

ПЕДИАТРИЯ ПЛЮС

ОНЛАЙН ИЗДАНИЕ ЗА ПЕДИАТРИ И ОПЛ



ISSN 2815-4517

БРОЙ 3|2026, ГОДИНА V

WWW.PEDIATRIA-BG.EU

ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ



НА ФОКУС

Интервю с проф. д-р Огнян Бранков

3

НОВИНИ

13

ИЗБРАНО ОТ МЕДИИТЕ

21

МЛАДИТЕ ПЕДИАТРИ

Интервю с д-р Стефан Енчев

25

ЗА ПРАКТИКАТА

Коремната болка при децата –
патогенеза и клинична картина

О. Бранков

35

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Диагностична стойност на ALEX2
при астма в детска възраст:
клиничен случай с полисенсibilизация

М. Блажева, П. Костова,

В. Папочиева, Кр. Генкова, Г. Петрова

43

Календар на събитията на БПА | 2026

53



Проф. д-р Огнян Бранков:

„ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В
БЪЛГАРИЯ СЕ КРЕПИ НА ДОБРАТА ВОЛЯ
И САМООТВЕРЖЕНАТА ДЕЙНОСТ НА
СПЕЦИАЛИСТИТЕ ПО ДЕТСКИ ЗАБОЛЯВАНИЯ“

В този брой на „Педиатрия плюс“ Ви срещаме с проф. д-р Огнян Бранков – име, оставило трайна следа в българската детска хирургия. С откровеност и профе-



сионална мъдрост той разказва за първите въведени у нас иновативни процедури, за създаването на школа в езофагеалната хирургия и за удовлетворението да вижда своите ученици да го надминават. Споделя и своята визия за бъдещето на специалността, както и откровеното си мнение за предизвикателствата пред детското здравеопазване в България.

ПРОФ. БРАНКОВ, ИМАТЕ НАД 50 ГОДИНИ ОПИТ В ДЕТСКАТА ХИРУРГИЯ, КОИ СА НАЙ-СЪЩЕСТВЕНИТЕ ПРОМЕНИ, КОИТО НАБЛЮДАВАТЕ В ТАЗИ СПЕЦИАЛНОСТ ОТ НАЧАЛОТО НА ВАШАТА КАРИЕРА ДО ДНЕС?

Много навременен въпрос. Сега, на 1 април, навършвам 50 години детско-хирургична дейност, без да броя двете години в хирургичното отделение на Пернишката болница.

Мога да илюстрирам прогреса на хирургичната техника по следния начин – докато в началото вдявахме грубите копринени и кет-гът конци в стоманени хирургични игли, след десетина години се радвахме на атравматичните и резорбируеми шевове, а сега ползваме фината шевна технология при ендоскопската и роботизирана хирур-



гия. Относно диагностиката – рентгенът беше единственото образно диагностично средство, а по-късно дойдоха компютърният томограф, ехографията и ядрено-магнитният резонанс, а вече се ползват и услугите на изкуствения интелект... Преживял съм епохални промени в техниката и диагностиката. И още нещо – навремето обучението и научната дейност се извършваха с помощта на дебели учебници и прашасали списания в библиотеките, а сега в наша услуга са виртуални библиотеки и интернет сайтове.

ВЪВЕЖДА ЛИ СТЕ ЗА ПЪРВИ ПЪТ В БЪЛГАРИЯ РЕДИЦА ИНОВАТИВНИ ХИРУРГИЧНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ДЕЦА. КОЯ ОТ ТЯХ СМЯТАТЕ ЗА НАЙ-ЗНАЧИМА И ЗАЩО?

Трябва да се върна много години назад. В началото на 80-те години на миналия век успях да издействам чрез спонсори ендоскопски апарат „Олимпус“ и с колежката д-р Анелия Апостолова първи въведохме ендоскопската склерозация на кървящи варици на хранопровода при деца. Имам някои дефинитивно излекувани пациенти по тази методика. Този апарат ми даде възможност да осъществя първите ранни диагностични процедури при деца с прясно каустично



изгаряне на хранопровода, което по тогавашните правила се извършваше едва на 30-ия ден. Тази ранна диагностика даваше основание за определяне на терапевтичната и хирургична тактика, съобразно вида на находката и установените локални поражения. В този период отново със спонсори закупих апаратура на фирмата „Радиометер“, с която първи в България извърших 24-часова рН-метрия, тоест, изследване на киселинността на хранопровода, при голяма серия деца с гастро-езофагеална рефлуксна болест. То също даваше индикации за терапевтично или хирургично лечение на рефлуксната болест.

Относно иновативните хирургични процедури при заболявания на хранопровода мога да кажа, че аз бях обучен на оперативната техника от моите учители доц. Асен Димитров и проф. Едуард Степанов от Москва. По-късно въведох някои собствени модификации, а заедно с проф. Александър Червеняков направихме първите пластични реконструкции на хранопровод с цял стомах. Аз се гордея с моя принос в езофагеалната хирургия и още продължавам да проучвам далечните резултати от тези операции при пациенти, някои от които са над 30-40-годишна възраст и се чувстват добре. Изпитвам голямо задоволство, че в





тази област успях да създам стабилна школа и последователи, които за моя радост вече ме надминават.

КАК ВИЖДАТЕ БЪДЕЩЕТО НА ДЕТСКАТА ХИРУРГИЯ?

Бъдещето на детската хирургия се базира на бързото развитие на минимално инвазивните техники, робохирургията и AI, с чиято помощ ще се подобрят оперативните резултати при децата, ще се намалят усложненията и ще се ускори възстановяването и нормализирането на качеството на живот при сложните случаи. Относно вродените малформации смятам, че бъдещето принадлежи на феталната медицина. Тя включва не само феталната хирургия, но методите на регенеративната медицина, която ще се опира на тъканното инженерство с приложение на стволови клетки, изработване на биосъвместими материали и 3D биопринтинг. Не е далеч времето, когато при лечението на злокачествени тумори широко ще навлезе използването на нанотехнологиите и по-конкретно на нанороботи.

КАКВО БИХТЕ ПОСЪВЕТВАЛИ ПЕДИАТРИТЕ ОТНОСНО РАННОТО НАСОЧВАНЕ НА ДЕЦАТА КЪМ ДЕТСКИ ХИРУРГ И КОИ „ЧЕРВЕНИ ФЛАГОВЕ“ НЕ БИВА ДА СЕ ПОДЦЕНЯВАТ?



Познати са много остри и хронични състояния при децата, които са от общ интерес за педиатри и детски хирурзи. Важно е да се разграничават състоянията на органна патология с остро начало и прогресираща клинична картина от тези с хронично-рецидивиращо протичане. Това се отнася най-често до коремните болки, които имат много широка патогенетична база и често изискват диференциран подход и спешно лечение. В тези случаи своевременното насочване на такива деца към детски хирург е от решаващо значение.

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

Детското здравеопазване в България се крепи на добрата воля и самоотвержената дейност на специалистите по детски заболявания. Педиатричните болници в София са по-добре оборудвани и концентрират повечето специализирани легла, но в провинцията има сериозен дисбаланс с недостиг на персонал и капацитети. Има липса на педиатрични кадри – лекари и медицински сестри. Предвиждат се няколко специализирани комплексни центрове, примерно в София и Бургас, такъв опит имаше и в Плевен, но



те ще концентрират педиатричната помощ и буквално ще оголят регионалните и локалните детски заведения. Няма да говорим за заплащането на този високоспециализиран и интензивен труд, а това е важен въпрос, защото е свързан с мотивацията за работа в този сектор...

Детското здравеопазване изисква много финансови и материални вложения и може би затова финансистите го считат за неодоходоносно. Въпреки създадената Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве, много проблеми остават нерешени, особено като се вземе предвид значително високата детска смъртност у нас.

И НЯКОЛКО ПО-ЛИЧНИ ВЪПРОСА. ЗАЩО ИЗБРАХТЕ МЕДИЦИНАТА ЗА СВОЯ ПРОФЕСИЯ?

Аз съм трето поколение лекар. Без да смятам прадяго ми хаджи Гунчо, който е бил хекумин, или по-точно лечител, знахар. Баща ми, роден в Търново в семейството на виден търновски юрист и учителка, беше водещ хирург от поколението на ген. Коста Стоянов в ИСУЛ и един от основателите на т.нар. Четвърта хирургия с топографска анатомия на Александровска болница. Много мои преподаватели са били негови ученици или колеги. Той почи-



на млад, аз бях на 6 години. Израснал съм с разказите на майка си за него, както и с неговите учебници в голямата домашна библиотека. Майка ми Донка, преподавател във Висшия институт по архитектура в София, е от големия габровски род на Гунчевите, а нейният баща, моят дядо Стефан Гунчев, е бил общопрактикуващ лекар, завършил медицина в Лил, Франция. Така че аз от малък знаех, че ще стана лекар и то хирург.

ИМАТЕ ЛИ СЛУЧАЙ ОТ ПРАКТИКАТА СИ, КОЙТО НЯМА ДА ЗАБРАВИТЕ НИКОГА?

Това е много труден въпрос. Спасил съм и съм излекувал неимоверно много деца, което ми вдъхва върховно щастие. Доста от тях съм забравил, но много ме помнят и още ми се обаждат с благодарност, а с някои от семействата поддържаме близки отношения. Помня, разбира се, редица случаи от практиката, с които се гордея. Но, за жалост, няма да забравя няколко деца, на които не успях да помогна, било поради безизходност, било поради неопитност... Нека не си кривят душите колегите, които четат това сега – всеки има своите тайни малки кошмари.





ЗА КАКВО И НА КОГО БЛАГОДАРИТЕ В ЖИВОТА СИ?

Благодаря най-много на мама Донка, която сама отглежда мен и сестра ми Антония, възпита ни, изучи ни и ни вдъхнови за бъдещото ни развитие. След това благодаря на проф. Димитър Арнаудов, един от основателите на детската хирургия в България, ученик и съратник на баща ми Георги, който ме въведе в лоното на детската хирургия и ме напъти в трудното поприще на професията и научната дейност.

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

Да доживея деня, когато по света няма да има дете, което страда.

КАКВО Е ВАШЕТО ПОСЛАНИЕ КЪМ ЛЕКАРИТЕ, РАБОТЕЩИ С ДЕЦА?

Да не забравят детето в себе си.



Комбинация
от пробиотици:
B.Lactis BB12,
S.Thermophilus
TN4

Уникален
пребиотичен
бленд
(CBG, GOS,
Inulin)

Подпомагат развитието
на полезна чревна
микробиота и справянето
с чревната дисбиоза.

Възстановяване от
чревната дисбиоза и
намаляване на честотата
на коликите.

Хидролизиран
суроватъчен
протеин

Ускорява изпразването
на стомаха и намалява
продължителността на
плача при кърмачета с
колики.



НМО 2'-FL

Стимулира полезните
бифидобактерии,
намалявайки риска от
респираторни инфекции
и вероятността
от алергии.

Намалено
съдържание на
лактоза

Малабсорбцията
на лактоза допринася за
гастро-интестинални
нарушения.

30% млечен
липиден
комплекс

Предотвратява
образуването на калциеви
сапуни, които се свързват с
хранителен дискомфорт и
продължителен плач.

Frisolac® Comfort CM

Храна за специални медицински цели

За диетотерапия на кърмачески колики

• Коремна болка • Флатуленция • Метеоризъм

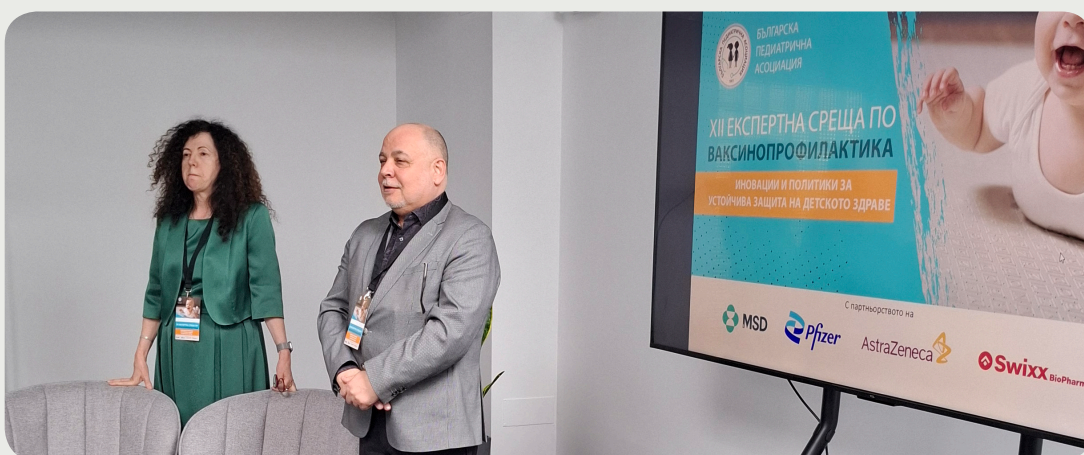
Майчината кърма е най-добрата храна за кърмачето. Всяка майка трябва да е убедена в предимствата на кърменето, както и в поддържането на здравословен начин на живот и хранене.

Информация само за медицински специалисти.

www.friso.bg



ПРОВЕДЕ СЕ ДВАНАДЕСЕТАТА ЕКСПЕРТНА СРЕЩА ПО ВАКСИНОПРОФИЛАКТИКА



На 20 февруари 2026 г. се състоя Дванадесетата експертна среща по ваксинопрофилактика, организирана от Българска педиатрична асоциация (БПА). **Тазгодишното издание премина под надслов „Ваксинопрофилактика 2026: иновации и политики за устойчива защита на детското здраве“** и по традиция събра водещи специалисти в областта на имунопрофилактиката, представители на Министерство на здравеопазването на Република България, както и на компаниите – вносителите на ваксини в България.

Събитието бе открито от проф. д-р Иван



Литвиненко, председател на БПА, и доц. д-р Йорданка Узунова, председател на Организационния комитет на експертната среща. В приветствията си те подчертаха значението на устойчивите имунизационни политики, междуинституционалното сътрудничество и активната комуникация с родителите като ключови фактори за поддържане на висок ваксинационен обхват. Поздравителен адрес изпрати д-р Николай Брънзалов, председател на Български лекарски съюз, който изрази увереност, че дискусиите по време на срещата ще доведат до ценни практически изводи и практически решения, които ще подпомогнат лекарите и ще допринесат за оптимизирането на ваксинопрофилактиката у нас.

Форумът премина в три тематични панела, в рамките на които бяха обсъдени постигнатите резултати, актуалните предизвикателства и бъдещите посоки за развитие на ваксинопрофилактиката у нас. В рамките на **първия панел „Ваксинопрофилактиката в България: резултати и предизвикателства“** д-р Кремена Пармакова представи анализ на изпълнението



на Имунизационния календар за 2025 г., а доц. д-р Йорданка Узунова обобщи успехите и предизвикателствата в имунопрофилактиката в България през погледа на БПА. Модератор на панела бе проф. Ани Кеворкян, която насочи дискусията към конкретни практически решения.

Вторият панел „Имунизационни политики и достъп: фокус върху уязвимите и специфичните групи“ постави акцент върху равнопоставения достъп до ваксини и необходимостта от дългосрочни политики. Проф. д-р Ива Христова изнесе доклад на тема „Ваксинопрофилактиката като постоянен приоритет, а не кризисна мярка“, подчертавайки нуждата от стратегическа визия и устойчиво финансиране.

Проф. д-р Ани Кеворкян разгледа въпросите, свързани с ваксинацията при деца с хронични заболявания – наличност на ваксини, механизми на финансиране и практически бариери пред семействата.

Доц. д-р Атанас Мангъров представи актуални данни и препоръки относно противогрипната ваксинация в детска възраст.

Д-р Данчо Пенчев акцентира върху мерките за подобряване на ваксинационния об-



хват сред уязвими групи, а проф. д-р Радка Аргирова постави фокус върху превенцията на детето чрез майката и значението на имунизациите по време на бременност. Модератор на панела бе доц. Рада Маркова. **Последният панел „Иновации и системни решения във ваксинопрофилактиката“** бе посветен на технологичните и комуникационните решения в подкрепа на имунопрофилактиката и бе модерирал от д-р Илия Тасев.

Адв. Ивайло Сотиров разгледа ролята на дигитализацията и нормативната рамка в процеса на проследяване и управление на имунизациите. Ивайло Стойчев представи възможностите на Национална здравно-информационна система (НЗИС) по отношение на данни, проследимост и контрол. Проф. д-р Цонко Паунов акцентира върху комуникацията като ключов елемент за повишаване на доверието и преодоляване на дезинформацията.

Благодарение на изнесените доклади и активните дискусии във всеки панел бяха формулирани конкретни предложения за подобряване на имунопрофилактиката в България – включително мерки за повишаване



на обхвата, оптимизиране на електронната проследимост и засилване на информационните кампании. В рамките на следващия месец ще бъде изготвено официално становище с препоръки, което ще бъде представено на съответните институции.

Българската педиатрична асоциация изказва специална благодарност към партньорите на събитието – MSD, Swiix BioPharma, Pfizer и AstraZeneca – за тяхната подкрепа и ангажираност към развитието на ваксинопрофилактиката в България.



ДОЦ. ОКОЛИЙСКИ ВЪЗСТАНОВЯВА ОБЩЕСТВЕНИЯ СЪВЕТ ЗА ДЕТСКАТА БОЛНИЦА



Министър Околийски предприе първи стъпки за възстановяване на Обществения съвет за изграждане на Национална детска болница. Това стана по време на свикана от него работна среща с представители на бившия Обществен съвет за изграждане на Националната детска болница.

„Искам да Ви помоля за кредит на доверие. Хоризонтът на служебното правителство е кратък, но вярвам, че заедно можем да поставим релсите за композицията на успеха. Аз и екипът ми сме готови да реализираме необходимите промени, за да конституираме отново Обществения съвет като гарант за прозрачността и качеството на проекта“, заяви министър Околийски.

Представителите на съвета – както от лекарското съсловие, така и от гражданския сектор – изложиха своите виждания как работата на един такъв съвет би могла да бъде ефективна. Като ключов фактор те посочиха необходимостта от ясен механизъм за координация и комуникация, както и за своевременно предоставяне на информация и документация по проекта от страна на Здравната инвестиционна компания и Министерството към Обществения съвет.

Министър Околийски предложи като първа конкретна стъпка към възстановяване на работата на Съвета изготвянето на предложения за изменения в Правилника за организацията и дейността му, така че да бъдат гарантирани прозрачност, ефективност и устойчив механизъм за обществен контрол върху реализацията на проекта за Национална детска болница.

ЗАПОЧНА КАНДИДАТСТВАНЕТО ЗА „ТЕРАПЕВТИЧНА КОМУНИКАЦИЯ В ПЕДИАТРИЯТА 2.0“



След големия интерес и успешното първо издание на обучителната програма „Терапевтична комуникация в педиатрията“, Фондация „За Доброто“, Нов български университет (НБУ) и СБАЛ по детски болести „Проф. д-р Иван Митев“ обявяват старта на Второто ѝ издание.

Обучението включва 45 академични часа теория и практика и е насочено към специалисти, които работят с деца в болнична среда. Кандидатстването е отворено до 15 април 2026 г., като ще бъдат избрани 30 участници. Програмата се реализира чрез стипендиантски модел: 70% от таксата се поема от Фондация „За Доброто“, а 30% - от участниците.

Програмата се реализира с подкрепата на Българската педиатрична асоциация.

Пълна информация и форма за участие ще намерите на сайта: zadobroto.com

ДОЦ. ЙОРДАНКА УЗУНОВА: „НЕОБХОДИМ Е ПО-ШИРОК ТЕРАПЕВ- ТИЧЕН ИЗБОР НА МЕДИКАМЕНТИ“

БНТ, Новините



Пред БНТ доц. д-р Йорданка Узунова, началник на Клиниката по педиатрия към УМБАЛ „Лозенец“, коментира разширяването на списъка с безплатни лекарства за деца до 7 години: „Много малко

медикаменти могат да бъдат изписани безплатно. И когато ти си лекар и прецениш, че за тази болест е необходим един медикамент от дадена група, но него го няма, по-лесно е да минеш на бяла рецепта, а не на рецепта по НЗОК“, посочва тя и подчертава, че макар инициативата да е положителна стъпка, обхватът остава ограничен и невинаги позволява избор на най-подходящия медикамент. Според нея това затруднява лекарите при предписване на терапия по НЗОК и често налага изписване на лечение извън списъка.

Доц. д-р Узунова подчерта, че е необходим по-широк терапевтичен избор и регистрация на повече медикаменти от различни класове, което ще улесни лекарите да избират най-доброто лечение.



Д-Р БРАДИНОВА: „ДО МЕСЕЦ СЕ НАДЯВАМ ДА ЗАПОЧНЕМ НЕОНАТАЛНИЯ СКРИНИНГ ЗА ОЩЕ ТРИ ВРОДЕНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ“

БНР



„Още три нови редки заболявания ще бъдат включени в Националната програма за неонатални скринингови тестове, до един месец се надявам да започнем с тях, тестовете вече са поръчани“, заяви пред БНР д-р Ирена Брадинова, специалист по медицинска генетика.

Д-р Брадинова уточни, че до този момент у нас се е провеждал скрининг за фенилкетонурия, вроген хипотиреоидизъм и врогена надбъбречнокорова хиперплазия, а сега се включват още три – спинална мускулна атрофия, муковисцидоза и тежки вродени имунодефицити, като ще се изследват 100% от новородените. „Важно е да се мисли за включването в скрининга и на „вродените грешки на обмяната“ – една група, обединяваща над 30 заболявания, които могат да се открият с един-единствен тест“, допълни тя.

ЯНА ШЕРДЕНОВА: В ДЕТСКАТА БОЛНИЦА В БУРГАС СЕСТРАТА ТРЯБВА ДА Е ЗАЩИТНИК НА ДЕТЕТО И ДОВЕРЕНО ЛИЦЕ НА РОДИТЕЛИТЕ

БНР



„Все още набираме специалисти за Детската болница в Бургас – лекари, медицински сестри, рентгенови и клинични лаборанти“, каза пред Zdrave.net Яна Шерденова, основен координатор по сформирание на екипа от професионалисти по здравни грижи в новопостроената Детска болница „Св. Анастасия“ – Бургас. „Към момента продължаваме активно да търсим медицински сестри. Основното изискване е да имат силна мотивация за работа с деца, както и желание за професионално развитие. Дотук виждаме силен интерес от медицинските сестри както от региона, така и от други градове“, допълни тя. Шерденова поясни, че в началото на март предстои подаване на документи за разрешение за дейност на болницата, а в средата на март – обявяване на конкурси за избор на главна сестра и старши сестри на клиники и отделения.





unicef 
за всяко дете

Знаем, че няма универсално ръководство за родители.

УНИЦЕФ, в партньорство с Министерството на здравеопазването и водещи медицински специалисти в областта на ранното детско развитие, създадохме първото по рода си в България

БЕЗПЛАТНО ПРИЛОЖЕНИЕ ЗА РОДИТЕЛИ

Представяме ви **Беб660**

Надежден помощник за проследяване на растежа и насърчаване на развитието на детето от 0 до 6 г.



Може да проследява напредъка на детето в достигането на важните постижения в развитието от 0 до 6 г.



Позволява лесно да се проследяват и записват имунизациите на детето, както и да се задават напомнания за предстоящи ваксинации.



Може да се въведат височина и тегло, за да се наблюдава растежа на детето.



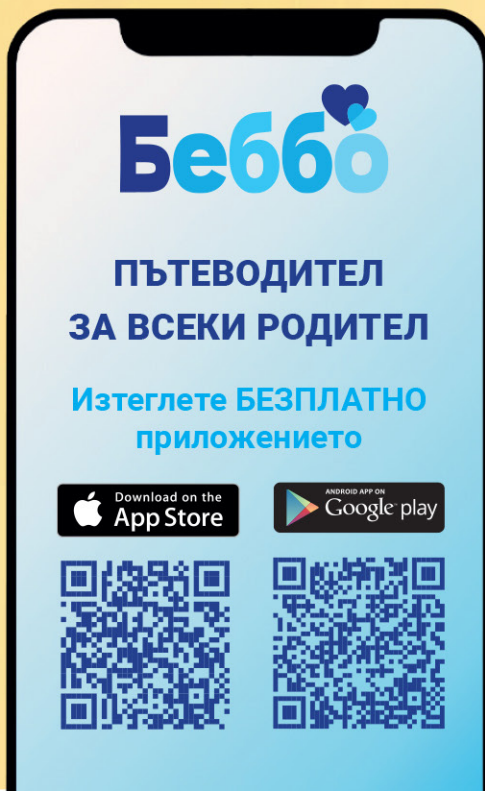
Може да съхранява информация за посещенията на детето при лекаря.



Приложението предлага ежедневни игри и идеи, които да помогнат на детето да развива своя потенциал.



Приложението предлага експертни съвети за родители, съобразени с възрастта на детето.



С подкрепата на Министерството на здравеопазването



Д-р Стефан Енчев:

„Педиатрията е наука,
но и много сърце – баланс между
професионализъм, търпение
и човечност“



Д-р Стефан Енчев завършва медицина в Медицински университет – София, където през 2021 г. придобива образователно-квалификационна степен „магистър“. Професионалния си път започва през март 2022 г. като лекар-ординатор в Клиниката

по педиатрия на УМБАЛСМ „Н.И. Пирогов“. От 2023 г. е специалист по педиатрия, а от 2024 г. отговаря за научната дейност в клиниката.

Участва активно във форуми и семинари, посветени на детското здраве. Професионалните му интереси са насочени към спешните състояния в детска възраст, инфекциозните заболявания, кардиологията и хематологията.

Защо решихте да бъдете лекар?

Още в ранните ми детски години проявявах интерес към химията. Това беше благодарение на баба ми, която ми показваше елементарни химични реакции в домашни условия. Като млада тя е мечтаела да следва медицина, но анатомията я отказва и се насочва към химията и завършвайки МЕИ като инженер-химик. Именно тя първа разпали любопитството ми към природните науки.

Може да прозвучи клиширано, но не мога да отрека и влиянието на два популярни сериала от детството ми – „Спешно отделение“ и „Д-р Хаус“. Още помня как уикендите всяка седмица, след новините по БНТ (тогава Канал 1), се излъчваше „Спешно отделение“. За да опиша какво означаваше този сериал за мен, бих използвал англий-

ския израз „gateway drug” – това беше моят „gateway drug” към медицината. Интересът ми се задълбочи още повече с „Д-р Хаус” – впечатляваха ме клиничните случаи, диагностичните загадки, логиката и търсенето на причината зад симптомите.

С времето увлечението ми към науката и медицината се превърна в осъзнат избор. Когато дойде моментът на въпроса „Какво ще следвам?”, вече знаех отговора – медицина. Решението не беше импулсивно, а естествено продължение на всичко, което ме беше формирало – семейната среда, любопитството към науката и вдъхновението от екрана към образа на лекаря.

Специализирате педиатрия. Коя бе причината да я изберете?

В момента съм в края на третата си година като специализант по педиатрия в Клиниката по педиатрия към УМБАЛСМ „Н.И. Пирогов”.

За мнозина педиатрията е една от най-тежките специалности – изисква огромна отговорност и търпение, емоционално натоварваща е и невинаги е съпроводена с адекватно възнаграждение. Работата с деца е различна – те са чисти души, искрени до болка, уязвими, но и изненадващо силни. Да видиш как едно дете оздравява и как

усмивката се връща на лицето му е усещане, което трудно се описва с думи...

Избрах педиатрията, защото обичам вътрешната медицина – обичам „разнищването“ на клинични случаи и търсенето на причината зад симптомите. Вярвам също, че грижата за децата е най-ценната инвестиция в бъдещето – както за тях самите, така и за обществото ни.

Лично за вас какво е педиатрията?

Педиатрията е отговорност и доверие. Това е да посрещнеш не само пациент, а цяло семейство, изплашено и търсещо надежда. Тя е наука, но и много сърце – баланс между професионализъм, търпение и човечност.

Педиатърът според вас трябва да е...

Спокоен, търпелив и комуникативен. Да умее да изслушва, да обяснява разбираемо и да действа уверено дори в напрегнати ситуации. И най-вече – да помни, че срещу него стои дете, а не просто диагноза.

С какви трудности се сблъсквате като специалист?

Работата в детско спешно звено е специфична и определено не е за всеки. Тя изисква бързо и прецизно вземане на решения,



защото при децата времето често е решаващ фактор. Това налага постоянна концентрация и води до сериозно физическо и психическо натоварване.

След дежурство понякога човек има нужда просто да остане сам и да си отгъхне. В същото време обаче трябва да се отделя време за четене, за награждаване на знанията и усъвършенстване на уменията, както и за срещи с близки и приятели.

За мен най-голямото предизвикателство е намирането на баланс – между работата, ученето и личния живот. Стремя се да го постигна, защото знам, че устойчивият напредък в медицината е маратон, а не спринт.

Вярват ли Ви пациентите, когато Ви видят колко сте млад?

В началото понякога има известно съмнение – напълно естествено е родителите да искат най-доброто за детето си. Но когато покажеш компетентност, човечност и готовност да помогнеш, доверието идва. То се печели с отношение и професионализъм.

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

Както цялата ни здравна система, така

и детската ѝ част носи своите недостатъци, които пряко влияят на грижата за най-малките пациенти. **Според мен основните проблеми са няколко:**

- **Ниска здравна култура сред родителите.**

Все още липсва достатъчно активна здравна просвета както от страна на държавата, така и в общопрактикуващата помощ. Много родители нямат достъп до достоверна информация или не знаят кога и как да реагират при заболяване, което води до излишни хоспитализации и тревожност.

- **Недостатъчна квалификация и липса на актуализация на знанията при част от специалистите в доболничната помощ.**

Наблюдава се нежелание или невъзможност за редовно обучение и опресняване на знанията, което затруднява ранната диагностика, лечението и проследяването на чести детски заболявания. Това пренатоварва болниците и е проблем не само за педиатрията, а за системата като цяло.

- **Липса на Национална педиатрична болница.**

Това е структурен проблем с реални последици за пациентите. Ще дам обикновен пример – Клиниката по детска онкохематология в УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ е

отделена от детската хирургия в УМБАЛ-СМ „Н.И. Пирогов“, въпреки че работата им е тясно свързана. Онкологично болни деца често трябва да се транспортират между болници за консултации и интервенции, което е рисково за тяхното крехко състояние и излишно административно натоварване за медицинския персонал по веригата.

- **Недостатъчно финансиране на педиатрията.**

Педиатричните клинични пътеки са едни от най-ниско финансираните в системата. Средствата за деца остават недостатъчни, а бъдещето на страната ни очевидно не е поставено като реален приоритет.

- **Сериозен недостиг на педиатри.**

Липсата на млади специалисти и адекватна политика за стимулиране на интереса към тази специалност водят до претоварване на малкото налични кадри, а в дългосрочен план – до риск от недостиг на качествена грижа.

Всички тези фактори влияят директно върху качеството на помощта, която предоставяме на най-важните пациенти – нашите деца. Решения има, но те изискват последователност, държавна политика, инвестиции и желание за промяна.

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

Бих искал да видя детското здравеопазване в България изградено върху устойчива, модерна, базирана на науката система, която поставя детето и семейството в центъра на грижата. За мен промяната не е само въпрос на финансиране – тя е въпрос на подход, организация и мислене. Всеки от нас, който работи в педиатрията, има отговорност да се стреми към развитие, защото именно от нашите ежедневни действия зависи доверието на обществото и качеството на услугата, която предоставяме.

Искам да допринеса за повече образовани, спокойни и информирани родители, които не лекуват по интернет, а по препоръките на специалисти. Вярвам, че педиатърът трябва да бъде не само лекар, но и учител – човек, който обяснява достъпно, превежда през болестта, дава насоки за профилактика и здравословни навици. Ако успеем да изградим такъв модел на комуникация, ще намалим ненужните хоспитализации и ще повишим общото доверие в системата.

Бих искал активно да работя за повишаване на квалификацията – своята и на колегите. Смятам, че редовните обучения, курсове, клинични дискусии и обмен на опит са ключови за модерната медицина.



На лично ниво, промяната, към която се стремя, е да бъда по-добър специалист всеки ден – да слушам, да мисля критично, да се усъвършенствам. Големите реформи започват с малки крачки – с начина, по който преглеждаш едно дете, с думите, които казваш на родителя, с решенията, които взимаш в напрегнат момент.

Вярвам, че ако всеки от нас промени нещо в себе си и средата около себе си, системата постепенно ще се промени също. А аз искам да бъда част от тази промяна.

За какво мечтаете като млад специалист?

След придобиването на специалност по педиатрия бих искал да се насоча и към тясна специализация, макар че все още не съм избрал конкретна област.

Искам да се утвърдя като уверен и компетентен специалист, който предоставя съвременна и адекватна грижа на своите пациенти. Искам да продължа да се развивам професионално и един ден да предавам знанията и опыта си на по-младите колеги.



НАСИЛИЕТО НАД ДЕЦА: РОЛЯТА НА ПЕДИАТЪРА

Включете се в обучителните срещи

Обученията ще дадат практически насоки за разпознаване на различните форми на насилие над деца, комуникация с детето и неговото семейство, алгоритъм за действие при съмнение за насилие и работа с институциите. Обучители са д-р Райна Томова и Катя Кръстанова, а всеки участник ще получи практическото ръководство „Насилието над деца – ролята на педиатъра“. Инициатори на обучението са Сдружение „Големите и малките“ в партньорство с Българската педиатрична асоциация.

Пловдив: 14-15 март 2026 г.

Велико Търново: 12-13 юни 2026 г.

За повече информация и записване:

+359 878 660 587

Проект „Насилието над деца: ролята на педиатъра“ се изпълнява в рамките на проект INSPIRE: Подобряване на националната подкрепа за превенция, интервенция, и отговор на насилието над деца, и овластяване на жертвите и е съфинансиран от Европейския съюз и фондация „Работилница за граждански инициативи“ (ФРГИ).

КОРЕМНАТА БОЛКА ПРИ ДЕЦАТА – ПАТОГЕНЕЗА И КЛИНИЧНА КАРТИНА

О. Бранков

Хирургична клиника МБАЛ „Токуда“, София

Коремната болка при децата е една от най-честите причини родителите да търсят помощ в педиатричните или спешни звена. Нашата основна задача е да разграничим функционалните от хирургичните причини, тъй като лечебният подход и рисковете се различават съществено. Функционалните болки са доброкачествени и са свързани с висцерална свръхчувствителност, психологични фактори и дисрегулация на оста черво – мозък, базирана на невроимунната регулация и микробиома. За разлика от тях хирургичните състояния са свързани с остър или хроничен възпалителен процес, или с механична обструкция.

Въведение

Болката е неприятно сетивно и емоционално усещане, свързано с разностепенно

увреждане на тъканите и се причинява от гразнене на ноцицепторите при различни патологични процеси в тялото. Тя е защитен механизъм и служи като сигнал за настъпваща опасност за организма.

Коремната болка е сред най-честите оплаквания в детската възраст и представлява значително диагностично предизвикателство. Средно 25% от децата съобщават за болки, чиято интензивност нарушава тяхната активност и ги принуждава да търсят медицинска помощ. Само малък процент обаче е свързан с хирургичен проблем. Трябва да се подчертае, че „коремната болка е симптом, а не диагноза“, което изисква систематичен подход. Основната задача на клинициста е да различи функционалните от хирургичните болки, тъй като последните могат да прогресират бързо и да изискват спешна намеса. Децата често се затрудняват да локализират и опишат болката, което прави клиничната оценка още по-решаваща.

Причините за коремната болка се делят на:

- абдоминални (заболявания на коремните органи);
- екстраабдоминални или проведени (заболявания на плевра, бял дроб или перикард);
- психогенни.

Класификацията Rome IV от 2016 г. представя критериите за функционалните разстройства на дигестивния тракт в детската възраст. Тя включва: функционална коремна болка, синдром на раздразненото черво, функционална диспепсия и абдоминална мигрена. Изтъква се ролята на микробиома в двупосочното взаимодействие между централната нервна система и чревния тракт, който може да се нарече ентерична нервна система, или т.нар. ос черво – мозък (gut-brain axis).

Оста черво – мозък е съставена от следните компоненти: ентерична нервна система с прилежащия чревен микробиом и централна нервна система, а двустранната комуникация включва автономната нервна система, както и имунни и хормонални пътища. Чревните бактерии произвеждат невромедиатори, които влияят на болката и психиката. При функционалните болки водещи механизми са дисбиозата, пониженият праг на болката и нарушената централна координация, доминирано от стреса.

Функционалните коремни болки са доброкачествени, рецидивиращи и често свързани с психоемоционални фактори. Типичните особености включват дифузна или периумбиликална болка, нормотермия, хематохезия и/или загуба на тегло. При тези деца

физикалният преглед е нормален, без данни за перитонеално гразнене, а особено характерно е, че между епизодите на оплакванията общото състояние на детето е добро. В основата на патогенезата на функционалната коремна болка лежи т.нар. висцерална свръхчувствителност, тъй като червата имат богата мрежа от нервни окончания, които при някои деца реагират прекомерно на нормални стимули – газове, спазъм, разтягане. Сигналите се предават към мозъка като болка, въпреки че няма структурно увреждане. Към това се прибавя централната модулация на болката, като различни емоционални фактори усилват нейното възприемане. Тези фактори нарушават чревната моторика и пораждаат разнообразни абдоминални оплаквания.

Критерии за функционална коремна болка по Rome IV:

- Най-малко 2 епизода през последните 6 месеца
- Интензивна, периумбиликална или дифузна болка, продължаваща ≥ 1 час
- Интервалите между пристъпите са без симптоми
- Придружаващи симптоми: анорексия, гадене, повръщане, бледост
- Липса на доказателства за друго заболяване

Хирургичните фактори за коремна болка Включват: възпаление, тъканно увреждане, механично разтягане и чревна обструкция. При процеси като апендицит, холецистит или панкреатит се излъчват възпалителни медиатори (простагландини, цитокини, брадикинин), които активират ноцицепторите в коремните органи. Перитонеумът реагира с дифузна болезненост и предизвиква т.нар. симптом на перитонеално гразнене (познат в клиничната практика като признак на Блумберг). Характерна е появата на тревожни симптоми като внезапна, силна, прогресираща болка, съпроводена от гадене или повръщане, понякога и жлъчно. Това насочва клиничното мислене към вероятна хирургична причина.

Участие в процеса вземат също и механични фактори, които са основни при някои състояния като чревна непроходимост, инвагинация или волвулус. Разтягането на чревната стена активира механорецепторите, перисталтиката се нарушава, като натрупването на газове и течности увеличава вътрешното налягане и усилва тяхното гразнене. При странгулационния илеус или инвагинацията исхемията на червото предизвиква силна и прогресираща болка. Критичен момент в тези случаи е увреждането на ендотелната бариера, което води до повишена съдова пропускливост, исхе-

мия, възпаление и бактериална транслокация с последващо септично състояние. На таблицата е представена диференциалната диагноза при функционалните и хирургични коремни болки.

Таблица. Диференциалната диагноза при функционалните и хирургични коремни болки.

Характеристика	Функционални	Хирургични
Начало	Постепенно	Внезапно
Локализация	Дифузна	Локализирана
Температура	Липсва	Често повишена
Повръщане	Рядко	Често, понякога жлъчно
Нощни събуждания	Липсват	Чести
Физикален преглед	Нормален	Перитонеално гразнене

Заклучение

Разграничаването между функционални и хирургични коремни болки е от съществено значение за правилното клинично поведение. Функционалните болки са резултат от невронна и психоемоционална дисрегула-

ция, докато хирургичните състояния се базират на органно увреждане. Разбирането на ролята на оста черво – мозък подобрява диагностичната точност и насочва към по-ефективни стратегии за лечение. Тясното сътрудничество между общопрактикуващи лекари, детски хирурзи и гастроентеролози играе важна роля за оптимизиране на резултатите при това често срещано и трудно от диференциално-диагностична гледна точка състояние.

Библиография

1. Vernon-Roberts A, Alexander I, Day AS. Systematic review of pediatric functional gastrointestinal disorders (Rome IV criteria). J Clin Med. 2021;10(21):5087. doi:10.3390/jcm10215087.
2. Buel KL, Wilcox J, Mingo PT. Acute abdominal pain in children: evaluation and management. Am Fam Physician. 2024 Dec;110(6):621-631. PMID: 39700366.
3. Korterink JJ, Diederens K, Benninga MA, Tabbers MM. Epidemiology of pediatric functional abdominal pain disorders: a meta-analysis. PLoS One. 2015 May 20;10(5):e0126982.
4. Naser M, Nasr MM, Shehata LH. Severe abdominal pain in pediatrics. Int J Progress Sci Adv Technol. 2024;47(2):190-204.



WWW.PEDIATRIA-BG.EU

· НОВИНИ · ИНТЕРВЮТА · СТАНОВИЩА · СЪБИТИЯ · СТАТИИ



ДИАГНОСТИЧНА СТОЙНОСТ НА ALEX2 ПРИ АСТМА В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ: КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ С ПОЛИСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ

М. Блажева, П. Костова, В. Папочиева,
Кр. Генкова, Г. Петрова

Клиника по педиатрия,
УМБАЛ „Александровска“
Катедра по педиатрия,
Медицински университет – София

Въведение

Бронхиалната астма в детската възраст представлява значим медико-социален проблем поради своята висока честота, вариabilно протичане и влияние върху качеството на живот [1-3]. В значителна част от случаите заболяването е свързано с IgE-медиурирана алергична сенсibiliзация, което подчертава ролята на ранната и прецизна алергологична диагностика за оптимизиране на терапевтичното поведение [1, 2].

Развитието на молекулярната алергология разшири диагностичните възможности при деца с астма, особено при пациенти с ком-

плексни клинични прояви или недостатъчен контрол на симптомите [4, 5]. Мултиплексният серологичен тест ALEX2 позволява едновременно изследване на специфични IgE-антитела срещу широк спектър от екстрактивни и молекулярни алергени, като по този начин предоставя детайлен сенсibiliзационен профил [6]. Това улеснява разграничаването между първична сенсibiliзация и кръстосана реактивност и подпомага клиничната интерпретация при полисенсibiliзирани пациенти и съответно – по-прецизни индивидуализирани насоки към начина на живот [7, 8].

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

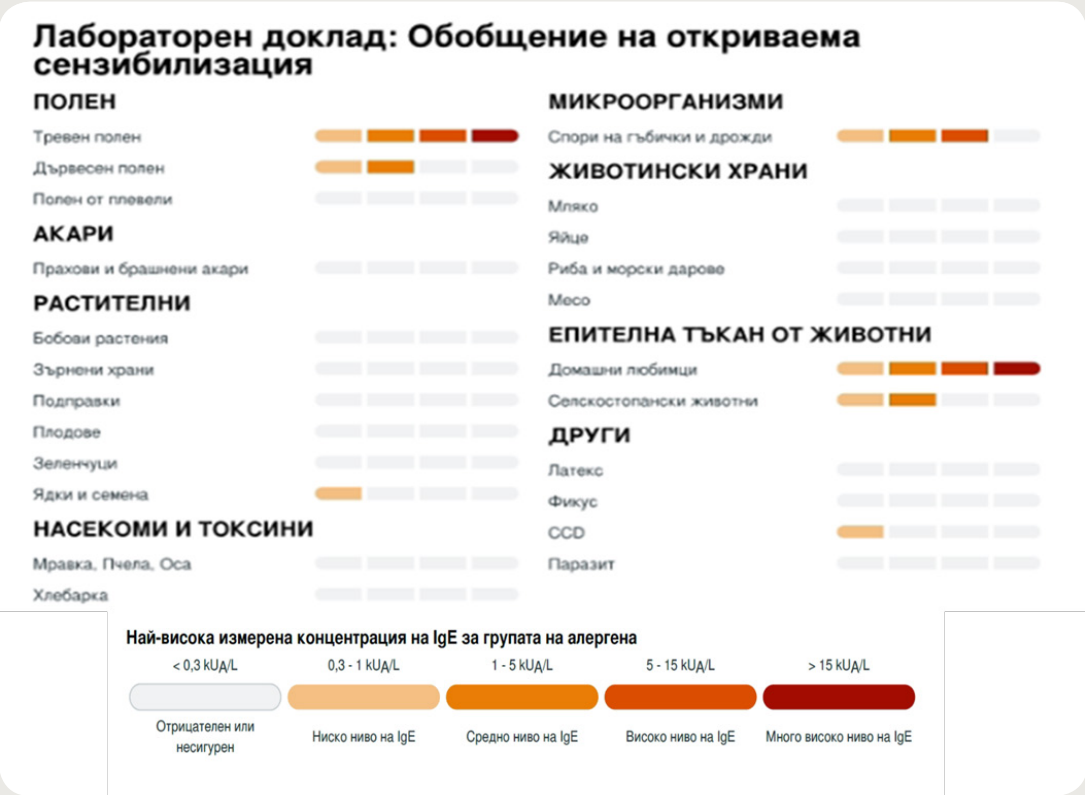
Представяме момче на 17-годишна възраст, родено от втора нормално протекла бременност, с тегло при раждане 3600 g, без данни за перинатални усложнения. Физическото и нервно-психичното развитие са съответни за възрастта. Детето е фамилно обременено за алергични (майка с алергия към полимери и лакове) и онкологични заболявания (сестра със синовиален сарком). Минали заболявания: варицела на 3-годишна възраст, апендектомиран на 6-годишна възраст.

От около 5-годишна възраст момчето е с рецидивиращи епизоди на бронхиална

обструкция, проявяваща се със свиркане в гърдите, суха кашлица и задух, провокирани от физическо натоварване, респираторни инфекции и експозиция на инхалаторни раздразнители. Доказана инфекция с *Mycoplasma pneumoniae* през ноември 2024, а месец по-късно е потвърдена диагнозата бронхиална астма и е започнато лечение с комбиниран инхалаторен препарат във висока доза. След единадесет месеца детето е отново хоспитализирано в детска клиника на УМБАЛ „Александровска“ поради нова екзацербация с прогресивно засилване на кашлицата, нощна симптоматика и задух. При постъпването е в средно-тежко общо състояние. Аускултаторно се установяват отслабено везикуларно дишане с удължен експириум и сухи свиркащи хрипове двустранно. Сатурацията на кислород е 90%. Останалият физикален статус е без съществени отклонения.

От лабораторните изследвания не се установяват данни за повишена възпалителна активност (нормални стойности на CRP, SAA), без отклонения в биохимичните показатели с изключение на значително повишени стойности на общ IgE – 1502 kU/L. Кръвно-газовият анализ потвърждава налична хипоксемия при нормокапния. На рентгенографията на бял дроб се обективизират данни за бронхит с изразена обструкция.

От функционалното изследване на дишането – обструктивен вентилаторен дефект, с положителен бронходилататорен отговор над 16%. Микробиологичните изследвания са негативни с изключение на положителни IgG за *Mycoplasma pneumoniae*. С оглед уточняване на алергологичния профил е проведено молекулярно алергологично изследване с ALEX2, което установява изразена полисенсibilизация (Фигура 1). От тестваните 294 алергени 24 са над граничната стойност от 0.3 kUA/L.



Фигура 1. Обобщен резултат на откриваема сензибилизация при пациента. Много високо ниво на IgE срещу тревен полен и домашни любимци; високо ниво срещу спори на гъбички и дрожди и средно ниво срещу дървесен полен и селскостопански животни.

В детайли резултатите показват наличие на IgE-антитела към множество инхалаторни и хранителни алергени, включително компоненти от групата PR-10, характеризиращи се с висока степен на кръстосана реактивност. Установена е също сенсibiliзация към съхраняващи протеини (2S албумини, 7/8S и 11S глобулини), които са клинично значими поради стабилността си при термична обработка и асоциацията си с по-тежки алергични реакции.

Наличието на IgE към липокалинови алергени и секретоглобини насочва към сенсibiliзация към животински алергени, които са известен рисков фактор за персистиращи респираторни симптоми и астма. Отчетената сенсibiliзация към CCD (кръстосано реактивни възлехидратни детерминанти) се интерпретира като клинично маловажна, в съответствие с литературните данни (Таблица 1).

Проведено е лечение със системен кортикостероид, инхалаторен бета-2 агонист, кислородотерапия и симптоматични средства. Отчита се бързо клинично подобрение и нормализиране на физикалния статус. Пациентът е изписан в добро общо състояние с препоръки за продължаващо инхалаторно лечение, алергологично проследяване, избягване на установените

Таблица 1. Обобщени резултати на пациента с компонентите с положителен резултат и клинична интерпретация.

Алергенна група	Представителни компоненти / тип	Резултат	Клинична интерпретация
PR-10 протеини	Bet v 1–подобни молекули (бреза и кръстосано реактивни дървесни поени) резултанот за	Положителен	Данни за първична сенсibiliзация към брезов полен; висока кръстосана реактиеност с леска, елша, бук, дъб, габър; риск от орален алергичен синдром
Хранителни PR-10	Сурови плодове, ядки, зеленчуци	Положителен	Възможни леки до умерени реакции при консумация на сурови храни; алергените са термолабилни
Съхраняващи протеини	2S албумини, 7/8S глобулини, 11S глобулини	Положителен	Клинично значима сенсibiliзация; риск от системни реакции; включително тежки; алергените са термостабилни
Липокалини	Животински инхалаторни алергени	Положителен	Свързвни с персистиращи респираторни симптоми и астма; знячими при експозиция в закрити помещения
Секретоглобини	Животински елителни алергени	Положителен	Асоциирани с астма и хронични респираторни прояви при деца
Общ IgE	Кръстосано реактивни въглехидратни детерминанти	Положителен	Обикновено клинично незнаними; възможни фалшиво положителни резултати
Общ профил		1502 kU/L	Значително повишен;
Общ профил	Положителен за 24 алергена	Положителен за 24 алергена	Тежка полисенсibiliзация

алергени и индивидуализиран подход към дългосрочния контрол на астмата.

Дискусия

Бронхиалната астма в детска възраст често е асоциирана с IgE-медиуирана алергична сенсibiliзация, като при част от пациентите се установява сложен и хетерогенен алергологичен профил [1-3]. В тези случаи конвенционалните диагностични методи, базирани на екстрактни алергени, могат да бъдат недостатъчни за прецизна клинична интерпретация [4, 5]. Представеният клиничен случай илюстрира добавената

диагностична стойност на молекулярното алергологично профилиране чрез тест ALEX2 при дете с персистираща астма и изразена полисенсibiliзация [6].

Резултатите от ALEX2 показват доминираща сенсibiliзация към PR-10 протеини, което насочва към първична сенсibiliзация към брезов полен (Bet v 1-подобен профил) [4, 5]. Bet v 1 представлява прототип на всички алергени PR-10 и е основен сенсibilizатор в районите с експозиция на брезов полен. Това позволява ясно разграничаване между клинично значима първична сенсibilзация и кръстосана реактивност към други дървесни полени (леска, елша, бук, дъб и габър) и растителни храни – информация, която не би могла да бъде получена единствено чрез стандартни кожно-алергични тестове или серологични изследвания с екстракти [4, 8]. Този молекулярен подход има особено значение при интерпретацията на хранителни алергии (пресни плодове, ядки, зеленчуци и бобови растения), при които PR-10 сенсibilизацията обикновено се асоциира с леки до умерени, локализирани реакции [8].

От друга страна, установяването на сенсibilзация към съхраняващи протеини (2S албумини, 7/8S и 11S глобулини) има съществена клинична значимост поради тяхната

термостабилност и асоциация с по-тежки, системни алергични реакции, включително анафилаксия [4, 5]. Алергени от тези семейства се съдържат в бобовите растения, ядките и семената. Идентифицирането на тези молекулярни компоненти чрез ALEX2 позволява по-точна стратификация на риска и аргументира необходимостта от по-строг хранителен режим и повишено клинично наблюдение [5, 8].

Наличието на IgE-антитела към липокалини и секретоглобини допълнително подчертава ролята на инхалаторните животински алергени като поддържащ фактор за хронично възпаление на дихателните пътища и персистираща астматична симптоматика [7, 9]. В този контекст ALEX2 допринася за по-добро разбиране на факторите, влияещи върху контрола на астмата, и подпомага вземането на решения, свързани с ограничаване на експозицията и дългосрочното терапевтично поведение [6, 7]. Пациентът е посъветван да избягва контакт с домашни любимци (котки и кучета), а при невъзможност за осъществяване – да се направи алерген специфична имунотерапия и прием на антихистамини.

Отчетената сенсibiliзация към CCD, макар и честа при полисенсibiliзирани пациенти, се интерпретира като клинично

незначима, което отново подчертава предимството на молекулярната диагностика за избягване на свръхдиагностика и ненужно рестриктивни препоръки [4, 8].

Заклучение

Представеният клиничен случай демонстрира, че ALEX2 е ценен диагностичен инструмент при деца с астма и комплексен алергологичен профил. Чрез детайлно молекулярно профилиране тестът подпомага прецизната диагноза, индивидуализирания терапевтичен подход и оптимизирането на дългосрочния контрол на заболяването – това е в съответствие с принципите на персонализираната медицина в педиатрията [6, 7, 9].

Библиография

1. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2024.
2. Papadopoulos NG, Custovic A, Cabana MD, et al. Asthma. Nat Rev Dis Primers. 2022;8(1):48.
3. Burbank AJ, Sood AK. Pediatric asthma: epidemiology, diagnosis, and management. Curr Opin Pediatr. 2021;33(3):273–281.
4. Matricardi PM, Kleine-Tebbe J, Hoffmann HJ, et al. Molecular allergology user's guide: Update 2022. Allergy. 2022;77(7):1961–1997.

5. Barber D, Díaz-Perales A. Molecular allergen profiling and component-resolved diagnostics: an update. *Clin Exp Allergy*. 2021;51(6):822–831.
6. Lupinek C, Wollmann E, Baar A, et al. Advances in allergen-microarray technology for diagnosis and monitoring of allergy: the MeDALL and ALEX platforms. *Expert Rev Clin Immunol*. 2020;16(9):863–873.
7. Westman M, Lupinek C, Bousquet J, et al. Mechanisms and clinical relevance of molecular allergology in childhood asthma. *Pediatr Allergy Immunol*. 2023;34(1):e13932.
8. Fernández-Rivas M. Cross-reactivity between allergens: phenotypes, molecules, and clinical relevance. *J Allergy Clin Immunol*. 2020;146(5):1090–1102.
9. Kariyawasam HH, Rotiroti G, Mason D, et al. The role of precision medicine in pediatric asthma management. *Pediatr Pulmonol*. 2022;57(1):59–71.

април

Единадесета педиатрична среща „С грижа за децата“

Кога: 23-26 април 2026 г.

Къде: х-л Воя Бийч Ризорт, Св. Влас

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

май

Шеста научна конференция „Генетика в клиничната практика“

Кога: 14-17 май 2026 г.

Къде: Несебър, Аква Парадайз Ризорт

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

XXVII Национална конференция за педиатри и ОПЛ с международно участие

Кога: 22-25 май 2026 г.

Къде: Слънчев бряг

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



юни

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

Кога: 12-14 юни 2026 г.

Къде: Велико Търново

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

септември

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

Кога: 4-6 септември 2026 г.

Къде: Бургас

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

Дванадесета педиатрична среща „С грижа за децата“

Кога: 24-27 септември 2026 г.

Къде: х-л Воя Бийч Ризорт, Св. Влас

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





октомври

**XVI Национална конференция
по спешна педиатрия**

Кога: 9-11 октомври 2026 г.

Къде: х-л Wave Resort, Поморие

Организира се под егидата на БПА, Катедра по педиатрия и медицинска генетика на МУ – Пловдив и Клиниката по педиатрия на УМБАЛ „Свети Георги“ –Пловдив.

ноември

**XXIV Научно-практическа конференция
„Горещи точки в педиатрията“**

Кога: 6-8 ноември 2026 г.

Къде: Русе

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

Пед Педи Педиа Педиатрия

www.spisanie-pediatria.com



pediatria-spisanie.eu

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

ЧЛЕНСТВО В БПА | 2026 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 2026 г. членският внос е в размер на 60.00 евро, 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 BPBI 7940 1043 5312 01

BIC: BPBI BGSF

Сума за внасяне:

60.00 (шейсет) евро

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.

ИЗИСКВАНИЯ ЗА ПУБЛИКАЦИЯ В ПЕДИАТРИЯ ПЛЮС

Приемат се за публикуване: материали за рубриките „За практиката“ и „Клиничен случай“, както и кратки научни съобщения.

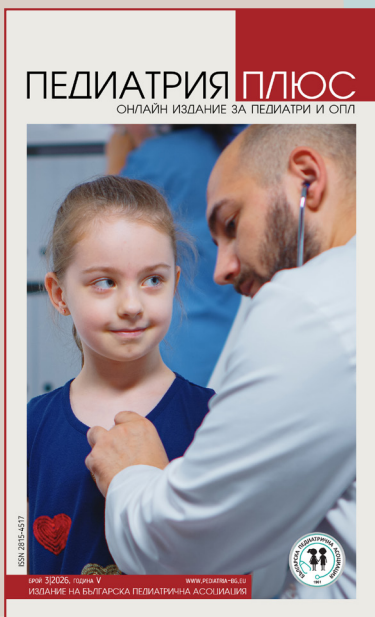
Обем на публикациите: до 8 000 знака. Няма специфични изисквания за размера и вида на шрифта, разстоянието между редовете, полета и друго оформление.

Всяка статия започва със заглавие (без съкращения), имена на авторите (без посочване на академични и други титли), тяхната месторабота, обозначена с цифров индекс.

Цитиранията на библиографските източници в текста (до 10) се обозначават с цифри в квадратни скоби по реда на появата им. Библиографията се подрежда по реда на поява на източниците в текста. Изписването на всеки източник е на нов ред с арабска номерация. Ако цитираната статия има повече от 3 автори, се посочват имената само на първите трима и след това се използва съкращението „и др.“ или „et al.“. Данните се оформят във Ванкувър стил.

Илюстративният материал (таблицы, фигури, снимки) се поставя на съответните места в текста със заглавия и легенди на български език. Заглавията на фигурите не трябва да са включени в изображението. Необходимо е снимките да бъдат с добро качество (поне 300 dpi) и подходящ формат (.jpg, .tif, .png). Таблиците трябва да бъдат предоставени във формат, който да може да се редактира, а не като изображения.

Публикациите може да подавате на имейл:
pediatria.bg@gmail.com



Главен редактор:

проф. д-р Даниела Авджиева-Тзавелла

Редакционна колегия:

проф. д-р Иван Литвиненко

проф. д-р Гергана Петрова

проф. д-р Илияна Пачева

доц. д-р Йорданка Узунова

д-р Мерзюл Халилова

Отговорен редактор:

Весела Славчева

Издава:

Българска педиатрична асоциация

Дизайн и предпечат:

vever.studio

Адрес:

София, ул. "Коста Лулчев" 20, Вх. А

Тел.: +359 878660587

e-mail: pediatria.bg@gmail.com

www.pediatria-bg.eu