

ПЕДИАТРИЯ ПЛЮС

ОНЛАЙН ИЗДАНИЕ ЗА ПЕДИАТРИ И ОПЛ



ISSN 2815-4517

БРОЙ 9|2024, ГОДИНА III

WWW.PEDIATRIA-BG.EU

ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ



НА ФОКУС

Интервю с проф. Тоньо Шмилев

3

НОВИНИ

12

ИЗБРАНО ОТ МЕДИИТЕ

21

ОТ ПЪРВО ЛИЦЕ

Интервю с г-р Надежда Андреева

23

ЗА ПРАКТИКАТА

Червено око: какво трябва да знаем

Ал. Оскар

29

Диагностика и лечение на запек

В кърмаческа и детска възраст

Й. Паскалева

42

Чернодробната биопсия при деца: позиция на ESPGHAN

Съкратен вариант

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

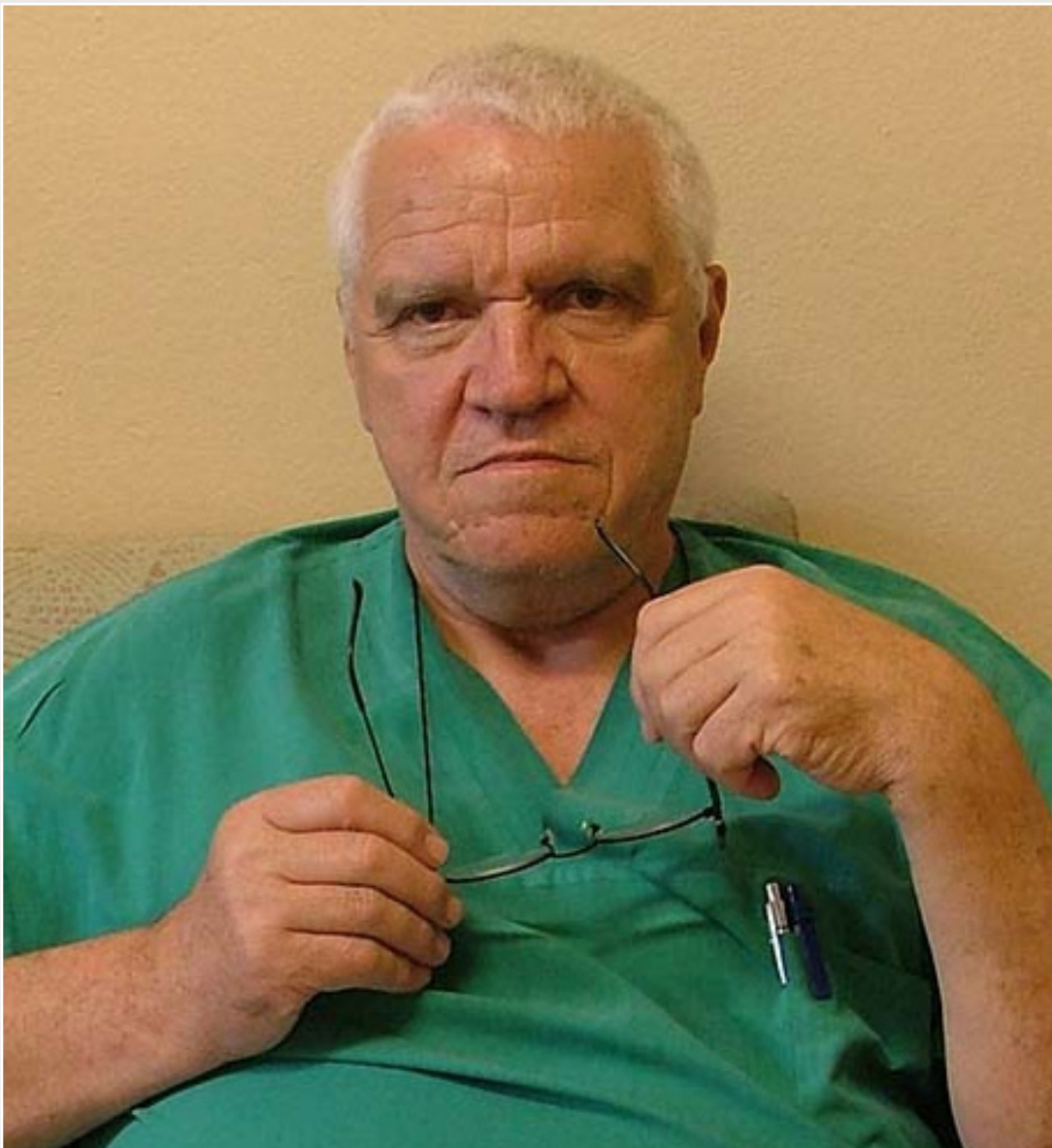
П. Хаджийски, И. Янков, П. Стамов,

П. Костадинов, Ю. Бъчварова, Й. Читалова

49

Календар на събитията на БПА | 2024

62



Проф. Тоньо Шмилев:

**„ФИНАНСИРАНЕТО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
СЕ НУЖДАЕ ОТ ПРАВИЛЕН АНАЛИЗ“**

С проф. Тоньо Шмилев, един от гоайените на българската педиатрия, разговаряме за предизвикателствата в професионалния му път, за проблемите на детското здравеопазване и за Конференцията по спешна педиатрия, която се провежда по негова инициатива вече 14 години.

ПРОФ. ШМИЛЕВ, 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, ВСЪЩНОСТ, Е ПЕДИАТРИЯТА ЗА ВАС?

С две думи казано – това е животът ми. Всичко през годините е било подчинено на работата, на стремежа към по-висока квалификация, на желанието да бъда полезен на децата, които наистина считам, че са бъдещето на страната ни, без което няма да просперираме. За съжаление, за много от нашите държавни ръководители това са просто думи – за детското население у нас не се прави всичко необходимо по отношение на здравето и образованието. Достатъчно е да посочим само един факт – у нас се говори за Национална детска болница от първите години на работата ми като педиатър. И едва сега, до голяма степен благодарение на усилията на БПА, се постави началото на решението на този важен въпрос. Надявам се да доживея деня на откриването ѝ и да видя добре организирана дейността ѝ.

ОТ 1975 Г. СТЕ В КАТЕДРАТА ПО ПЕДИАТРИЯ И МЕДИЦИНСКА ГЕНЕТИКА НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛОВДИВ, А В ПРОДЪЛЖЕНИЕ НА ДЪЛГИ ГОДИНИ СТЕ РЪКОВОДИЛИ ОТДЕЛЕНИЕТО ПО РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕ-

НИЕ КЪМ КЛИНИКАТА ПО ПЕДИАТРИЯ НА УМБАЛ „СВ. ГЕОРГИ“, ПЛОВДИВ. КОИ БЯХА НАЙ-ГОЛЕМИТЕ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД ВАС В ПРОФЕСИОНАЛНИЯ ВИ ПЪТ?

Предизвикателствата бяха ежедневни и много на брой. Започнах работа като регови лекар и тогава трябваше да свиквам с екипната работа. Изградихме чудесен колектив, благодарение на това, че имахме един изключителен ръководител в лицето на проф. Христо Михов и на ентузиазма, с който работехме с колегите. Не знаехме почивка, ден, нощ, събота, неделя, празник... Много често в извънпрофесионалното работно време оставахме, за да обсъждаме трудните в диагностично и терапевтично отношение случаи. Знаехме, че на нас разчитат колегите от клиниката и колегите от цяла югоизточна България. Горд съм и с екипа, който впоследствие ръководех. Винаги сме се стремили да подбирате най-качествените хора, най-амбициозните, трудолюбивите, желаещите да се квалифицират, да работят в екип и да обичат децата и професията си. Радвам се, че тези качества се ценят и от настоящия началник на отделениято, както и от ръководителите на Катедрата и Клиниката по педиатрия.

ПО ВАША ИНИЦИАТИВА ВЕЧЕ 14 ГОДИНИ СЕ ПРОВЕЖДА И ЕДНА ОТ НАЙ-ПОСЕЩАВАНИТЕ



ПЕДИАТРИЧНИ КОНФЕРЕНЦИИ - НАЦИОНАЛНАТА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО СПЕШНА ПЕДИАТРИЯ. КАКВА Е РАВНОСМЕТКАТА ЗА ТЕЗИ ГОДИНИ?

Да, тази конференция е слабостта ми. Признавам, че започнахме с голяма доза страх, когато предложих на колегите си да организираме този форум. Провалът щеше да бъде мой провал. Но нещата тръгнаха още през първата година. При ежегодна посещаемост от около 500 колеги едва ли у нас има педиатър, който да не е участвал в събитието. И вярвам, че има полза за всички, защото винаги се стараем да подбирате теми с практическа насоченост, като презентациите се изнасят от водещи наши специалисти, познаващи световните постижения в своите области. Даваме възможност и на младите ни колеги да участват с представяне на интересни и трудни за диагноза и лечение клинични случаи. По този начин те също свикват с екипната работа, трупат опит и се изграждат като добри специалисти, които утре ще бъдат учители на идващите след тях.

КАКВО Е МНЕНИЕТО ВИ ЗА ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В БЪЛГАРИЯ? КОИ СА НАЙ-ПРОБЛЕМНИТЕ ТОЧКИ И ОТКЪДЕ ТРЯБВА ДА ЗАПОЧНАТ ПРОМЕНЕНИЕТА?

Проблемите са много и те трябва да бъдат решавани. Аз лично считам, че трябва да



се започне от финансирането. Здравната каси има пари, но впечатлението ми е, че те не се изразходват по най-рационалния начин и затова никога не стигат. Ежегодно бюджетът на касата расте и въпреки това нещата не вървят, както трябва. Само безкрайното наливане на пари няма да реши проблемите. Те трябва да се изразходват по най-правилния начин и сигурно има механизми за това.

Ще дам само един пример. Педиатрите, работещи в болнична обстановка, получават възнаграждението си на база изпълнените клинични пътеки. Колкото повече са те, толкова по-добре. Оттам броят на хоспитализациите нарасна неимоверно. Като че ли негласно действа принципът „Тази година да няма българско дете, което да не е хоспитализирано поне веднъж. Ако може два и повече пъти – още по-добре“. Иначе, няма пари за заплати.

Някога в Клиниката, където работех, за една година се лекуваха около 2500 деца. Сега са почти 2 пъти и половина повече. Така е във всички детски отделения на болниците в страната, а броят на тези отделения неимоверно нарасна, заедно с броя на болниците. Броят на децата с пневмонии се увеличи многократно и „естествено“ смъртността от тях също намаля





много. Но нека да направим равносметка колко от тези деца наистина имат пневмонии... Питам се къде отиде желанието, с което започна недовършената реформа на здравеопазването – основната диагностично-терапевтична дейност да се върши от ОПЛ и специалистите в медицинските центрове и само една малка част от пациентите да се хоспитализират. Нещата се обърнаха...

По мое мнение до 75% от хоспитализациите са излишни, особено в малките болници. Но отговорните хора не са си направили труда за един правилен анализ, който ще покаже как стоят реално нещата. Вече е крайно време това да се реализира и да се направят важни изводи.

Реша ли се въпросът с правилното финансиране, другото е по-лесно, но това считам, че е в основата на всичко. Търговията със здравето, в т.ч. и на децата, действа пагубно.

И НЯКОЛКО ПО-ЛИЧНИ ВЪПРОСА. ЗАЩО ИЗБРАХТЕ МЕДИЦИНАТА ЗА СВОЯ ПРОФЕСИЯ? А КАК СЕ НАСОЧИХТЕ КЪМ СПЕЦИАЛНОСТТА?

Като ученик не мислех да ставам лекар, тъй като баща ми вечно беше на работа. Още щом влезехме в киносалона или в театъра и постановката започнеше, врата-



та на залата се отваряше и портиерът казваше високо „Д-р Шмилев да излезе, линейката го чака по-спешност“. Но неусетно подкорието ми се е подготвяло за тази професия и това надделя при вземане на окончателното решение. Оттам нещата станаха лесни, защото как да избира друга специалност, след като в лицето на проф. Михов аз виждах най-добрия учител и лекар?!

НА КАКВО ВИ НАУЧИ РАБОТАТА С ДЕЦА?

Преди всичко на много любов, човечност и отговорност, без които педиатърът не би могъл пълноценно да упражнява професията си. Но ме научи и на много търпение, на необходимостта да уважаваш хората, с които работиш и контактуваш ежедневно. Това са качества, които се оформят още в детските години, но те се развиват и впоследствие и без тях лекарят не би могъл да бъде педиатър.

ЗА КАКВО И НА КОГО БЛАГОДАРИТЕ В ЖИВОТА СИ?

Преди всичко на семейството си и на съпругата ми, която винаги ме е разбирала и подкрепяла във всяко начинание, на синовете ми, които, за съжаление, избраха друго поприще на развитие, на родителите ми, които са поставили основата на всичко,

което съм. На моите учители и колеги, с които съм работил и работя. Не искам да споменавам имена, защото ще пропусна някого, а те са много.

Особено съм благодарен на времето, в което се изградих като педиатър. Бях свидетел на едно невероятно, немислимо дотогава развитие на медицината. Това беше време, когато се наложиха компютърната томография и ядрено-магнитният резонанс, най-широко приложение намериха ултразвукът и изследване и ендоскопските методи, време на въвеждането на нови методи в микробиологията, вирусологията и клиничната лаборатория, време на постиженията на миниинвазивната хирургия, на въвеждането на голям брой нови антибиотици и медикаменти, на персонализираната медицина и въвеждането на изкуствения интелект в медицината, на възникването на нови все по-тесни специалности и на още много други постижения. Но се надявам, че бъдещите medici и педиатри никога няма да забравят какво е добра анамнеза и какво е обективен статус, работна диагноза, диференциална диагноза, окончателна диагноза, защото без тях клиничната медицина не може да съществува. Те са нейна основа и движеща сила.

СЛЕД ТОЛКОВА ГОДИНИ РАБОТА КАТО ДЕТСКИ ЛЕКАР ИМАТЕ ЛИ НЯКАКВА ПРОФЕСИОНАЛНА МЕЧТА?

Разбира се! Мечтая да бъда на откриването на новата сграда на Клиниката на педиатрия на УМБАЛ „Св. Георги“, която трябва да предостави най-добри условия на работа за персонала и на съвременно лечение на нашите малки пациенти. Мечтая да видя реално действаща Националната детска болница! Тогава ще приема, че сме заслужили да се наричаме българи европейци. Мечтая да видя едно добре организирано съвременно детско здравеопазване, с по-малко бумащина и повече реална работа с пациентите, които да не са принудени да търсят помощ в чужбина за заболявания, които и ние, българските педиатри, можем да диагностицираме и лекуваме по най-съвременни алгоритми. Мечтая лекарите и останалите медицински специалисти да не бъдат принудени да работят на по 2-3 работни места, всеки ден да тръгват с удоволствие за работа и да бъдат по-позитивно настроени.

КАКВО Е ВАШЕТО ПОСЛАНИЕ КЪМ ЛЕКАРИТЕ, РАБОТЕЩИ С ДЕЦА?

Напред – с много обич към децата и взаимно уважение – към нови постижения и върхове!



ПОЗИЦИЯ НА БПА ОТНОСНО ИЗИСКВАНЕТО ЗА КОНТАКТНА БЕЛЕЖКА



По повод приближаването на новата учебна година Българската педиатрична асоциация (БПА) отново призовава изискването за контактна бележка в детските заведения да отпадне напълно.

В тази връзка напомним, че на 1 ноември 2023 г. БПА, съвместно с НМД, Асоциация Родители и други неправителствени организации, публикува отворено писмо до здравните власти и медиите относно медицинските бележки за извиняване на отсъствията на ученици, като част от предложенията бе и отпадането на контактните бележки. Отчитаме постигнатия успех по отношение на извинителните



бележки, но отново настояваме и за тази важна и наложителна промяна – отпадането и на т. нар. „контактна бележка“, която се изисква от ясли и детски градини при отсъствие на детето от детското заведение за повече от десет последователни дни или при започване на новата учебна година. Дори и при реализиран преглед, лекарят не би могъл да гарантира дали детето е било контактно на дадено остро заразно заболяване. По този начин де факто личните лекари са принудени да декларират информация, която самите те не могат да проверят. По същество тази бележка се обезсмисля и от срока на валидност на бележката от 3 дни, през които детето може да попадне в контакт с ОЗБ. По тази причина бележката няма никаква нито административна, нито практическа стойност. Тя е още един пример, в който ценният и ограничен лекарски и особено педиатричен ресурс се похабява за празни от съдържание канцеларски дейности, вместо да се инвестира по същество в работа с пациенти, превенция, профилактика и лечение на заболяванията сред децата.



ПОКАНА ЗА ОБЩО СЪБРАНИЕ НА БПА

На основание чл. 26 от ЗЮЛНЦ и чл. 28, ал. 1 от Устава на сдружение „БЪЛГАРСКА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ“ (БПА), Управителният съвет (УС) на сдружението взе решение за свикване на Общо събрание на Сдружението **на 21.09.2024 г. от 13.00 часа в х-л Рила, Боровец.**

Събранието ще се проведе при следния дневен ред:

1. Отчет на председателя на УС на БПА за мандата 2021-2024
2. Отчет на Контролния съвет за мандата 2021-2024
3. Отчет на главния редактор на печатното издание Педиатрия
4. Отчет на главния редактор на електронното издание Педиатрия плюс
5. Избор на председател на УС на БПА
6. Избор на заместник председатели на УС на БПА



7. Избор на секретар на БПА
8. Избор на научен секретар на БПА
9. Избор на членове на УС на БПА
10. Избор на членове на Контролния съвет на БПА
11. Избор на председател на Контролния съвет на БПА
12. Избор на главен редактор на печатното издание Педиатрия
13. Избор на главен редактор на електронното издание Педиатрия плюс
14. Разни

В изпълнение на чл. 27 от ЗЮЛНЦ и чл. 31 от Устава на Сдружението, при липса на кворум в посочения час, Общото събрание ще се проведе същия ден в 14:00 часа (един час по-късно), на същото място и при същия дневен ред.

ПРОМЕНИ В ЕКСПЕРТНИЯ СЪВЕТ ПО ПЕДИАТРИЯ И СФОРМИРАНЕ НА НОВИ ЕКСПЕРТНИ СЪВЕТИ ПО ПЕДИАТРИЧНИТЕ ТЕСНИ СПЕЦИАЛНОСТИ

Със заповед РД-02-171 от 19.08.2024 г. министърът на здравеопазването г-р Галя Кондева определи за главен координатор на **Експертния съвет по медицинската специалност „Педиатрия“** проф. г-р **Даниела Авджиева-Тзавелма**, а като член освен проф. г-р Гергана Петрова бе добавена и **доц. г-р Йорданка Узунова**.

В заповедта се вписват още и създаването на:

- Експертен съвет по медицинската специалност „Детска гастроентерология“ с главен координатор г-р Мила Байчева и членове проф. г-р Миглена Георгиева и доц. г-р Иван Янков
- Експертен съвет по медицинската специалност „Детска ендокринология и болести на обмяната“ с главен координатор проф. г-р Виолета Йотова и членове доц. г-р Маргарита Аршинкова и г-р Наташа Янева;

- Экспертен съвет по медицинската специалност „Детска кардиология“ с главен координатор проф. д-р Анна Кънева-Ненчева и членове доц. д-р Елисавета Левунлиева и доц. д-р Анна Дашева;
- Экспертен съвет по медицинската специалност „Детска неврология“ с главен координатор проф. д-р Иван Литвиненко и членове проф. д-р Венета Божинова и проф. д-р Иван Иванов;
- Экспертен съвет по медицинската специалност „Детска нефрология и хемодиализа“ с главен координатор д-р Галя Златанова-Рашкова и членове д-р Стефка Янкова и проф. д-р Полина Митева;
- Экспертен съвет по медицинската специалност „Детска пневмология и фтизиатрия“ с главен координатор проф. д-р Пенка Переновска и членове доц. д-р Сирма Милева и д-р Албена Спасова-Джонова;
- Экспертен съвет по медицинската специалност „Детска ревматология“ с главен координатор доц. д-р Маргарита Ганева и членове д-р Катя Темелкова и доц. д-р Албена Телчарова;
- Экспертен съвет по медицинската дейност „Детска спешна и интензивна медицина“ с главен координатор д-р Благомир Здравков и членове д-р Димитър Печилков и доц. д-р Богдан Младенов.

ПОЛЕЗНО ЗА ВАШИТЕ ПАЦИЕНТИ



Според статистиката всяко четвърто дете у нас има проблеми със зрението, а 25% от учениците имат установено късогледство, далекогледство или астигматизъм. Единственият начин родителите да се справят с този проблем са ранната превенция и редовните профилактични прегледи. Болница ВИТА подава ръка на всички родители в началото на новата учебна година и обявява Ден за безплатни прегледи на очите за деца.

Консултациите ще бъдат извършвани на 18 септември 2024 г. в София от опитни офталмолози – г-р Александър Колчев и г-р Доброслава Попова. Записвания се правят само на телефона на болница ВИТА 02/45 22 000

84 960 ВАКСИНИ СРЕЩУ COVID-19 СА ДОСТАВЕНИ В СТРАНАТА



От доставеното количество ваксини срещу новия вариант JN.1 на SARS-CoV-2 80 640 дози са предназначени за лица на и над 12 г., а останалите за деца от 6 месеца до 11 години. В момента е в процес разпределянето на ваксините по областите чрез регионалните здравни инспекции. Предстои определянето на местата за провеждане на ваксинация. Основен фокус ще са имунизационните кабинети на РЗИ, общопрактикуващите лекари и при необходимост имунизационни кабинети в други лечебни заведения. При наличие на желаещи по места е възможно и сформирание на мобилни екипи за ваксиниране на трудноподвижни лица, лица от отдалечени места и др.

ЗАПОЧВА МАЩАБНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ДЕЦА С РИСК ОТ ДИАБЕТ ТИП 1

Лекари от Клиниката по детска ендокринология и болести на обмяната на СБАЛДБ „Проф. Иван Митев“, съвместно с екип от УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ – София, започват работа по проект за ранна диагностика на диабет тип 1 при децата. Скринингът ще бъде направен на деца от различна възраст – от новородени до юноши до 18 години, които имат роднина по първа линия с това заболяване.

„Рискът от развитие на заболяването при деца, които имат родител, брат или сестра с диабет тип 1, е 15 пъти по-висок спрямо общата популация. Именно те ще бъдат подложени на изследване“, поясни д-р Нашата Янева.

Скринингът ще започне на 1 октомври 2024 г. и ще приключи в началото на 2026 г. Първите междинни резултати ще бъдат оповестени през май 2025 г.

Екипът, който ще осъществи скрининга, включва: доц. д-р Маргарита Аршинкова и д-р Наташа Янева, проф. Доброслав Кюркчиев, д-р Екатерина Куртева, д-р Аделина Йорданова и д-р Мери Петрова.

Родителите, които желаят да включат децата си в проекта, може да го направят на телефони: 02/815 42 75, 02/815 42 41.

Д-Р МИЛИЦА ДОЧЕВА: „ЗЛОУПОТРЕБАТА С ЕНЕРГИЙНИТЕ НАПИТКИ СЕ ОТРАЗЯВА НА СЪРДЕЧНОСЪДОВАТА СИСТЕМА“

bTV Новините ● ● ●



Употребата на енергийни напитки сред погротстващите се увеличава – това сочат официалните данни на Центъра по обществено здраве и анализи. Над 11% от учениците между 14 и 18 години ги пият всекидневно, сочи проучването. По темата bTV Новините потърсиха за коментар д-р Милица Дочева, педиатър в УМБАЛ „Лозенец“:

„Най-често злоупотребата с тези напитки се отразява на сърдечносъдовата система. На първо място това е тахикардията и увеличаване на кръвното. Повишава се тревожността и може да се развият разстройства, дори и от една енергийна напитка. В дългосрочен план употребата води до забавяне на растежа и до проблеми с когнитивното развитие. Енергийните напитки, както и тютюневите изделия не трябва да се предлагат на лица под 18 години“.



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 Надежда Андреева:

„С работата си искам да докажа, че българският лекар заслужава уважение и доверие“



Д-р Надежда Андреева се дипломира в Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ през 2017 г. По време на следването си изкарва задължителните летни стажове в университетските болници в Москва и Санкт Петербург. От октомври 2017 г. започва работа в Детското отделение на МОБАЛ „Д-р Стефан Черкезов“, Велико Търново, под ръководството на д-р Валентин Точков, като в момента специализира педиатрия.

Как се насочихте към тази трудна професия?

Честно казано, винаги съм искала да бъда лекар. Никога не съм си представяла да работя нещо друго. Въпреки че няма други лекари в семейството ми, медицината винаги ми е била мечта и се радвам, че направих всичко възможно, за да я сбъдна.

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

Още когато се подготвях за кандидат-студентските изпити знаех, че искам да бъда педиатър. Харесва ми работата с деца, те са толкова мили и невинни. Няма по-удовлетворяващо нещо от това да видиш усмивката им, след като оздравеят, както и благодарността в очите на родителите. Да, педиатрията е трудна и може би недооценена като специалност, но си заслужава на 100% и се надявам да има повече млади колеги, които да се насочат към нея.

Лично за вас какво е педиатрията?

Педиатрията е една от най-хубавите, но и най-отговорните специалности. Тя е призвание и дори бих казала начин на живот, защото след края на работния ден ти продължаваш да мислиш за своите малки пациенти, да се притесняваш за тях и да се интересуваш от тяхното състояние.

Педиатърът според вас трябва да е...

Най-вече добър човек! Да бъде всеотдаен, позитивен и понякога много търпелив. Много е важно да има подход – както към детето, така и към неговите родители, защото те ни доверяват най-ценното си.

С какви трудности се сблъсквате като специалист?

Най-голямата трудност за мен е съчетаването на професионалните с личните ангажименти. Педиатрията е много обширна специалност, изискваща задълбочени познания, а за това си трябва време и енергия. Често се случва да съм на работа, докато моите деца са болни вкъщи. Но това е пътят, който съм избрала, и с всеки изминал ден се старая да не губя мотивацията си и да преодолявам всички трудности, пред които се изправя един млад специалист.

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

Досега не съм срещала негативно отношение от страна на родителите спрямо възрастта ми, дори напротив. Често им споделям и личния си опит като майка и така комуникацията става по-лесна. Показвам им, че мога да ги разбера и да споделя притесненията им. Забелязвам, че и самите

деца са по-спокойни в присъствието на млади и усмихнати лекари, които умеят да ги предразположат и да им покажат, че лекарският кабинет не е толкова страшен.

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

За съжаление, проблемите на детското здравеопазването в България са много. Липсата както на лекари, така и на медицински сестри, нуждата от разширяване на профилактиката в детската възраст, лошото състояние на детските отделения в страната, липсата на Национална детска болница, недооцененият лекарски труд... Всичко това значително влошава качеството на детското здравеопазване в България и от това страдат нашите деца.

Каква трябва да бъде според вас Националната педиатрична болница?

Националната детска болница трябва да бъде цветна и приветлива, за да може малките пациенти да се чувстват спокойни, докато са хоспитализирани. Да има модерно оборудване с достатъчно на брой легла и най-вече – да разполага със специалисти, които да работят там с удоволствие в името на здравето на децата. Надявам се тази обща на всички ни мечта скоро да стане реалност.

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

Много ми се иска да се промени отношението на обществото към нас, лекарите. За съжаление, ежедневно се сблъскваме с недоверието на пациентите, понякога дори и с лошо отношение. Искане ми се като бъдещ специалист да спомогна за повишаването на здравната култура на пациентите и да докажа, че българският лекар заслужава уважение и доверие.

За какво мечтаете като млад специалист?

Мечтая за подобряване на детското здравеопазване, за намаляване на антиваксерските движения, за това родителите да ни имат повече доверие, когато лекуваме децата им, и да вярват повече на нас, отколкото на Интернет. Ако поне едно от изброените неща стане реалност, то със сигурност ние като педиатри ще вършим работата си с много по-голяма лекота.



БПА



WWW.PEDIATRIA-BG.EU

· НОВИНИ · ИНТЕРВЮТА · СТАНОВИЩА · СЪБИТИЯ · СТАТИИ



ЧЕРВЕНО ОКО: КАКВО ТРЯБВА ДА ЗНАЕМ

Ал. Оскар

ръководител на Катедра по офталмология,
МУ – София, началник на Клиниката по очни
болести на УМБАЛ „Александровска“,
председател на Българското дружество по
детска офталмология, невроофталмология и
офтальмогенетика

С термина „червено око“ се обозначава всяко зачервяване на очите. Най-често то е безобидно, като в повечето случаи е признак на конюнктивит, но може да бъде проява и на много сериозно очно заболяване. Някои от случаите могат да преминат без лекарска намеса, но други изискват своевременно и адекватна медицинска помощ. Ако зачервяването на очите е съпътствано от болка, висока температура, замъглено зрение, секреция или други симптоми, съпътстващи зачервяването, задължително е необходима консултация с офталмолог, който да установи причината и да назначи лечение.

Какво представлява червеното око

„Червеното око“ е общ термин, описващ червените и раздразнени очи. Причината за зачервяването е увеличението в размера и възпалението на много фини кръвоносни съдове, разположени под очната повърхност. Най-често това е резултат на фактор, гразнещ очите. Зачервяването може да засегне едното или двете очи. Може да се развие постепенно или внезапно, както например при алергии или травма на окото. Заедно със зачервяването могат да се проявят и други симптоми като:

● **Болка в окото**

Болката в окото може да бъде остра, тъпа или пулсираща. Може да засегне едното или двете очи. Различава се и по локализацията си в зависимост от засегнатата очна структура. Може да има различен интензитет – от дискомфорт, до силна и продължителна болка, съчетана с други симптоми. Причините за поява на болка в окото са разнообразни: травма, инфекции, контактни лещи, алергии, токсини, възпаление, повишено вътреочно налягане и др. Винаги при наличието ѝ е необходима консултация с офталмолог.

● **Сърбеж**

Най-честата причина за сърбеж в очите са

алергии, засягащи очите – те могат да са провокирани от слънцето, полени, домашни любимци, прах, дим, козметични продукти, както и от контактни лещи. Точната причина за алергията може да бъде установена след тестване, което се осъществява от алерголог.

При наличие на симптоми, свързани със сърбеж в очите, след преглед при офталмолог може да бъде предписана локална или системна терапия, която да облекчи симптомите.

● Секреция от окото

Секретът, произвеждан от очните структури, е субстанция, чиято роля е да поддържа окото чисто и влажно. Очистването на очната повърхност е постоянен процес, който се осъществява благодарение на секретиранияте сълзи и мукус. Обикновено чрез мигането секретът се отмива през деня. През нощта той се задържа в ъглите на клепачите, което е нормално. Но, ако окото е раздразнено или възпалено, може да е наличие повишено количество секрет или такъв с необичаен вид. Това може да сигнализира за инфекция, алергия, сухота на очите или други проблеми. Секретът може да е с различен цвят или консистенция – зеленикав, жълт, пенест, лепкав. Наличието на тези симптоми налага консултация с очен лекар.

● **Подуване на очите**

Подуването на клепачите се причинява от натрупване на течности в околоочните тъкани. Може да се съпътства от сърбеж и болка в областта. Причина за подуване на клепачите може да бъде алергия, възпаление на клепачите (блефарит), конюнктивит, халацион („ечемик“), херпес-вирусна инфекция, възпаление на околоочните тъкани (целулит), заболявания на щитовидната жлеза.

● **Нарушение на зрението**

Нарушеното зрение може да засегне едното или двете очи, в зависимост от причината. Може да засяга само част от зрителното поле или цялото зрително поле. Промените в зрението могат да бъдат причинени от очни заболявания, системни заболявания или да бъдат страничен ефект от прием на определени лекарства.

Кои са причините

На фиг. 1 са представени най-честите възможни причини за развитие на червено око. Те могат да бъдат най-разнообразни – от травма на окото, до реакция на конюнктивата на цигарен дим, запрашена среда или недоспиване.



Фиг. 1. Причини за развитие на зачервяване на очите.

Зачервяването на очите може да бъде причинено от различни фактори. Понякога това се случва след продължителна употреба на контактни лещи или на дигитални устройства без почивка. Налице са и други чести причини като:

● **Алергии**

Алергиите са реакцията на тялото към чужд за него протеин (алерген). Обикновено тези вещества са безобидни, но при

свръхчувствителност имунната система реагира твърде силно спрямо тях. Алергиите често засягат очите, като проявите им обикновено са свързани със зачервяване, сълзене, сърбеж.

● **Блефарит**

Блефаритът представлява възпаление на клепачите и обикновено засяга и двете очи. Може да е резултат от гразнене на кожата на клепачите, инфекция или дисфункция на мастните жлези, както и на комбинация от тези фактори. Проявява се със зачервяване и подуване на клепачите, поява на люспи, зачервяване на очите.

● **Конюнктивит**

Конюнктивитът е възпаление на конюнктивата – мембрана, която покрива голяма част от предната част на окото и вътрешността на клепачите. Може да бъде остър или хроничен (за повече от 4 седмици). Причинява се от множество фактори: алергени, бактерии, вируси, токсини, травми и др. Характеризира се със зачервяване на очите, секреция, чувство за чуждо тяло, сухота в очите, сърбеж, парене, замъглено зрение, чувствителност към светлина, подуване на клепачите.

● Сухо око

„Сухото око“ е състояние, което засяга слъзния филм, покриващ и защитаващ очната повърхност. Слъзният филм взема участие и във формирането на ясен зрителен образ. Той има три съставни елемента: мукозен, воден и липиден. В зависимост от засегнатия елемент, проявата на синдрома на сухото око е различна, както и неговото лечение. Симптомите най-често са парене, сърбеж, сълзене или замъглено зрение.

● Травма на окото

Очните травми могат да включват повърхностни увреди на очната повърхност, контузии, пробивни рани, изгаряния. Резултат са от въздействието на чужди обекти, травматични събития, химични вещества. Очната травма може да увреди окото, причинявайки болка и загуба на зрение, което да бъде обратимо или перманентно. Поради това е необходима навременна диагностика и лечение с цел предотвратяване на усложненията.

● Глаукома

Глаукомата е заболяване, водещо до увреда на очния нерв под въздействие на повишено вътреочно налягане. Нелекувана, води до трайна загуба на зрение и е втората при-

чина за слепота по света. Алармиращите симптоми са болка или напрежение в окото, зачервяване на очите, главоболие, поява на хало при поглед към светлинен източник, замъглено зрение, стеснено зрително поле, гадене, повръщане.

● **Иридоциклит**

Представява възпаление на ириса и цилиарното тяло на окото. Характеризира се с болка в окото, зачервяване, гразнене, замъглено зрение, чувствителност към светлина, оток на конюнктивата, промени във формата на зеницата и др. Причинява се от инфекции, системни заболявания, травми, прием на някои медикаменти. Иридоциклитът е сериозно заболяване, което може да доведе до множество усложнения, включително до загуба на зрение и слепота.

● **Кератит**

Кератитът е възпаление на роговицата – напълно прозрачната тъкан, покриваща ириса и зеницата. Причини за това заболяване могат да бъдат инфекции, травми, сухота в очите, неправилна употреба на контактни лещи, употреба на кортикостероиди, отслабена имунна система и други. Симптомите са болка в окото, съзене, зачервяване на очите, чувствителност към

светлина, замъглено зрение, трудно отваряне на клепачите, чувство за чуждо тяло.

С какво се характеризира червеното око

Когато е налице зачервяване на очите, кръвоносните съдове в окото увеличават обема си в резултат на гразнене. В други случаи може да се касае за нарушаване на целостта на малък кръвоносен съд. Ако окото е червено след претърпяна травма, кръвоносните съдове в окото се разширяват, за да достигне повече кръв до мястото на увреда с цел по-бързо възстановяване. Тези разширени съдове причиняват зачервяването на окото.

В зависимост от причината за червено око, усещанията в окото могат да бъдат:

- Напълно нормални;
- Сърбеж, гразнене, чувство за чуждо тяло;
- Чувствителност;
- Сълзене или сухота;
- Наличие на лепкав секрет, образуване на корусты, особено при наличие на гной.

Какво е лечението

В някои случаи пациентите могат самостоятелно да приложат методи, които да облекчат симптомите като например: промиване на очите с физиологичен разтвор или

приложение на изкуствени сълзи. Не е препоръчително лечение с антибиотични капки или мехлеми без консултация с очен лекар.

При липса на повлияване е необходима консултация с офталмолог и установяване на причината за зачервяването на очите.

Внимание: Не е правилно изписването на антибиотични капки по телефона, без пациентът да бъде консултиран, тъй като в по-голямата част от случаите възпалението и зачервяването на очите не е резултат от бактериална инфекция.

Кои са възможните усложнения

В много случаи червеното око не е опасно и дори може да не се налага лечение. Има обаче състояния, причиняващи зачервяване, които могат да бъдат по-сериозни.

Ако то продължава повече от 1-2 дни или ако детето е със зачервени очи, е препоръчителна консултация с очен лекар. Същите действия трябва да бъдат предприети и ако са налице болка или секреция от очите. В случай, че зачервяването на очите е проява на по-сериозно състояние, липсата на лечение може да доведе до загуба на зрение.

Каква е превенцията

- Слънцезащита – слънчеви очила с UV-защита и шапка с козирка.

- Да не се търкат очите. Микроорганизмите по пръстите могат да причинят по-сериозно зачервяване и гразнене.
- Да се съхраняват контактните лещи чисти, както и да не се носят по-дълго от препоръчителното.
- Да се премахва правилно грима от лицето, като се пазят очите чисти.
- Задължително да се правят почивки при работа с компютър.
- Да се избягва употребата на мобилни дигитални устройства.
- Избягване на фактори, които гразнят очите като прах и дим.
- Да се пазят помещенията в дома от влага и образуване на мухъл.
- Да се мият ръцете правилно, за да се предотвратява развитието на инфекции.
- Да се обръща внимание на симптоми като зачервяване на очите и навреме да се търси консултация с очен лекар.

Кога да насочим пациента към очен лекар

Въпреки че зачервяването може да премине спонтанно, червеното око може да е признак на сериозно състояние или заболяване. Консултацията с очен лекар се налага при:

- повишена чувствителност в очите, включително фотофобия;
- болка в очите;

- нарушения на зрението (замъглено зрение);
- подуване;
- оплаквания, продължаващи седмица или повече, или които се влошават;
- наличие на гной или слуз;
- повишение на температурата или болка.



Тази и още теми, свързани с навременната диагностика и лечение на различните оплаквания и заболявания на очите в детска възраст, ще бъдат тема на **Националния мултидисциплинарен форум „Детска офталмология“**, който ще се проведе на **16 ноември 2024 г.** в **Гранд хотел София**.
За регистрация – посетете сайта на БПА.

Ефективна за положително повлияване и лечение
на запек с различен произход

Подходяща за употреба • при остри и хронични състояния
• за бебета и деца

Евакуацията на чревното съдържимо настъпва между 5' и 30' след апликация
Подходяща за употреба, дори при наличие на хемороиди и фисури

Три компонентен разтвор от:

Глицерол (<i>Glycerol</i>)	хиперосмотичен лаксатив от първи ред*
Лайка екстракт (<i>Chamomilla Recutita L.</i>)	лубрикант с естествен произход и антисептично действие
Слез екстракт (<i>Malva Silvestris L.</i>)	емолиент с успокояващо действие

Микро клизма: | Стимулира ректума
| Без дразнене и опасност от привикване
| Лесна апликация



ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАПЕК В КЪРМАЧЕСКА И ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

Й. Паскалева

УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“, София

Храносмилателната система на човека започва своето развитие още вътреутробно в 4 гестационна седмица (г.с.) и продължава до края на детството. В кърмаческия период има най-бурно нарастване на висцералните органи и храносмилателната система се променя интензивно. Дебелото черво е с по-слаба хаустрация и е много подвижно, което често създава условия за инвагинация. Кърмачетата могат да имат от 7-8 изхождания на ден, до еднократни изхождания на 3 дни с кашава или по-водниста консистенция. Със захранването дефекацията се оформя и честотата се променя – от 1 до 4 изхождания дневно или през ден. За запек при кърмачето говорим, когато то не се изхожда толкова често, колкото го е правило до момента, или се изхожда болез-

нено с твърди или пластилин наподобяващи изпражнения (важно е изпражненията да са меки и да преминават леко). Новородените кърмени бебета могат да дефекират след всяко хранене. По-големите кърмени бебета могат да се изхождат 1 път в седмицата, но ако изпражнението е меко, това не е запек.

Съобщава се, че честотата на запек при деца е между 1-30%. Статистиката сочи, че това е основно оплакване, което води 3-5% от децата в педиатричния кабинет или в кабинета на детския гастроентеролог (35%). Само 4% са свързани със заболявания: болест на Хиршпрунг., заболявания на ендокринната система – хипотиреоидизъм, хипокалиемия, хиперкалциемия, гръбначна или невромускулна аномалия – спинална мускулна атрофия, spina bifida. Възрастовата група, при която запекът се появява най-често, не може да бъде определена със сигурност.

Диагностика

Северноамериканското гружество по гастроентерология, хепатология и хранене NASPGHAN определя запек като „забавяне или затруднение при дефекация, присъстващо в продължение на две или повече седмици и достатъчно, за да причини зна-

чителен дистрес на пациента. Парижкият консенсус RASST пък определя запека като продължаващ за период от 8 седмици и придружен с най-малко два от следните симптоми:

- честота на дефекацията по-малко от 3 пъти седмично;
- честота на фекалната инконтиненция повече от веднъж седмично;
- отделяне на големи изпражнения, които запушват тоалетната;
- осезаема коремна или ректална фекална маса – при палпация;
- задържане на изпражненията;
- болезнена дефекация.

Разработени са и Рим III критерии за поставяне на тази диагноза при кърмачета и деца до 4-годишна възраст – в продължение на 1 месец трябва да са налице поне два от следните критерии:

- 2 или по-малко дефекации на седмица;
- при изградени преди това навици 1 епизод седмично на инконтиненция;
- задръжка на изпражнения;
- болезнено отделяне на твърди изпражнения;
- изпражнения, запушващи тоалетната;
- палмиране на голяма фекална маса в ректума;
- съпътстващи симптоми – намален апе-

тит и/или бързо засищане, които изчезват след отделяне на голямо количество изпражнения, неспокойствие.

В практиката най-удобна за използване е Бристол скалата (фиг. 1).

BRISTOL STOOL CHART		
TYPE 1		Separate hard lumps VERY CONSTIPATED
TYPE 2		Lumpy and sausage like SLIGHTLY CONSTIPATED
TYPE 3		A sausage shape with cracks in the surface NORMAL
TYPE 4		Like a smooth, soft sausage or snake NORMAL
TYPE 5		Soft blobs with clear-cut edges LACKING FIBER
TYPE 6		Mushy consistency with ragged edges INFLAMMATION
TYPE 7		Liquid consistency with no solid pieces INFLAMMATION AND DIARRHEA

MEDICALNEWS TODAY

Фиг. 1. Бристол скалата за поставяне на диагнозата „запек“.

Добре снетата анамнеза е важна за диагнозата – начин на раждане, прием на антибиотици и други медикаменти, отделяне на мекониум в първите 24 часа. Важна при преглед е и аускултацията на корема – нормална чревна перисталтика; палпация на корема (мек, твърд); палпират ли се фекаломи в супрапубисната област, в левия долен квадрант; подут корем; ректално туширане – което оценява пропускане на пръста при туширане (тонус – нормален или намален); наличие на фекална маса в ректума; перинален оглед – фисури; оглед на сакрума; неврологичен преглед; рефлекс.

Подробно снетата анамнеза и физикалният преглед позволяват лесно да се постави диагнозата функционален запек.

Лечение

Лечението протича в три фази:

- **Фаза 1:** Освобождаване на ректума от насъбралите се фекаломи, продължителност 2-3 дни – приложение на клизми – удобни и лесни в домашни условия или в спешното са микроклизмите – Осмофорс лакс Г, супозитории – Бизакодил, орални лаксативи – натриев пикосулфат, лактулоза, сенна, комбинирана терапия
- **Фаза 2:** Превенция на повторното нат-

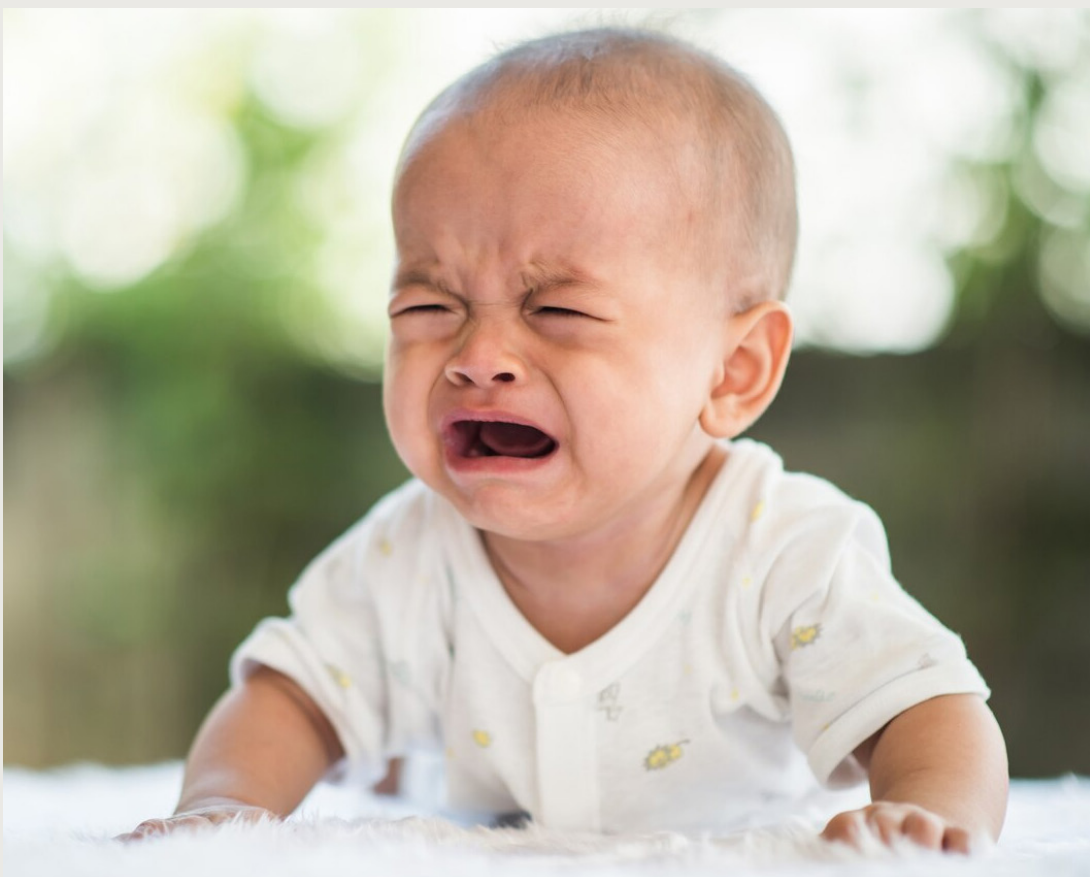
рупване на изпражнения, както и предотвратяване на тенденцията за потискане на дефекацията със следните стъпки: ранно приучаване на гърне; прием на храна, богата на фибри, и ограничаване на млякото и млечните продукти, ориза, бананите, меда (добър ефект имат храни като овесени ядки, тиква, сини сливи, круши, кайсии, киви); прием на лаксатив за по-дълго време (3-6 месеца).

- **Фаза 3:** Постигане на ежедневна дефекация чрез постепенно намаляване на лекарствата и спирането им, намеса при епизоди на остра констипация – с микроклизми. Осмофорс лакс Г е медицинско изделие за еднократна употреба на базата на глицерол, лайка и слез за ректално приложение, предназначено е за улесняване на евакуацията на червата при запек при бебета и деца. След апликация се очаква в рамките на до 45 минути да настъпи желание за изхождане и евакуация на чревното съдържание. Обикновено това се случва между 5 и 15 минути, а при по-малките деца и по-рано. Механизъм на действие: хиперосмотичният глицерол е комбиниран с екстракти от лайка и слез. Формулата е с бързо лаксативно действие – омекотява изпражненията, стимулира перисталтиката и предизвиква чревна евакуация. Смазва и успокоява лига-

Вицата, улеснява изхождането. Намалява сърбежа и дразненията. Канюлата на клизмата допълнително стимулира ректума и улеснява изхождането. Употребата на микроклизма Осмофорс лакс Г не крие риск от алергии.

При липса на ефект от лечението и поставената диетата е желателно да бъдат проведени следните допълнителни изследвания:

- иригография за отхвърляне на вродена аномалия;
- параклинични изследвания: TSH, FT4, калций, PTH;
- ехография на коремни органи;
- ЯМР на гръбначен стълб.



ЧЕРНОДРОБНАТА БИОПСИЯ ПРИ ДЕЦА: ПОЗИЦИЯ НА ESPGHAN

СЪКРАТЕН ВАРИАНТ

Превод на Българското дружество по
детска гастроентерология, хепатология и
хранене: П. Хаджийски¹, И. Янков²,

П. Стамов³, П. Костадинов⁴,

Ю. Бъчварова⁵, Й. Читалова⁵

¹СБАЛДБ „Проф. Иван Митев“,

Катедра Педиатрия, МУ-София

²Катедра Педиатрия и медицинска
генетика, МУ-Пловдив

³Катедра по обща и оперативна хирургия,
МУ-Варна

⁴Комисия по интервенционални процедури,
БДДГХХ

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

Ролята на чернодробната биопсия (ЧБ) при
лечението на пациенти с остри и хронич-
ни чернодробни заболявания значително се
разви през последните години. Решението
за ЧБ на пациенти с цел диагностицира-
не, стадиране и прогностична оценка ста-
на по-индивидуализирано. Стандартните

индикации за ЧБ бяха оспорени, тъй като информацията за чернодробните заболявания стана достъпна по пътища, различни от ЧБ.

Перкутанната ЧБ по метода на Menghini се е доказала като прост, надежден и минимално инвазивен метод от въвеждането му в клиничната практика през 1950 г. Профилът на безопасност е приемлив. Различните хистологични техники, включително трансмисионна електронна микроскопия (ТЕМ) и имунохистохимия, дават подобрена интерпретация на ЧБ и клинично значение. Ключът към ползата от ЧБ е сътрудничеството между клиницистите и хистолозите, чието тясно взаимодействие драстично повишава стойността ѝ. В ерата на геномната медицина обаче, допълнителни неинвазивни методи, включително геномни анализи, усъвършенствани радиологични методи и сложни биохимични анализи, започнаха да се конкурират сериозно с конвенционалните клинични изследвания като ЧБ. По-простите клинични тестове избягват логистични усложнения, приемане в болница и перипроцедурни рискове, свързани с ЧБ. Независимо от това, възникващите възможности позволяват на ЧБ да предлага иначе недостъпна информация за метаболитни/чернодробни състояния, при които фенотипите се припокриват, с иму-

нохистохимично откриване на биохимични и генетични нарушения или с оценка на имуномедиирани усложнения след чернодробна трансплантация.

Показания за чернодробна биопсия

ЧБ може да се извърши в нормален или трансплантиран черен дроб. Целта ѝ може да бъде диагностична или прогностична, когато диагнозата е известна и тежестта на заболяването трябва да се оцени, но може да бъде и за проследяване на прогресията на заболяването или отговора на лечението.

Чернодробна биопсия за диагностични цели

Неонатална холестаза – някои форми на неонаталната холестаза могат да бъдат идентифицирани биохимично и генетично или чрез образни изследвания, други изискват ЧБ.

Прогресивна фамилна интрахетална холестаза – хистологичните находки от черен дроб са полезни в подкрепа на диагнозата.

Синдром на Alagille – диагнозата може да бъде потвърдена само хистологично. За извършване на ЧБ времето е от решаващо значение.

Алфа1-антитрипсинов дефицит – не е ясно

дали хистологичните или клиничните находки отразяват по-полезно тежестта на чернодробното заболяване и средносрочната до дългосрочна прогноза.

Остра чернодробна недостатъчност (ОЧН) – ролята на ЧБ при ОЧН е ограничена и съмнителна.

Повишени трансаминази от неизвестен произход – ЧБ остава златен стандарт, тъй като позволява стадиране на фиброзата и оценка на възпалението, което има значение за лечението и прогнозата.

Дефицит на лизозомна киселинна липаза (болест на Wolman, болест на съхранението на холестероловите естери) – ЧБ не е показана, освен ако ензимното изследване не е налично или не дава окончателни резултати.

NAFLD – ЧБ е необходима за поставяне на окончателна диагноза, но не се препоръчва като скринингов метод. ЧБ е показана за изключване на други заболявания, ако има съмнение за напреднало заболяване, преди фармакологично или хирургично лечение и в клинични проучвания.

Автоимунен хепатит (АИХ) – ЧБ трябва да се извършва при всички пациенти със съмнение за АИХ, за да се потвърди диагнозата, да се оцени възпалението и да се стадира фиброзата. Коагулопатията и тромбоцитопенията могат да отложат

ЧБ, докато емпиричната имуносупресия не подобри хипокоагулацията.

Чернодробната биопсия при оценка на известно чернодробно заболяване

Болест на Wilson (БУ) – хистологичната находка в черния дроб не е диагностичен критерий за БУ.

Чернодробно увреждане, предизвикано от лекарства – ЧБ може да различи остро и хронично увреждане (фиброза) и може да позволи оценка на съществуващо заболяване. Скорошно проучване при деца не включва ЧБ като критерий за диагностика.

Склерозиращ холангит – ЧБ е необходим за диагностициране на синдрома на припокриване (съществуващ АИХ и склерозиращ холангит, с биомаркерно доказателство за аутоимунитет и биомаркерно или образно изследване доказателство за холангиопатия) и ако се наблюдават хронични промени.

Вродена чернодробна фиброза при цилиопатии (фиброкистозни хепаторенални заболявания) – ЧБ не е показана за диагностициране на вродената чернодробна фиброза (ВЧФ). Няма прогностична стойност.

Инфекция с вируса на хепатит В – ЧБ може да бъде полезна при хронична инфекция с вируса на хепатит В с продължително състояние на имунна активация.

Инфекция с вируса на хепатит С (HCV) – на пациентите, инфектирани с HCV гено-тип 2 или 3, за които има успешен режим на лечение, може да бъде предложена антиви-русна терапия без биопсия.

Цитомегаловирусна инфекция (CMV) – ЧБ може да помогне за разграничаване на пър-вична или реактивирана CMV инфекция от различни форми на отхвърляне на транс-плантанта.

Инфекция с вируса на Epstein-Barr (EBV) – ЧБ може да има известна стойност при ре-ципиенти на чернодробна трансплантация с първична инфекция с EBV и отклонения на лабораторните показатели.

Чернодробни тумори – хистологията чес-то е необходима за диагностика, а хистопа-тологичните находки допринасят значи-телно за прогнозата.

Чернодробна трансплантация – резулта-тите от ЧБ представляват стандартен критерий за диагностициране на остро кле-тъчно или хронично дуктопенично отхвър-ляне. Продължава дебатът по отношение на „протокола ЧБ“, т.е. ЧБ на всеки 5 или 10 години след трансплантацията.

Усложнения при чернодробната биопсия

Усложненията при ЧБ обикновено се считат за „големи“ или „незначителни“. Считаме, че „незначителните“ усложнения включ-

ват болка, субкапсуларно кървене, което не изисква кръвопреливане или продължителна хоспитализация, инфекция, незначително изтичане на жлъчка или хемобилия и артериовенозна фистула. „Големите“ усложнения включват кървене (включително хемобилия), което изисква кръвопреливане, операция или интензивно лечение; пневмоторакс или хемоторакс; смърт.

Време на усложненията

Според проучвания при възрастни 60% от усложненията настъпват през първите 2 часа след ЧБ и 96% през първите 24 часа. Фаталните усложнения настъпват в рамките на 6 часа от ЧБ, с изключение на късните, непредвидими усложнения. В проучване при деца, изследващо осъществимостта на амбулаторна ЧБ, усложнения с кървене са докладвани при 1% от децата, като клиничните симптоми се появяват в рамките на 4 часа след биопсията.

Препоръчителен протокол и контролен списък

Повечето препоръки при деца се придържат към последните препоръки за ЧБ при възрастни (AASLD).

Преди чернодробната биопсия

1. Информирано съгласие



2. Сегация/анестезия

3. Хематологично изследване

Преди перкутанна ЧБ на всички пациенти трябва да се извършат следните лабораторни изследвания:

а. пълна кръвна картина

б. чернодробни ензими и коагулационен статус. В повечето случаи РТ/INR и броят на тромбоцитите трябва да бъдат изследвани в рамките на 24 часа преди ЧБ. Ако пациентите показват аномалии на коагулационна каскада, може да се субституира с витамин К или трансфузия на тромбоцитен концентрат. Приложението на витамин К е необходимо да се приложи най-малко 6 часа преди ЧБ. Ако това е недостатъчно, трансфузията на прясно замразена плазма непосредствено преди ЧБ в доза от 12 до 15 ml/kg телесно тегло може да коригира стойностите на РТ/INR. Минималният брой на тромбоцитите, при които може да се извърши безопасна перкутанна ЧБ, е сравнително спорен и зависи от местните разпоредби. Проучванията показват, че с брой на тромбоцитите до 60 000-75 000, или 80 000/mm³ перкутанни чернодробни биопсии могат да се извършват без увеличаване на степента на усложнения при условие, че всички други параметри на коагулацията са нормални. Инфузията на тромбоцитен концентрат преди пер-

кутанна ЧБ се използва широко при нисък тромбоцитен брой.

4. Абдоминална ехография преди черногробна биопсия

Черногробна биопсия: процедура

1. Пациентите трябва да гладуват 4 часа преди ЧБ, като това може да варира в зависимост от възрастта, клиничното състояние и местната политика на болницата. Следенето на жизнените показатели трябва да се оценяват на всеки час преди ЧБ.

2. Пациентът трябва да бъде в легнало положение в удобна позиция с дясна ръка, поставена зад главата. След седация/анестезия, дългодействащ локален анестетик (Виривасaine 0.5%) трябва да бъде локално инфилтриран в кожата и меките тъкани в областта на черногробното притъпление между 7-о и 9-о междуребрие или на по-подходящо място, ако до леглото се извърши ехографско изследване.

3. Областта на мястото на убождане трябва да се почисти и дезинфекцира щателно.

4. Иглата се въвежда по дясна средна аксиларна линия, по горния ръб на реброто. При невъзможност за осъществяване на ехографско изследване – да се използва интеркостален подход, при субкостален подход трябва да бъде въведена в дясната

средна аксиларна линия над реброто.

5. ЧБ под ехографски контрол намалява честотата на усложненията, тъй като позволява извършване на биопсията далеч от жлъчния мехур, съдовата система, червата и белия дроб. Извършването на ехографско изследване в момента на извършване на биопсията намалява честотата на чернодробно убождане, позволява намиране на най-подходящо място за убождане и намалява риска от усложнения. Ехографското изследване е за предпочитане пред КТ, поради безопасността си и по-ниския разход за манипулацията. Трябва да се подчертае, че след чернодробна трансплантация използването само на анатомични ориентири за насочване на мястото на биопсията е недостатъчен; препоръчва се образно насочвана ЧБ.

6. Протоколът за ЧБ трябва да бъде съобразен и модифициран според нормативните уредби на дадената страна и отделния пациент.

След чернодробна биопсия

1. Непосредствено след ЧБ на мястото на убождане се поставя стерилна компресионна превръзка за добра хемостаза. Пациентът трябва да гладува приблизително 2 часа след ЧБ и най-малко 6 часа след това да се следят жизнените му показатели.

Препоръчва се мониторинг на O_{sat}.

2. Пациентът трябва да остане в леглото най-малко 1 час след ЧБ или докато жизнените показатели се стабилизируют.

3. Ако има съмнение за кървене, може да се изследва пълна кръвна картина. Трябва да се има предвид, че понижаването на хемоглобина обикновено не настъпва веднага. Абдоминална ехография при леглото на детето може да помогне за оценка на усложненията при кървене. При животозастрашаващо кървене може да се наложи лапаротомия или емболизация. При съмнение за пневмоторакс рентгенография във фас и профил може да бъде полезна.

4. Изследването на хемоглобина и хематокрита трябва да се има предвид само ако е клинично обосновано.

5. Пациентът трябва да се наблюдава най-малко 6 часа след процедурата за признаци или симптоми, които предполагат усложнения, като силна болка, болка в рамото (при по-големи деца), раздразнителност (при кърмачета), кървене, секреция на мястото на ЧБ, затруднено дишане, бледност и фебрилитет.

6. ЧБ често се извършва в амбулаторни условия, но много лекари предпочитат да има 1 нощувка в болница.

7. Силовите спортове трябва да се избягват през първата седмица след ЧБ.

Ролята на чернодробната биопсия в бъдеще

В съвременната епоха целите за оптимално клинично управление остават непроменени: пациентът трябва да се подложи на минимално инвазивни процедури с максимални диагностични резултати.

При наблюдение на активността на заболяването и оценка на резултатите от лечението хистологичното изследване на парченце чернодробна тъкан ще продължи да бъде незаменим метод и в обозримо бъдеще. Освен това, има нужда от корелация на клиничните и биохимични фенотипове с морфологичната находка, както и чрез образни изследвания, така и хистологично, използвайки нови техники, но също и с прилагането на стари методи. Клиницистите ще трябва да постигнат баланс между безопасността и сигурността на пациентите и технологичния напредък в настоящата динамична среда.

Декларация на ESPGHAN за отказ от отговорност:

ESPGHAN не носи отговорност за ежедневната дейност на лекарите и предоставя единствено препоръки и становища за позиция само като указания за най-добра медицинска практика. Отговорността за

диагнозата и лечението са от компетентията на лекуващия екип.

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 компетентията на лекуващия екип.



19–22 СЕПТЕМВРИ 2024

КОНФЕРЕНТЕН ЦЕНТЪР

Х-Л РИЛА

К.К. БОРОВЕЦ

XVI

НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС

ПО ПЕДИАТРИЯ

С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ

ОФИЦИАЛЕН САЙТ 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

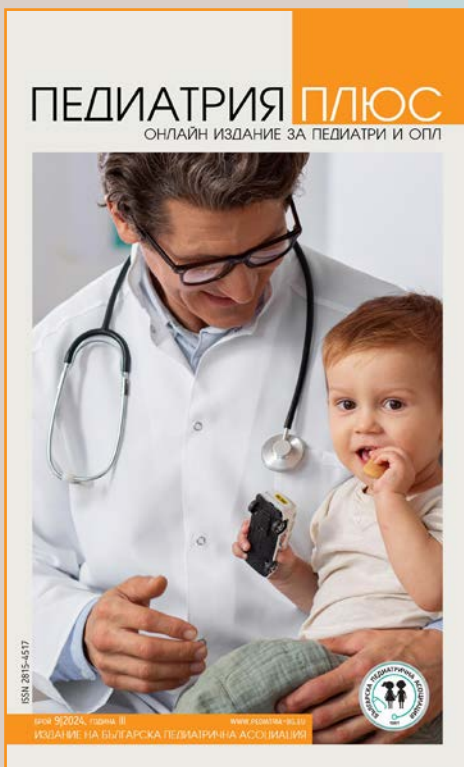


www.spisanie-pediatria.com

**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. Гургана Петрова

доц. Калин Лисички

Отговорен редактор:

Весела Славчева

Издава:

Българска педиатрична асоциация

Дизайн и предпечат:

vever.studio

Адрес:

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

Тел.: +359 878660587

e-mail: pediatria.bg@gmail.com

www.pediatria-bg.eu