза 20 mg);

b) Midazolam 0.2 mg/kg назално ИЛИ 0.3-0.5 mg/kg букално ИЛИ 0.1-0.2 mg/kg i.m. (макс. единична доза 10 mg).

- при осигурен венозен достъп :

a) Diazepam 0.25 mg/kg бавно i.v. (макс. единична доза 10 mg) – може да се повтори двукратно през интервал от 5 мин.

b) Diazepam 0.5 mg/kg бавно i.v. при максимална скорост на въвеждане 5 mg/min и преустановяване на въвеждането му при спиране на гърча. Може да се повтори при необходимост след интервал от 10 мин.

6. Мониториране на КАС и кръвна захар;
7. При персистиране на гърча – консултация с невролог, анестезиолог – лечение по протокол за епилептичен статус.

Прогнозата и решението за интермитентно или продължително лечение на децата с ФГ (**табл. 2**) са тясно свързани с оценка на риска от рецидиви и развитие на епилепсия на по-късен етап [3, 4].

Табл. 2. Интермитентно или продължително лечение.

Интермитентна профилактика	Продължително лечение
<ul style="list-style-type: none"> ● Diazepam ректално или р.о. при фебрилитет, 0.4-0.5 mg/kg т.м., през 8 часа 	<ul style="list-style-type: none"> ● Phenobarbital 3-5 mg/kg/дневно ● Valproic acid 20-30 mg/kg/дневно

Рискови фактори за рецидив на ФГ

- ранна първа изява (<18-мес. възраст);
- изява на гърч в рамките на 1 час от началото на фебрилитета;
- ниска телесна температура при първи ФГ;
- фамилност за ФГ (първа степен родственици).

Рискови фактори за развитие на епилепсия след ФГ

- Комплексен ФГ;
- Изява на гърч в рамките на 1 час от нача-

лото на фебрилитета;

- Първи ФГ над 3-годишна възраст;
- Предшестващо нарушение в НПР;
- Фамилност за епилепсия.

Обобщение

ФГ са най-честият тип гърчове в предучилищна възраст и често са възприемани като животозастрашаващо състояние от родителите. Класифицирането им по вид и продължителност е ключово за тяхната прогноза и лечение. Предвид доброкачествената прогноза на простите ФГ, техният доказано неувреждащ характер и тенденция за спонтанно отзвучаване с възрастта, понастоящем не се препоръчва продължителна медикаментозна профилактика.

Библиография

1. Национален консенсус за диагностика и лечение на епилепсията (2023).
2. American Academy of Pediatrics, Provisional Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Febrile Seizures. Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure, *Pediatrics* (2011) 127 (2): 389–394.

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

ФУЛМИНАНТНО ПРОТИЧАНЕ НА ГРИП А (H1N1) С ОСТРА НЕКРОТИЗИРАЩА ЕНЦЕФАЛОПАТИЯ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

Я. Деянова, Д. Крумова
Първа детска клиника с ДОИЛ,
УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна

Грипът (Influenza) е остра респираторна инфекция, която се разпространява ежегодно през зимните месеци предимно под формата на грипни епидемии. Обикновено протича с банална респираторна симптоматика, но при рисковни групи, каквато е педиатричната популация, може да протече тежко с развитието на сериозни усложнения до летален изход.

Клиничен случай

Представяме случай на 6-годишно момиче, което заболява остро от деня преди хоспитализацията с висока температура до 40°C. По този повод е започната симптоматична терапия в дома. На следващия ден

родителите съобщават за неколнократни обилни повръщания, нарушено съзнание и гърч с продължителност 40 минути. Детето е транспортирано от екип на Бърза медицинска помощ до Спешно отделение за деца и е хоспитализирано по спешност в Детско отделение за интензивно лечение (ДОИЛ) поради гърчов статус.

При постъпването пациентката е в състояние на генерализиран тонично-клоничен пристъп, който е овладян медикаментозно, но без пълно възстановяване на съзнанието. Детето остава сомнолентно с бързо, в рамките на минути, прогресивно потискане на съзнанието до кома и неефективно самостоятелно дишане. Последното налага изкуствена белодробна вентилация.

От първоначално извършените параклинични изследвания се отчита лекостепенна декомпенсирана метаболитна ацидоза (рН 7.28) със завишени стойности на лактат при кръвна глюкоза 7.3 ммол/л. Периферната кръвна картина показва тромбоцитопения. От биохимичните изследвания няма данни за възпалителна активност. Завишени са чернодробните трансаминази (АСАТ – 1079 Е/л, АЛАТ – 608 Е/л), креатинкиназа, креатинкиназа – МВ фракция и тропонин. Отклонения се установяват и в коагулационния статус. При хоспитали-

зацията е извършен бърз антигенен тест за Covid-19, груп А и груп Б, който е положителен за груп А. Анамнезата за остра инфекция, многократно повръщане, гърч и кома, както и част от първоначалните лабораторни резултати са основание в диференциално-диагностичен план да се обсъди синдром на Reye.

В рамките на първия час след хоспитализацията е извършено компютър-томографско (КТ) нативно изследване на главен мозък с неспецифична находка (хиподенсност в таламусите, мезенцефалона и понса), която може да се дължи на възпалителен процес или тромбоза на венозен синус. Поради недостатъчната информативност на КТ, в следващите 2 часа е извършена магнитнорезонансна томография (МРТ) на главен мозък с контрастно усилване. Установява се липса на кръвоток в артериалните и венозните съдове, патологичен сигнал в таламусите и мозъчния ствол, данни за мозъчен оток. Описаната находка съответства на мозъчна смърт в резултат от енцефалит или остра некротизираща енцефалопатия (ОНЕ). Тя изключва синдром на Reye, при който възпалителни промени в мозъка не се наблюдават.

16 часа след постъпването в ДОИЛ е получен резултат от извършен PCR от назофарингеален секрет, което потвържда-

ва инфекция с грип А, подтип Н1N1/2009 с висок вирусен товар. Този резултат, наред с описаните на МРТ промени, е основание за поставяне на диагнозата грип А (Н1N1)-асоциирана остра некротизираща енцефалопатия.

Лумбална пункция при пациентката би била уместна. В първите часове след хоспитализацията е извършена фундоскопия без ясна визуализация на зрителния нерв, поради което не може да се установи наличие или отсъствие на папиларен застой. Малко след това е извършена МРТ с данни за мозъчен оток, което прави лумбалната пункция високо рискова и тя не е извършена.

В следващите дни пациентката остава в крайно тежко общо състояние, с трайно разширени, ареактивни зеници и без стволови рефлексии. Проведена е електроенцефалография, от която липсва биоелектрична активност в мозъка. Стойностите на тромбоцитите прогресивно намаляват до $23 \times 10^9/\text{л}$. Влошават се и показателите на коагулационния статус. На третия ден от хоспитализацията се отчитат завишени стойности на кръвната глюкоза до 23 ммол/л, което налага венозно приложение на инсулин за няколко дни. На втория ден се отчита известен спад в стойностите на АЛАТ, като в следващите дни те отново се увеличават – АЛАТ достига

за 2042 Е/л, а АСАТ – 4884 Е/л. Високи са стойностите и на лактат-дехидрогеназа, креатинкиназа, МВ-фракция, урея и креатинин. Отклоненията в изброените показатели говорят в полза на полиорганна недостатъчност.

Въпреки доказаната веднага инфекция с грип А, подтип Н1N1, пациентката не е подходяща за лечение с Oseltamivir поради завишените чернодробни трансaminaзи и хепатотоксичността на медикамента. Началното лечение включва емпирична антибиотична и противоегемна терапия, Etamsylate, витамин К1 и Ademetionine. Допълнително са извършени трансфузии на биопродукти и вливания на глюкозно-солеви разтвори. След установяване на мозъчна смърт е продължена поддържаща терапия и изкуствена белодробна вентилация. За съжаление, въпреки проведените мероприятия, грипната инфекция при пациентката се развива фулминантно с бързо развитие на остра некротизираща енцефалопатия, полиорганна недостатъчност и летален изход.

Обсъждане

Грипът е честа респираторна инфекция, причинена от РНК вируси от семейство Orthomyxoviridae с три основни типа – А, В и С. Високата изменчивост на вируса

води до възникване на множество подтипове като H1N1, H1N3, H5N1 и др.

Клиничната изява варира от безсимптомно протичане или лека респираторна инфекция до полиорганна недостатъчност. След инкубационен период от 24-48 часа се развиват симптоми като повишена температура, кашлица, главоболие, ставно-мускулни болки, обща отпадналост. По-рядко и основно при деца могат да се наблюдават симптоми от страна на гастроинтестиналния тракт. Рискови групи за тежко протичане са деца под 2 години, възрастни над 65 години, имунокомпрометирани, пациенти с придружаващи хронични заболявания. Най-честите усложнения на грипната инфекция при деца са бактериална пневмония, обостряне на бронхиална астма, синдром на Guillain-Barre, рабдомиолиза, перикардит и миокардит, енцефалит/енцефалопатия.

Макар и редки като цяло, неврологичните прояви при грип се срещат значително по-често в педиатричната популация (90% от случаите са при деца под 5 год.) [1]. Разнообразните форми на неврологично засягане се обединяват под общото наименование инфлуенца-асоцииран енцефалит/енцефалопатия. Наблюдават се нарушено съзнание, гърчове, остра некротизираща енцефалопатия (ОНЕ), синдром

на Reye, трансверзален миелит, остър дисеминиращ енцефаломиелит, синдром на Guillain-Barre [2]. Подтип H1N1 на грип А се отличава с изразен невротропизъм в детска възраст [1, 2].

Няколко са възможностите за диагностициране на грипната инфекция – бързи антигенни тестове, серологични изследвания и reverse-transcription PCR, като последният метод се счита за златен стандарт [3].

За грип съществува специфично лечение с препаратите Rimantadine, Amantadine, Oseltamivir, Zanamivir. Приложението им е препоръчително при рисковите групи, като то е по-ефективно при започване в първите дни на заболяването. Ефективността на противогрипната терапия по отношение на неврологичното засягане и трайните неврологични последици не е потвърдена [1, 2]. Според някои автори в условията на грипна пандемия при деца с неврологична симптоматика е уместно емпирично започване на лечение с Oseltamivir още преди потвърждаване на инфекция с грип [2, 3]. Грипната инфекция е ваксिनопредотвратимо заболяване като инактивираната ваксина е подходяща за деца над 6-месечна възраст, а живата атенюирана ваксина – над 24 месеца. При конкретната пациентка не е била прилагана противогрипна ваксина.

Представеният клиничен случай показва едно от редките, но за съжаление фатално протичащи усложнения на инфекцията с грип под формата на остра некротизираща енцефалопатия (ОНЕ). Тя се среща предимно в детска възраст и може да протече фулминантно с бързо развитие на тежък мозъчен оток и летален изход. При пациентката интервалът между първите симптоми на вирусна инфекция и коматозното състояние с образни данни за ОНЕ е по-малък от 24 часа.

Първоначално в диференциално-диагностичен план е обсъден синдром на Reye. Той се характеризира с невъзпалителна енцефалопатия и чернодробна недостатъчност при деца на възраст между 5-14 години. Етиологията му е неясна, но се асоциира с вирусни инфекции, вкл. грип и прием на салицилати. Освен прогресивно повишаване на трансаминазите, метаболитна ацидоза и коагулационни нарушения, при синдрома на Reye се наблюдава и хипогликемия. При пациентката синдром на Reye остана на втора диагностична линия поради свръхфулминантното протичане на заболяването, отчетения първоначален спад в стойностите на чернодробните трансаминази, липсата на хипогликемия при приемането и данните за предимно

Възпалителни промени в главния мозък от извършените образни изследвания.

Заключение

Макар и считан за банална сезонна инфекция, грипът може да протече изключително тежко, фулминантно, с множество усложнения и фатален край. Противогрипна ваксина може да се прилага при деца на 6-месечна възраст, с което рисковата педиатрична популация може да се предпази от тежко заболяване.

Библиография

1. Mastrolia MV, Rubino C, Resti M, et al. Characteristics and outcome of influenza-associated encephalopathy/ encephalitis among children in a tertiary pediatric hospital in Italy, 2017-2019. BMC Infect Dis. 2019 Nov 29;19(1):1012. doi: 10.1186/s12879-019-4636-5.
2. Surana P, Tang S, McDougall M, et al. Neurological complications of pandemic influenza A H1N1 2009 infection: European case series and review. Eur J Pediatr. 2011 Aug;170(8):1007-15. doi: 10.1007/s00431-010-1392-3.
3. Takia L, Saini L, Keshavan S, et al. Neurological Manifestations of Influenza A (H1N1): Clinical Features, Intensive Care Needs, and Outcome. Indian J Pediatr. 2020 Oct;87(10):803-809. doi: 10.1007/s12098-020-03297-w.



БПА



WWW.PEDIATRIA-BG.EU

· НОВИНИ · ИНТЕРВЮТА · СТАНОВИЩА · СЪБИТИЯ · СТАТИИ



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: Боровец, хотел Рила

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

ПЕДИАТРИЯ ПЛЮС

ОНЛАЙН ИЗДАНИЕ ЗА ПЕДИАТРИ И ОПЛ



Редакционна колегия:

проф. Стефан Стефанов

проф. Иван Литвиненко

проф. Даниела Авджиева-Тзавелла

проф. Гергана Петрова

доц. Калин Лисички

Отговорен редактор:

Весела Славчева

Издава:

Българска педиатрична асоциация

Дизайн и предпечат:

vever.studio

Адрес:

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

Тел.: +359 878660587

e-mail: pediatria.bg@gmail.com

www.pediatria-bg.eu