

ПЕДИАТРИЯ ПЛЮС

ОНЛАЙН ИЗДАНИЕ ЗА ПЕДИАТРИ И ОПЛ



ISSN 2815-4517

БРОЙ 9|2025, ГОДИНА IV

WWW.PEDIATRIA-BG.EU

ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ



НА ФОКУС

Интервю с г-р Явор Пукалски

3

НОВИНИ

14

ИЗБРАНО ОТ МЕДИИТЕ

22

МЛАДИТЕ ПЕДИАТРИ

Интервю с г-р Маргарита Николова

28

ЗА ПРАКТИКАТА

**Антибиотична резистентност
и практически насоки за
антибиотична употреба**

Б. Георгиева, Г. Петрова

35

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

**Висцерална лайшманиоза в детска възраст:
да мислим по-често за нея**

Ив. Нейчева, М. Спасова, Н. Спасов,
А. Шишманова, Л. Чочкова, П. Маркова,
Ц. Цветанова, Д. Вучев, Т. Шмилев

53

Календар на събитията на БПА | 2025

67



Д-р Явор Пукалски:

„СРЕДНО ПО 75 ДЕЦА
ПРЕМИНАВАТ ПРЕЗ КАБИНЕТА
НА ДЕНОНОЩИЕ“

С д-р Явор Пукалски – началник на Отделението по детска ортопедия и травматология към УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“, разговаряме за това кои са най-честите травми в детската възраст, как се променя лечението на фрактури в детска



Възраст през последните години, защо добрата профилактика е „по-добра от всяка терапия“ и какво мотивира един лекар да остане отгаден на тази трудна, но безценна професия.

Д-Р ПУКАЛСКИ, РАЗКАЖЕТЕ НИ ПОВЕЧЕ ЗА ОТДЕЛЕНИЕТО ПО ДЕТСКА ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ В УМБАЛСМ „Н. И. ПИРОГОВ“, КОЕТО ОГЛАВЯВАТЕ. КОЛКО ДЕЦА ГОДИШНО ПРЕМИНАВАТ ПРЕЗ НЕГО? КОИ СА НАЙ-ЧЕСТИТЕ ОРТОПЕДИЧНИ И ТРАВМАТИЧНИ ПРОБЛЕМИ, С КОИТО СЕ СБЛЪСКВАТЕ В СПЕШЕН И АМБУЛАТОРЕН КОНТЕКСТ?

През спешния кабинет годишно минават над 27 000 деца (27 405 за 2024 г.), което ще рече по средно 75 преминали за денонощие. Разбира се, наблюдава се и известна сезонност – през лятото сме достигали до над 140 прегледа за денонощие, докато през зимата има дни, в които „падаме“ под 50 пациента.

Фрактурите на предмишницата, лакътя и пръстите са най-честите проблеми, макар че има и немалко деца със счупвания на нивото на глезена. Раните също са изключително често наблюдавани. Това важи особено за летните месеци, когато децата ходят леко облечени и почти всяко падане върви ръка за ръка най-малкото с охлузване.



КАКТО КАЗАХТЕ, ПИКЪТ НА ДЕТСКИЯ ТРАВМАТИЗЪМ Е ПРЕЗ ЛЯТОТО. КОИ ДЕЦА СА НАЙ-РИСКОВИ И МОЖЕ ЛИ ДА СЕ ОЧЕРТАЯТ НЯКАКВИ ТЕНДЕНЦИИ?

Малките деца обикновено идват с леки, банални травми, свързани с падане от собствен ръст. Дисталната предмишница и лакътят са най-често травмираните зони. Във възрастовата група на 6-12-годишните вече започваме да забелязваме малки различия в честотата при идването пола. Момчетата определено стават по-буйни. Игри с топка, тротинетка и падания с колело стават все по-честа причина за посещения в спешния кабинет. Тази тенденция за дихотомия се изостря в тийнейджърските години. За съжаление, последните години зачестяват високоенергийните травми – най-вече от електрически тротинетки, но също така от мотори, колела, дори автомобили, управлявани от безразсъдни младежи. С увеличаването на енергията на травмата започваме да говорим за множество и тежки травми. Такива, които са рискови за живота или крайника на пациента.

КАК СЕ ПРОМЕНИ ПОДХОДЪТ КЪМ ЛЕЧЕНИЕТО НА ФРАКТУРИ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ ГОДИНИ? ИМА ЛИ НОВИ ТЕНДЕНЦИИ ИЛИ МЕТОДИКИ, КОИТО ВЕЧЕ ПРИЛАГАТЕ В ПРАКТИКАТА СИ?



Тенденциите, наблюдавани в световен мащаб, са валидни и за България. В борбата за отличен резултат и 100% възстановяване сме склонни на все по-малко компромиси с позицията на фрагментите. Макар че все още болшинството фрактури в детска възраст се лекуват консервативно, по-агресивният хирургичен подход е лайтмотивът в развитите държави. Две са основните причини за това. От една страна, хирургичното лечение изключва или намалява грастично риска от лошо зарастване. От друга – фиксацията на фрактурите дава възможност за скъсяване или пълно елиминиране на нуждата от имобилизация, намалявайки периода на възстановяване и улеснявайки родителите в грижата за детето.

От технологична гледна точка, през последните 6-7 години имаше бум на резорбируемите импланти, който се наблюдаваше и при нас. Ентусиазмът на детските травматолози в тази посока, обаче, сякаш почна да затихва. Проследяването в световен мащаб показва някои недостатъци, които стесняват терапевтичната ширина на тези изделия. А и цената на такива иновативни продукти си остава доста висока за нашите стандарти.





ИМА ЛИ СЛУЧАИ, В КОИТО ТРАВМИТЕ ПРИ ДЕЦА ОСТАВАТ НЕДООЦЕНЕНИ В ПЪРВИЧНАТА ПОМОЩ? КАКВО ТРЯБВА ДА НАБЛЮДАВАТ ПЕДИАТРИТЕ СЛЕД ТРАВМА, ЗА ДА НЕ ПРОПУСНАТ СЕРИОЗЕН ПРОБЛЕМ?

Да, за съжаление, доста често се сблъскваме с такива ситуации. Кое то е донякъде разбираемо, защото комплексната оценка на една травма невинаги може да бъде извършена без пълноценния набор изследвания, дори и от опитен травматолог. Важното е, ако има каквото и да е съмнение за подлежащ по-сериозен проблем, пациентът да бъде насочен към съответното травматологично звено за преоценка.

Няколко са нещата, които съветвам да бъдат проследени в динамика:

- Съдов статус (периферни пулсации, капилярн феномен);
- Неврологичен статус (моторен и/или сензитивен дефицит);
- Тежест на отока. В немалко отношения, може би най-същественото.

А КАКВА Е РОЛЯТА НА ПЕДИАТЪРА В РАННОТО ОТКРИВАНЕ НА ОРТОПЕДИЧНИ АНОМАЛИИ, КАТО НАПРИМЕР ДИСПЛАЗИЯ НА ТАЗОБЕДРЕНАТА СТАВА ИЛИ ПЛОСКОСТЪПИЕ?

Ключова! По лични впечатления, в София отличната колаборация с личните лекари и тяхната висока информираност на практи-



ка водят до нива на профилактика, надвишаващи средноевропейските. За съжаление, има много места в страната, за които не мога да кажа същото. Покрай кампанията за безплатни прегледи „Детско здраве“ на СЛК и УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ съм се сблъсквал с региони, в които проблемът е остро изразен. Включително съм провеждал разговори с родители, информирани се от интернет за необходимите профилактични прегледи и на които им е отказвано направление за ортопедичен преглед на бебето след раждането, тъй като „това са глупости и няма нужда“. И докато при еластичното плоско ходило забавянето на диагнозата не крие никакви съществени рискове, при вродената дисплазия на ТБС това не е така. Редно е първият ортопедичен/ехографски преглед да се извърши около 40-тия ден след раждането (20-60 дни е приемлива времева рамка). Самият проф. Граф, измислил най-популярния в Европа метод за УЗ-диагностика на дисплазията на тазобедрената става, казва, че е добре „при рискови случаи първият преглед да е дори още в родилния дом“.

ОТ НЯКОЛКО ГОДИНИ В „ПИРОГОВ“ СТАРТИРАХТЕ ИНИЦИАТИВАТА АКАДЕМИЯ ЗА РОДИТЕЛИ „ПЪРВА ПОМОЩ ЗА МАЛКИТЕ ГЕРОИ““, В КОЯТО ВИНАГИ СЕ ВКЛЮЧВАТЕ ДЕЙНО. КАКЪВ Е ИНТЕРЕСЪТ НА РОДИТЕЛИТЕ И НА КАКВО ГИ УЧИТЕ?



Да, вече трета година се опитваме да дадем на родителите важни теоретични и практически насоки, касаещи реакциите им в спешни ситуации. Травматологията винаги е част от програмата. Специалисти от анестезиология и реанимация, педиатрия, детска хирургия и изгаряния също се включват според сезонността на патологията в периода на провеждане на обучението. За всяко издание са налице обучаващи от поне три различни специалности. В началото започнахме по-плахо – с по 20-25 желаещи. Но интересът доста се повиши и вече запълваме максималната бройка от 50 души за изключително кратко време, което наложи тази година да пуснем още две гати, които също са пълни. Тоест – 150 души. Изхождайки от обратната връзка с участниците, смятам, че повишеният интерес се дължи на удовлетвореността им от обучението и споделянето на впечатления с техни близки и приятели, както и на отличната информационна кампания, водена от пиара на болницата – Мария Пойразова.

КАКВО Е МНЕНИЕТО ВИ ЗА ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В БЪЛГАРИЯ?

Смятам, че има върху какво да се работи. Финансиране, обучение, достъпност, техническа обезпеченост... Не мисля, че един брой на „Педиатрия плюс“ ще стигне да



кажа Всичко, което мисля по въпроса. Това, което прави положително впечатление в последно време, е, че поне се говори по този въпрос. И то постоянно, а не ударно. Години наред проблемите на детското здравеопазване се „замитаха под килимчето“, докато на се случеше някоя издънка. После – няколко гръмки фрази и обещания, и пак постарому. Искане ми се да вярвам, че излизаме от този порочен кръг. Ясно е, че политически оттенък винаги ще има във всяко едно голямо решение в здравеопазването (а и не само). Всеки, който смята нещо различно, е или наивен, или по-лошо... Въпросът е ангажираните във взимането на решения хора да поставят на първо място общото благо, а не собствените си амбиции.

СЛЕД ТОЛКОВА ГОДИНИ РАБОТА ИМАТЕ ЛИ НИКАКВА ПРОФЕСИОНАЛНА МЕЧТА ИЛИ ТАКАВА, КАСАЕЩА ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ?

Да, за сигурност и стабилност – в системата, сред колегите, навсякъде. Стресът от ежедневната работа с пациенти е достатъчен и без постоянните парамедицински тревоги. Ще стигне ли бюджетът на НЗОК? Разкриването на поредната болница ще открадне ли още 1 или 2 сестри от недостатъчния персонал? А санитарите? И това е само върхът на айсберга...



И НЯКОЛКО ПО-ЛИЧНИ ВЪПРОСА. ЗАЩО ИЗБРАХТЕ ОРТОПЕДИЯТА ЗА ВАША СПЕЦИАЛНОСТ И ПРОФЕСИЯ?

Винаги съм знаел, че искам да съм лекар и то в хирургична специалност. Баща ми е коремен хирург, а майка ми акушер-гинеколог, така че, предполагам, имам някаква фамилна обремененост, свързана с хирургията. От момента, в който записах медицина, по съвет на родителите ми започнах паралелно работа в спешното хирургично отделение на ВМА – София. Там имах възможността да се сблъскам с много и различна патология, да натрупам опит и, в крайна сметка, да реша, че точно травматологията е специалността за мен. Разбира се, съдбата също си каза своето. По време на следването никога не съм си представял, че ще работя с деца. Даже напротив. По стечение на обстоятелствата попаднах в Детската травматология на УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“, уж, за кратко, но мигновено разбрах, че именно с това искам да се занимавам.

КАКВО ВИ МОТИВИРА В ЛИЧЕН И ПРОФЕСИОНАЛЕН ПЛАН?

Може да звучи като клише, но желанието ми да предоставя най-добрата грижа за пациентите, да ги видя напълно възстановени и усмихнати. Тази амбиция изисква доста жертви в личен план, защото работата е



с наистина голям интензитет – ситуация, която съм убеден, че е идентична при много колеги. В този ред на мисли, подкрепата на съпругата ми, която не просто толерира работната ми „програма“, но и прави всичко по силите си, за да ме облекчи, е може би нещото, което ме поддържа най-много.

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

Бих ги поздравил за отдадеността, уменията и устойчивостта им. И бих ги посъветвал, когато са изтощени, да се опитат да се фокусират върху радостта и удовлетворението, които работата с деца носи. С примера си те създават имиджа на лекаря такъв, какъвто трябва да бъде, и се надявам, че той ще бъде оценен.



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.

МЗ ВЪВЕЖДА ЕЛЕКТРОННА СИСТЕМА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА ИМУНИЗАЦИИТЕ



Министерството на здравеопазването въвежда електронна система за разпределяне, заявяване, отпускане и отчитане на ваксини за задължителни и целеви имунизации и реимунизации. Тя ще създаде единна среда за обмен на информация между МЗ, регионалните здравни инспекции и лечебните заведения, които изпълняват Имунизационния календар.

Въвеждането на електронната система премахва редица досегашни задължения за лекарите, като годишните планове и отчетите на хартиен носител. От 1 септември отпада и воденето на книгата за профилактични имунизации, както и вписването на данните в имунизирани паспорти и лични амбулаторни карти. Промените в Наредба №15 за имунизациите в Р България бяха обнародвани в „Държавен вестник“.

ПЪРВОТО ДЕТЕ СЛЕД АЛОГЕННА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ В КДКХО СЛЕД 3-ГОДИШНО ПРЕКЪСВАНЕ



Първото дете след алогенна костно-мозъчна трансплантация беше изписано от Трансплантационния сектор на Клиниката по детска клинична хематология и онкология на УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“. Това е първата подобна трансплантация след 3-годишно прекъсване.

Пациентът е 4-годишно момченце с рецидив на остра лимфобластна левкемия. „Оттук нататък предстои стриктно проследяване на пациента, заболяването и действието на присадката. Най-важни са първите 100 дни – обясни доц. д-р Боряна Аврамова, началник на клиниката. – До края на октомври предстоят още три алогенни костно-мозъчни трансплантации.“ Това означава, че след 3-годишно прекъсване дейността ще бъде възстановена в пълния ѝ обем. Поздравяваме колегите от КДКХО и им желаем още по-големи професионални успехи!

СПАСИХА 4-ГОДИШНО МОМИЧЕНЦЕ С КАМЪНИ В ЖЛЪЧКАТА ЧРЕЗ ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАН МЕТОД



Детето се е оплаквало от остри болки в корема и повръщане. След поредица от тежки кризи 4-годишното момиче е било откарано в спешния педиатричен кабинет на АСК УМБАЛ Токуда. Детето веднага е било консултирано от д-р Кремена Гроздева, детски гастроентеролог в Клиниката по педиатрия. След поредица от изследвания се диагностицира дилатация на интра и екстрахепатални жлъчни пътища и конкременти (жлъчни камъни) в общия жлъчен канал. Изборът на лечение е провеждане на ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография (ERCP), което е високоспециализирана процедура, извършваща се от гастроентеролози, лекуващи възрастни пациенти. Заслугата за успешната интервенция е на проф. д-р Петко Карагьозов, началник на Клиниката по гастроентерология, и д-р Гроздева.

ЕВРОПЕЙСКАТА АКАДЕМИЯ ПО ПЕДИАТРИЯ (ЕАР) ОТПРАВЯ ГЛОБАЛЕН ПРИЗИВ: ЗАЩИТА НА ВСЯКО ДЕТЕ



На фона на продължаващите хуманитарни кризи, Европейската академия по педиатрия (ЕАР) излиза със своя позиция, приета от Изпълнителния комитет на Академията на 25 август 2025 г.

В становището си ЕАР отправя глобален призив за защита на всички деца по света, съгласно международното хуманитарно право и медицинската етика, включително и децата, засегнати от последствията във военните и кризисни зони.

„В светлината на продължаващата заплаха за децата в ивицата Газа, ние настоятелно призоваваме всички страни в конфликта да се ангажират, без забавяне, със следните мерки:

- Пълно спазване на международното хуманитарно право, като се гарантира като приоритет защитата на основните права на децата – на живот, здраве, образование и достойнство;
- Незабавно и трайно прекратяване на огъня и военните действия;
- Бързо освобождаване на всички заложници; Защита на медицинските заведения, здравните работници, хуманитарния персонал и училищата – те не бива да бъдат третиранни като военни цели;
- Пълно, безопасно и безпрепятствено предоставяне на хуманитарна помощ, включително храна и медицински консумативи, със справедливо разпределение сред нуждаещите се.

Българската педиатрична асоциация напълно подкрепя изявлението на ЕАР и се присъединява към отправения призив за защита на всички деца по света.

ИЗЛЕЗЕ НАРЪЧНИКЪТ „НАСИЛИЕТО НАД ДЕЦА: РОЛЯТА НА ПЕДИАТЪРА“

Наръчникът е разработен в рамките на проект „Насилието над деца – ролята на педиатъра“, който 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).

Изданието предлага: конкретни индикатори за разпознаване на различните форми на насилие; психологически и практически насоки за общуване с деца и родители при съмнение за насилие; алгоритъм за действие и докладване, който подпомага лекарите да реагират бързо, адекватно и в съответствие със закона.

Наръчникът е създаден от мултидисциплинарен екип – педиатри, психолози, правни експерти, и има за цел да даде на медицинските специалисти увереност и практическа подкрепа в трудни ситуации, в които една правилна реакция може да промени съдбата на дете.

Изданието е качено и в електронен вариант на сайта www.golemiteimalkite.bg

ПОДОБРЕНА СРЕДА ЗА МАЛКИТЕ ПАЦИЕНТИ В „ПИРОГОВ“



Клиниката по педиатрия на УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ вече разполага с обновена среда и нови мебели, осигурени чрез дарение от компанията Endava България.

Жестът има за цел да подобри комфорта както на малките пациенти по време на техния престой, така и на техните родители и близки. Новата обстановка ще допринесе и за по-добри условия на работа за екипа на клиниката.

Дарението беше прието от началника на клиниката доц. Ирен Цочева, която изрази благодарност за подкрепата и отбеляза, че подобни инициативи имат голямо значение за пациентите и медицинския персонал.

НОВ ПРОЕКТ ЗА ИНТЕГРИРАНА ГРИЖА ЗА ДЕЦА С ДИАБЕТ В БЪЛГАРИЯ



Стартира нов проект за подобряване на грижата за деца с диабет в България, реализиран от СБАЛДБ „Проф. д-р Иван Митев“, в партньорство с Фондация „За доброто“ и експертния екип на Future Values.

Инициативата въвежда модел за интегрирана грижа, който поставя пациента и неговото семейство в центъра на лечението. Проектът включва създаване на обучително пространство за деца и родители, анализ на настоящия модел на работа, за да се идентифицират ключовите предизвикателства в лечението и подкрепата, и разработване на предложение за ново финансиране, насочено към превенция и обучение. Вдъхновен от успешния опит на холандските клиники Diabeter, проектът цели по-добри здравни резултати, по-малко усложнения и по-пълноценен живот за децата с диабет, както и по-висока удовлетвореност на медицинските специалисти.

ПРОФ. Д-Р ЛИТВИНЕНКО: „ЩЕ НАСТОЯВАМЕ ЗА УВЕЛИЧЕНИЕ НА ФИНАНСИРАНЕТО НА ПЕДИАТРИЧНИТЕ ПЪТЕКИ“

MedicalNews



„Отново ще настояваме педиатричните пътеки да получат по-сериозно остойностяване, защото недофинансирането

им остава и прави впечатление на фона на други пътеки, които са доста по-добре заплатени. Надяваме се гласът ни да бъде чут, и БЛС да ни подкрепи да получим малко по-добър дял като процентно увеличение на пътеките. Това би задържало педиатрите. Иначе, ако те не виждат реализация, която да ги удовлетворява и във финансов аспект, ще заминат още по-лесно в чужбина, особено с взета специалност. Целта е да ги спечелим да работят в България“, споделя проф. д-р Иван Литвиненко, председател на БПА, в интервю за MedicalNews.

Д-Р ИЛИЯ МАНГЪРОВ: „ИСКАМ ДА ВЛОЖА НАТРУПАНИЯ ОПИТ В ИЗГРАЖДАНЕТО НА ЕФЕКТИВНО, МОДЕРНО И „ЧОВЕШКО“ ОТДЕЛЕНИЕ“

24 часа



Д-р Илия Мангъров, завеждащ Отделението по неонатология на УМ-БАЛ „Софиямед“, разказа пред 24 часа за новото си назначение: „Приемам тази своя нова роля

с чувство на отговорност, но и с голяма вътрешна мотивация. За мен това не е просто административна позиция, а е възможност да направя реална промяна, да създам условия за още по-добра грижа за най-малките пациенти и да подкрепя колегите си в тяхната работа. В болницата вече разполагаме с много добра база, която можем само да надграждаме. Вярвам, че добрият ръководител трябва не само да управлява, но и да бъде част от екипа – да може да чува, да води с личен пример и да насърчава развитието. За мен това е възможност да вложа натрупания опит в изграждането на едно ефективно, модерно и най-вече „човешко“ отделение, в което и персоналът, и родителите да се чувстват сигурни и подкрепени.“



Д-Р БОРЯНА ХРИСТОВА: „TIKТОК ТЕНДЕНЦИЯТА „ЧЕРВЕНА ВРАТА, ЖЪЛТА ВРАТА“ Е ОПАСНА ЗА ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ“

Nova News



В ефура на Nova News, в предаването „Твоят ден“, д-р Боряна Христова, педиатър в болница „Здравето“, коментира опасната TikTok тенденция „Червена врата, жълта врата“, която набира популярност сред децата и тийнейджърите:

„Има деца, които може да развият паник атаки, нарушения в съня или хранителните навици, да се дистанцират, да имат промяна в успеха в училище или в общото си състояние. Това са симптомите, които трябва да алармират родителите, че нещо се случва. Тогава трябва да потърсят лекарска помощ.“



Д-Р ЛИЛЯНА РАЙЧЕВА

С дълбока скръб съобщаваме за кончината на д-р Лиляна Райчева – дългогодишен педиатър в УМБАЛ „Александровска“ и преподавател в Катедра „Педиатрия“ на МУ–София. Д-р Райчева посвети повече от 35 години на грижата за децата и на обучението на млади лекари. Завършила медицина през 1973 г., тя придобива специалност „Детски болести“ през 1978 г., а през 2011 г. защитава и „Детска пневмология и фтизиатрия“. В продължение на дълги години ръководи направлението за лечение на деца с остри заболявания на дихателната система в Клиниката по педиатрия на УМБАЛ „Александровска“. Нейният професионализъм и отгаденост ѝ донесоха признание и място сред Best Doctors през 2011 г. (като педиатър) и през 2015 г. (като детски пулмолог).

Ще я помним като честен, съвестен и всеотдаен лекар, посветил целия си живот на децата и медицината. Поклон пред паметта ѝ!
УС на БПА изказва искрени съболезнования на близките на д-р Райчева.



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 **Be660**

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.



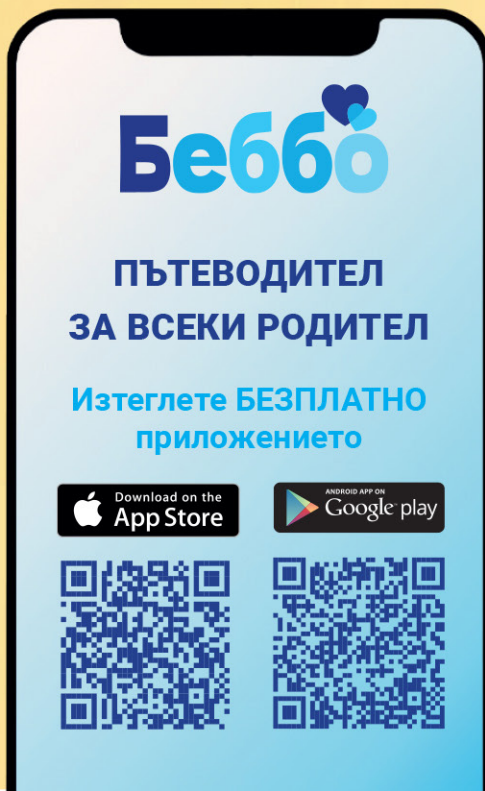
Може да съхранява информация за посещенията на детето при лекаря.



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

Ефектът COMBIOTIC®

Перфектната комбинация за здравословен растеж



1
Здравословна
чревна микробиота

2 Силна имунна
система

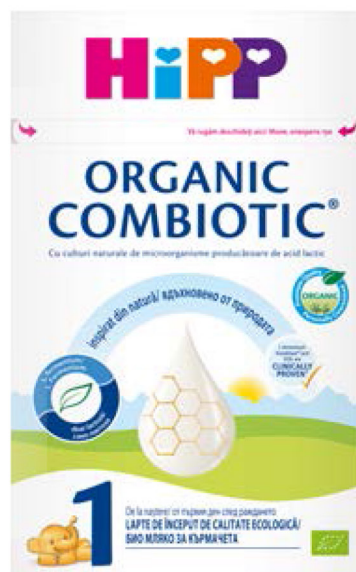
3 По-малко
инфекции



Джули, 10 месеца

HiPP COMBIOTIC® със синбиотично ефективни GOS и *L. fermentum осигурява:**

- 1. Здравословна чревна микробиота:**
подобна на тази при кърмените бебета¹
- 2. Силна чревна имунна система:**
повече секреторен имуноглобулин А
в изпражненията²
- 3. По-малко стомашно-чревни и
респираторни инфекции^{2,3,4}**



Повече информация за HiPP ORGANIC COMBIOTIC® може да намерите тук: hipp.com/hcp/combiotic

Литература: **1** Lagkouvardos et al. Am J Clin Nutr 2023; 117(2): 326–339. **2** Piloquet et al. Am J Clin Nutr 2024; 119(5): 1259–1269. **3** Maldonado J et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2012; 54(1): 55–61. **4** Gil-Campos M et al. Pharmacol Res 2012; 65(2): 231–238.

*GOS = Галакто-олигозахариди, *L. fermentum* = *Limosilactobacillus fermentum* CECT 5716

Важна информация: Кърменето е най-доброто за Вашето бебе. Възможно е да възникнат затруднения с кърменето при въвеждане на частично хранене с биберон или да се затрудни подновяването на кърменето след като бъде прекъснато. Употребата на преходна формула HiPP 2 ORGANIC COMBIOTIC® не замества кърменето и е допустима след 6-ти месец, само като част от разнообразното хранене и съобразно препоръките на Вашия педиатър.

Употребата на храни за кърмачета трябва да се извършва само по препоръка на педиатър или друг медицински специалист

Информация за медицински специалисти.



hipp.bg



Д-р Маргарита Николова:

„Педиатрията е грижа,
топлина и надежда в
най-чистата им форма“



Д-р Маргарита Николова завършва Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна през 2022 г. Специализацията ѝ по детска пневмология и фтизиатрия започва още през 2018 г. във Втора детска клиника на УМБАЛ „Света Марина“ – Варна. През 2019 г. след конкурсен изпит е приета като редовен докторант с тема

„Генотип-фенотип корелация при пациенти с кистозна фиброза“, която успешно защитава през 2024 г. През 2023 г. печели конкурс за редовен асистент към Катедрата по педиатрия.

Научните ѝ интереси са в областта на детската пулмология и хроничните белодробни заболявания – муковисцидоза и бронхиална астма.

Член е на Български лекарски съюз (БЛС), Българска педиатрична асоциация (БПА), Българско дружество по белодробни болести, European Respiratory Society (ERS), European Cystic Fibrosis Society (ECFS).

Защо решихте да бъдете лекар?

Като дете прекарвах много време в болницата в гр. Трън и всичко там ми беше интересно – майка ми, която „помагаше на бебетата да се родят“, баща ми, който караше линейката, болничната аптека, важните апарати, които „не се нипат“. В следващите години интересът към работата на майка ми се задържа, няхах търпение да ми разказва истории за пациенти, отделно и доста наблягах на филми и сериали с медицинска тематика. Когато дойде времето за професионална ориентация и подготовка за кандидатстване, вече знаех, че не бих работила нищо друго.

В момента приключвате специализация по детска пулмология. Коя бе причината да я изберете?

По време на следването в Медицинския университет харесвах доста специалности и за крайното ми решение помогна държавният стаж по педиатрия. Там усетих емоцията от работата с деца – тяхната неподправеност и чистота. От друга страна, хареса ми комуникацията с родителите, които ни доверяват най-ценното си. И не на последно място – лекарите, които работеха там, и чудесата, които правеха. След този стаж, вече нямах колебания, че педиатрията е за мен.

Лично за вас какво е педиатрията?

Призвание! Педиатрията е грижа, топлина и надежда в най-чистата им форма. Определено отговорността е огромна, но и удовлетворението от добре свършената работа е незаменяемо.

Педиатърът според вас трябва да е?

Отговорен, търпелив и емпатичен. Наистина е важно да успяваме да се поставим на мястото на детето, както и на това на родителите му, защото освен солидната теоретична и практическа подготовка, доверието и връзката с пациентите са съществени за добрия изход.

С какви трудности се сблъсквате като специалист?

За мен най-трудно е съчетанието на работата със семейните ангажименти, защото при нас тя не приключва с края на работния ден. Винаги има какво още да научим, да прочетем. Отделно смятам, че участията в обучения, особено в чужбина, ни дават възможност да бъдем още по-полезни за нашите пациенти, което отново е време, далеч от семейството. Трудност за младите е също прилагането на теорията в реалната практика, както и несигурността, поради липсата на опит. В тези моменти е наистина важно да имаме подкрепа от нашите ръководители и колеги.

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

Бих казала – да. Дори и да имат първоначален момент на недоверие, бързо разбират, че имаме една цел и че мога да им помогна. Пациентите търсят отношение, разбиране и обяснение. Важна е собствената ни увереност като лекари, но, разбира се, и да знаем, че в процеса на обучение имаме към кого да се обърнем за съвет.

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

Най-големият проблем е липсата на кадри. Затварят се цели отделения, в други пък малкото останал персонал се преработва, а тези, които са кадрово обезпечени, надвишават лимита си. В болницата, в която работя, тесните специалисти са в сградата, но не навсякъде е така. На пациентите им се налага да пътуват десетки или стотици километри за достъп до детски кардиолог, ендокринолог, невролог, а в много случаи това време е ценно.

Каква трябва да бъде според Вас Националната педиатрична болница?

Националната педиатрична болница трябва да е държавна, многопрофилна, с мултидисциплинарен екип. Ще бъде чудесно да има такава болница, дори две или три, но това няма да реши проблема с кадрите, грижата и условията в периферията. Тези болници ще поемат пациентите с тежки или редки заболявания, но останалите също имат нужда от качествена грижа, която в много области е невъзможна.

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

Освен условията на работа и програма за привличане на кадри, смятам, че българските пациенти за дезинформирани. Медиите



са съсредоточени върху трагедии, лекарски грешки, сензации. Част от пациентите разчитат на интернет за диагноза и лечение. Смятам, че има нужда от информационна кампания, която да насочи правилно пациентите, да ги информира каква е ролята на ОПЛ, какво означава неотложен кабинет, кои състояния са спешни, кога да повикат екип на спешна помощ и т.н. Това ще разпредели натоварването и по този начин ще има по-добра грижа за пациентите.

За какво мечтаете като млад специалист?

Мечтая да бъда част от медицината на бъдещето, в която здравеопазването, освен иновативно, е достъпно, ефективно и хуманно. Мечтая всяко дете да има шанс за пълноценен и щастлив живот... Благодарение на напредъка, който се случва пред очите ни – например съвременните терапии при муковисцидоза, спинална-мускулна атрофия и много други живото-ограничаващи заболявания, съм оптимист, че най-хубавото предстои.



НАСИЛИЕТО НАД ДЕЦА: РОЛЯТА НА ПЕДИАТЪРА

Сдружение „Големите и малките“ стартира проект „Насилието над деца: ролята на педиатъра“

Проектът е насочен към повишаване на знанията и уменията на медицинските специалисти, работещи с деца, за разпознаване, превенция и адекватна реакция при случаи на насилие над деца. **В рамките на проекта ще бъдат организирани специализирани обучения за медицински специалисти в София, Бургас и Велико Търново, както и презентации по темата в рамките на водещи педиатрични научни форуми в страната. Чрез тези дейности се цели достигането до по-широк кръг професионалисти и предоставянето на практически насоки за ранно разпознаване и адекватна реакция при случаи на насилие над деца.**

Повече информация в сайта:
www.golemiteimalkite.bg

Проект „Насилието над деца: ролята на педиатъра“ се изпълнява в рамките на проект INSPIRE: Подобриване 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).

АНТИБИОТИЧНА РЕЗИСТЕНТНОСТ И ПРАКТИЧЕСКИ НАСОКИ ЗА АНТИБИОТИЧНА УПОТРЕБА

Б. Георгиева, Г. Петрова
Клиника по педиатрия,
УМБАЛ „Александровска“
Катедра по педиатрия, МУ – София

Антимикробната резистентност (АМР) възниква, когато бактерии, вируси, паразити и гъбички придобият способност да устояват на действието на лекарства, предназначени да ги унищожат. Според Центъра за контрол и превенция на заболяванията (CDC) в САЩ, от 2019 г. насам всяка година се регистрират над 2,8 млн. инфекции, причинени от резистентни патогени, като вследствие на тях умират повече от 35 000 души. Когато се включи и *Clostridium difficile*, броят на инфекциите надхвърля 3 млн., а смъртните случаи достигат 48 000 [1]. Данни на Европейския център за превенция и контрол на заболяванията (ECDC) показват, че ежегодно над 35 000 европейци губят живота си пора-

ди инфекции, причинени от резистентни микроорганизми. Изчисления сочат, че въздействието на АМР върху общественото здраве в Европа е съпоставимо с комбинирания ефект от HIV/СПИН, туберкулоза и грип [2].

АМР е естествено развиващ се процес, чиято динамика зависи от множество фактори, но се ускорява значително от човешката дейност. За основен двигател се считат прекомерната и нерационална употреба на антимикробни средства в хуманната и ветеринарната медицина, селското стопанство, хранителната индустрия, както и замърсяването на околната среда. Допълнителни фактори са: ограничен достъп до чиста вода, канализация и хигиена за хора и животни; недостатъчна профилактика и контрол на инфекции в домакинствата, здравните заведения и фермите; ограничен достъп до качествени ваксини, диагностика и лекарства; липса на информираност и знания сред населението; както и неприлагане на съществуващото законодателство и национални програми. Особено уязвими са хората, живеещи в среди с ограничени ресурси, както и социално слабите групи, които понасят най-тежко последствията от АМР [3].

Съществува общопризната необходимост от инвестиции, насочени към подобряване

на употребата на антибиотици в световен мащаб и повишаване на осведомеността на здравните специалисти относно рационалното използване на антимикробните средства и АМР. В отговор на тази нужда Световната здравна организация (СЗО) публикува **The WHO AWaRe antibiotic book** – ръководство за антибиотична терапия при деца и възрастни. То предлага кратки, основани на доказателства препоръки за избор на антибиотик (АБ), дозировка, начин на приложение и продължителност на лечението за над 30 от най-често срещаните инфекции при деца и възрастни както в доболничната, така и в болничната практика [4].

В настоящия обзор представяме препоръките от AWaRe антибиотичната книга на СЗО за лечението на някои от най-разпространените заболявания при деца, с които педиатрите най-често се срещат в клиничната си практика

ОСТЪР БРОНХИТ

По дефиниция представлява самоограничаващо се инфекциозно заболяване на трахеята и бронхите, проявяващо се с кашлица с продължителност >5 дни до 1–3 седмици, със или без фебрилитет, но без клинични данни за пневмония. Най-често е с вирусна етиология и антибиотична терапия не се

препоръчва. Родителите следва да бъдат информирани, че кашлицата може да персистира до 3 седмици, без това да означава, че детето не се възстановява. Лечението е симптоматично – бронходилататори, муколитици и антитусивни средства. Кръвни, микробиологични и образни изследвания не са необходими; препоръчва се единствено извършване на тест за грип и COVID-19 в епидемична обстановка [4].

ОСТЪР СРЕДЕН ОТИТ

Представлява възпаление на средното ухо, което се среща най-често при деца <5 години поради анатомични особености и незрялост на имунната система, обикновено след вирусна инфекция на горните дихателни пътища. Най-често причинители са респираторни вируси и бактерии: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes* (група A). Рутинно лабораторни, микробиологични и образни изследвания не се препоръчват при липса на усложнения, но задължителен диагностичен метод е отоскопията.

Тъй като инфекцията често е вирусна, при леки симптоми – особено при деца над 2 години – се прилага симптоматично лечение (НСПВС, локални средства) и се следва стратегия на изчакване с проследяване след 48–72 часа. Антибиотична терапия е

показана при: тежка клинична симптоматика или влошаване, имунокомпрометиранни пациенти, двустранен отит при деца <2 години и кърмачета <6 месеца.

Антибиотик на първи избор: амоксицилин 80–90 mg/kg/24 ч или амоксицилин/клавуланова киселина перорално за 5 дни. Някои европейски и американски препоръки препоръчват по-продължителен курс – 7–10 дни – при някои пациенти <24 месеца [4–6].

ФАРИНГИТ

В над 80% от случаите е с вирусна етиология и протича като самоограничаващо се заболяване. При по-тежко клинично протичане – висока температура >38 °C, увеличени шийни лимфни възли и фарингеален ексудат – се предполага бактериален причинител, най-често *Streptococcus pyogenes* (група А, 20–30% от случаите), по-рядко *Streptococcus* групи С и G. Рядко се установяват и други инфекциозни агенти, като *Corynebacterium diphtheriae* (в някои страни), *Toxoplasma gondii* или Epstein-Barr virus (EBV).

Разработени са точкови клинични системи за оценка, при които при ≥ 3 –4 точки поради съмнение за *S. pyogenes* се препоръчва бърз стрептококов тест и/или микробиологично изследване на гърлен секрет.

При потвърдена бактериална етиология се включва антибиотично лечение (с цел превенция на усложнения като ревматизъм).

Антибиотици на първи или втори избор са: амоксицилин 80–90 mg/kg/24 ч,, цефалексин 25 mg/kg на 12 часа, кларитромицин 7,5 mg/kg на 12 часа перорално. Продължителността на терапията е 5–10 дни, като за постигане на микробиологично излекуване и елиминиране на причинителя се препоръчва 10-дневен курс [4, 6].

ОСТЪР СИНУЗИТ

Представлява възпаление на носната кухина и параназалните синуси, по-рядко срещано в детска възраст поради недобре развитите синуси в сравнение с възрастните. Най-честите причинители са респираторни вируси, а бактериалната етиология е по-рядка (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*).

Рутинни микробиологични, кръвни и образни изследвания не се препоръчват. Лечението в повечето случаи е симптоматично – локални средства, промивки на носа, НСПВС. Симптомите могат да персистират до 4 седмици, като цветът на секрета не е надежден критерий за разграничаване на вирусна от бактериална инфекция.

Антибиотично лечение се обмисля при:

симптоми, персистиращи или влошаващи се над 10 дни; тежко протичане – температура $\geq 39^{\circ}\text{C}$, гнойна секреция, главоболие ≥ 3 –4 последователни дни; рискови пациенти (с подлежащи хронични заболявания; клинични признаци за усложнения – интоксикация, персистираща температура $\geq 39^{\circ}\text{C}$, периорбитален оток и хиперемия, тежко главоболие или нарушено съзнание.

Антибиотици на първи избор са: амоксицилин 80–90 mg/kg/24 ч или амоксицилин/клавуланова киселина перорално за 5 дни [4].

ЛОКАЛИЗИРАН ОСТЪР БАКТЕРИАЛЕН ЛИМФАДЕНИТ

Антибиотик на първи/втори избор:

- амоксицилин 80–90 mg/kg/24 ч + клавуланова киселина перорално,
- амоксицилин 50 mg/kg/доза + клавуланова киселина венозно през 8 часа,
- цефалексин 25 mg/kg/доза на 12 часа перорално,
- клоксацилин венозно.

Продължителност на лечението: 5 дни [4].

ПЕРИОРБИТАЛЕН (ПРЕСЕПТАЛЕН) ЦЕЛУЛИТ

При леко до умерено тежко протичане и възраст >1 година повечето случаи могат да се лекуват амбулаторно.

Антибиотик на избор:

- амоксицилин 80–90 mg/kg/24 ч + клавуланова киселина перорално,
- амоксицилин 50 mg/kg/доза + клавуланова киселина венозно през 8 часа,
- цефалексин 25 mg/kg/доза на 12 часа перорално,
- или флоксацилин венозно.

Продължителност на лечението:

10–14 дни [4].

ПНЕВМОНИЯ, ПРИДОБИТА В ОБЩЕСТВОТО

Остро възпалително заболяване на белите дробове, проявяващо се с кашлица, тахипнея и/или диспнея, както и с новопоявили се или влошаващи се инфилтративни изменения на рентгенография.

Най-чести причинители са: респираторни вируси, „типични“ бактерии – *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, „атипични“ бактерии – *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydophila pneumoniae* (по-често при деца >5 години).

При леки случаи не се налагат микробиологични, кръвни изследвания и рентгенография, лечението е амбулаторно. При умерено тежки и тежки форми се препоръчват лабораторни изследвания и образна диагностика, включително хемокултура; обичай-

но изискват хоспитализация.

При деца <5 години: често причината е вирусна; при липса на имunosупресия или хронични заболявания може да се избегне АБ терапия.

При леки до умерено тежки случаи: амоксицилин 80–90 mg/kg/24 ч перорално.

При тежки случаи: амоксицилин/ампицилин 50 mg/kg/доза на 8 ч венозно + аминогликозид.

При липса на клиничен отговор в рамките на 48–72 часа: цефотаксим 50 mg/kg/доза на 8 ч или цефтриаксон 80 mg/kg/24 ч венозно/мускулно.

Продължителност на терапията за деца >6 месеца според последните препоръки е достатъчен курс от 3–5 дни, който е също толкова ефективен, колкото традиционните 7–10 дни [4, 6–8].

ИНФЕКЦИИ НА КОЖАТА И МЕКИТЕ ТЪКАНИ

(импетиго, еризипел, целулит;

инфекции след изгаряне;

леки инфекции след травми/ухапване)

Антибиотик на избор: Препоръчва се амоксицилин 80–90 mg/kg/24 ч или цефалексин 25 mg/kg/доза на 12 часа.

Продължителност на лечението: 5 дни (по-дълго при тежки случаи) [4].

ИНФЕКЦИИ НА ДОЛНИТЕ ПИКОЧНИ ПЪТИЩА

Антибиотик на избор: Препоръчва се амоксицилин 80–90 mg/kg/24 ч + клавуланова киселина или нитрофурантоин 2 mg/kg/доза на 12 часа перорално.

Продължителност на лечението: 5 дни [4].

ОСТЪР ГАСТРОЕНТЕРИТ

Обичайно е самоограничаващо се вирусно заболяване. Антибиотично лечение се прилага само при изразена кървава диария (дизентерия) или при имунокомпрометирани пациенти.

Препоръчвани антибиотици: ципрофлоксацин 15 mg/kg/доза на 12 часа – 3 дни; азитромицин 10 mg/kg/24 ч перорално – 4 дни; цефиксим 10 mg/kg/24 ч перорално – 5 дни; сулфаметоксазол/триметоприм 24 mg/kg/доза на 12 часа перорално – 5 дни, или цефтриаксон 80 mg/kg/24 ч венозно – 3 дни [4].

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ПРЕПОРЪКИ

През последните две години СЗО публикува и актуализира т.нар. AWaRe класификация на антибиотиците (фиг. 1), която ги разделя в три основни групи:

Access (Достъпни): антибиотици с по-тесен спектър на действие, ефективни срещу повечето чести патогени и с нисък по-

тенциал за развитие на резистентност.

Watch (Наблюдавани): антибиотици с по-висок резистогенен потенциал, които се препоръчват при по-тежки клинични случаи или при съмнение за инфекции, причинени от резистентни бактерии.

Reserve (Резервни): антибиотици, предназначени за лечение на животозастрашаващи инфекции и при доказани или силно подозирани полирезистентни щамове.

СЗО препоръчва поне 60% от всички предписвани антибиотици във всяка страна да принадлежат към групата Access [9].

ACCESS	WATCH	RESERVE
Пеницилини, вкл. в комбинация с β-лактамазни инхибитори /Ampicillin, Ampicillin/Sulbactam, Amoxicillin, Amoxicillin/clavulanic acid, Cloxacillin, Oxacillin, Meticillin, Benzylpenicillin, Nafcillin.../ Цефалоспоринови I ген. Аминогликозиди /Amikacin, Gentamycin/ Тетрациклини /Doxycycline, Tetracycline/ Линкозамиди /Clindamycin/ Имидазоли /Metronidazole i.v./p.o.; Tinidazole i.v./p.o. Сулфонамиди и триметоприм-деривати /Sulfadiazine, Sulfadiazine/trimethoprim, Sulfamethoxazole/trimethoprim/ Nitrofurantoin	Пеницилини /Azlocillin, Aspoxicillin, Carbenicillin, Mezlocillin, Piperacillin, Piperacillin/tazobactam/ Цефалоспоринови II ген. Цефалоспоринови III ген. Цефалоспоринови IV ген. Макролиди Карбапенеми /Meropenem, Imipenem, Doripenem, Imipenem/cilastatin, Panipenem/ Аминогликозиди /Kanamycin, Neomycin i.v./p.o., Tobramycin, Streptomycin i.v./p.o./ Тетрациклини /Lymecycline, Metacycline, Oxytetracycline, Chlortetracycline, Minocycline p.o./ Линкозамиди /Lincomycin/ Хинолони/Флоурхинолони Рифамицини /Rifampicin, Rifamycin p.o./i.v., Rifabutin/ Гликопептиди /Vancomycin i.v./p.o, Teicoplanin/ Fosfomycin p.o.; Fusidic acid	Монобактами /Aztreonam/ Карбапенеми /Meropenem/vaborbactam/ Тетрациклини /Minocycline i.v., Omadacycline, Eravacycline/ Цефалоспоринови III ген. /Ceftazidime/avibactam/ Цефалоспоринови V ген. Аминогликозиди /Plazomicin/ Полимиксини /Colistin i.v./p.o., Polymyxin B i.v./p.o./ Оксазолидинони /Linezolid, Tedizolid/ Гликопептиди /Telavancin, Oritavancin, Dalbavancin/ Липопептиди /Daptomycin/ Fosfomycin i.v.

Фиг.1. СЗО **AWARE** класификация на антибиотиците за 2023 [9].

Според годишния епидемиологичен доклад на ECDC за 2022 г. само 10 от 29 европейски страни са изпълнили целта поне 65% от антибиотичното потребление да е за сметка на Access групата – в Исландия и Дания е около 80%, а в България, Словакия и Гърция – само около 40%. Отчетено е, че през 2022 г. България е на четвърто място (след Кипър, Гърция и Румъния) по антибиотично потребление в доболничната и болничната помощ – 25.7 средни дневни дози (СДД) на 1000 жители, а средните стойности за Европа са 19.4 СДД/1000 души.

Докато във всички страни (с изкл. Словакия) амбулаторно най-изписваните антибиотици са пеницилини, в България те са наравно с цефалоспорини и макролиди, а за 2021 г. най-много макролиди. Докато в повечето европейски страни най-използвани в болниците за 2022 г. са пеницилините, то в България основно са цефалоспорини и други β -лактами.

България се оказва една от малкото страни на нашия континент, при която за 2013-2022 г. се регистрира нарастваща антибиотична консумация както в амбулаторната, така и болничната помощ. Докато в западноевропейските и скандинавските страни тенденциите през последните години в общественения сектор относно съотношението широкоспектърни към тясноспектърни

антибиотици са негативни, то в България (както и в Унгария и Словакия) тенденцията е обратна [10]. За периода 2020-2022 г. резистентността на *Str. pneumoniae* в България нараства трикратно към пеницилин (от 7.1 на 22.2%) и 8-кратно към макролиди (от 10.7 на 22.2%) [11].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За оптимизиране на антибиотичната употреба и намаляване на АМР в клиничната практика трябва да следваме някои основни принципи:

- АБ не е антипиретик и се включва само при сигурни клинични и параклинични данни за бактериална инфекция.
- АБ не профилактира бактериалните усложнения при ранно започване в хода на вирусна инфекция.
- При леки и умерено тежки случаи се предпочита перорален антибиотик (при липса на повръщане или нарушена резорбция).
- При стартиране на венозен антибиотик – възможно най-рано при клинично стабилизирани пациент се преминава към перорален прием. При възможност преди стартиране на лечението се назначават микробиологични изследвания.
- При емпирична терапия изборът трябва да е съобразен с най-честите причинители

за дадена инфекция при съответната възраст, както и с фармакокинетиката (ФК) и фармакодинамиката (ФД) на антибиотика за постигане на максимална тъканна концентрация в мястото на възпалението.

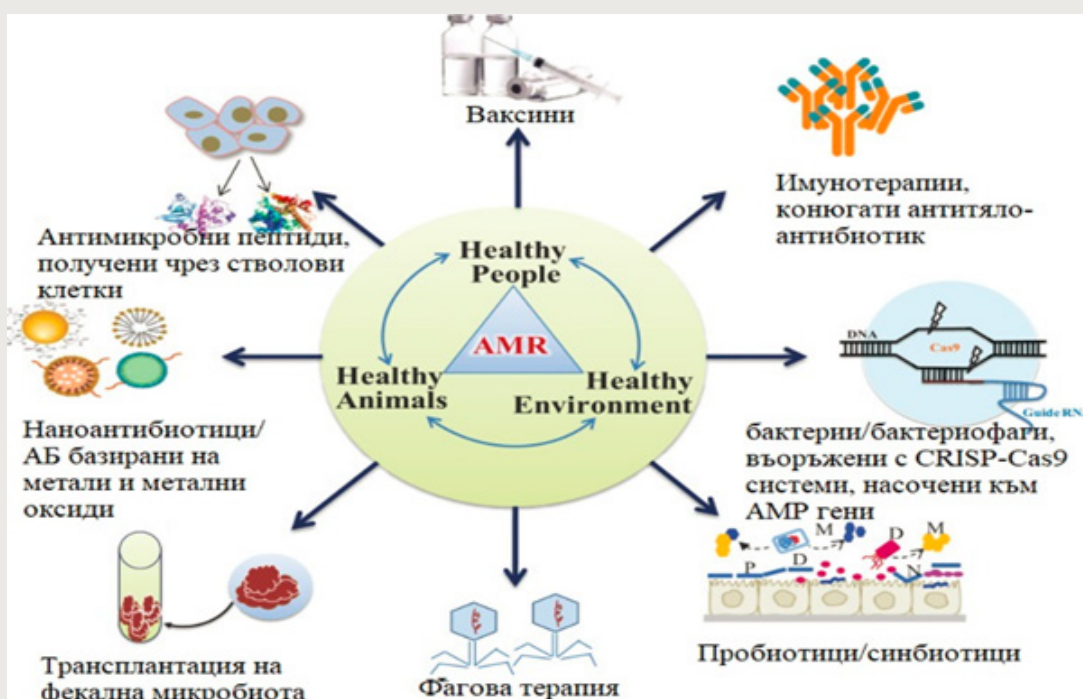
- По-възможност – монотерапия с избор на тясноспектърен антибиотик, особено при лечение по антибиограма.
- При нужда от двойна/тройна АБ терапия – синергични комбинации за разширяване на спектъра и АБ с различни механизми на действие срещу бактериалната клетка.
- Известно е, че основен генератор на резистентни бактерии са ненужно дългите или много кратки антибиотични курсове в субоптимални дози.
- При колебания дали се касае за вирусна или бактериална инфекция в помощ са бързите диагностични тестове (бързи антигенни тестове респираторни вируси, стрептококови тестове, PCR) [7-12].

Стратегиите за справяне с проблема са:

- бързо диагностично тестване – бързи антигенни тестове в лекарския кабинет; RT-PCR при хоспитализирани пациенти с тежки инфекции;
- разработване на национални и международни политики за правилно използване на антибиотици;
- строги мерки за контрол на инфекциите и

дозирание и наблюдение на ФК/ФД на лекарствата;

- стриктно спазване на правилата за предотвратяване на вътреболничните инфекции;
- използване на нови стратегии за изучаване на взаимодействията на антибиотиците и чревната микробиота с помощта на метагеномни техники;
- защита и възстановяване на чревния микробиом чрез перорално прилагани пробиотици и по-широко използване на инхалаторни антибиотици за лечение на белодробни инфекции;
- използване на алтернативни подходи за борба с полирезистентни патогени (фиг. 2) [13-14].



Фиг. 2. Алтернативни подходи за борба с полирезистентни микроби – адаптирано от Manoj Kumar et al. [14].

Библиография:

1. Centers for Disease Control and Prevention. Antibiotic Resistance Threats [Internet]. Atlanta: CDC; [cited 2025 Aug 28]. Available from: <https://www.cdc.gov/antimicrobial-resistance/data-research/threats/index.htm>
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance and antibiotic use [Internet]. Stockholm: ECDC; [cited 2025 Aug 28]. Available from: <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/en>
3. World Health Organization. Antimicrobial resistance [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2025 Aug 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
4. World Health Organization. The WHO AWaRe antibiotic book. Geneva: WHO; 2022 [Internet]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365135/WHO-MHP-HPS-EML-2022.02-eng.pdf>
5. El Feghaly RE, Nedved A, Katz SE, Frost HM. New insights into the treatment of acute otitis media. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2023 May;21(5):523-34. doi: 10.1080/14787210.2023.2206565. PMID: 37097281; PMCID: PMC10231305.
6. Karageorgos S, Hibberd O, Mullally PJW, Segura-Retana R, Soyer S, Hall D; Don't Forget the Bubbles. Antibiotic Use for Common Infections in Pediatric Emergency Departments: A Narrative Review. *Antibiotics (Basel)*. 2023 Jun 22;12(7):1092. doi: 10.3390/antibiotics12071092.
7. Переновска П. Антибиотична терапия в детската възраст при инфекции на дихателната система. *In Spiro*. 2019;(4): [Internet]. Available from: <https://inspiro-bg.com/antibiotichna-terapiya-v-detskata-vazrast-pri-infektsii-na-dihatelnata-sistema/>

8. Kuitunen I, Jaaskelainen J, et al. Antibiotic Treatment Duration for Community-Acquired Pneumonia in Outpatient Children in High-Income Countries—A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Infect Dis*. 2023 Feb;76(3):1123-8. doi: 10.1093/cid/ciac374.
9. World Health Organization. WHO AWaRe classification of antibiotics for evaluation and monitoring of use, 2023 [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Aug 28]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2023.04>
10. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net) – Annual Epidemiological Report for 2022 [Internet]. Stockholm: ECDC; 2023 [cited 2025 Aug 28]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-antimicrobial-consumption.pdf>
11. European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC Surveillance Atlas of Infectious Diseases [Internet]. Stockholm: ECDC; [cited 2025 Aug 28]. Available from: <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx>
12. Aricò MO, Valletta E, Caselli D. Appropriate Use of Antibiotic and Principles of Antimicrobial Stewardship in Children. *Children (Basel)*. 2023 Apr 17;10(4):740. doi: 10.3390/children10040740.
13. Karukappadath R, Sirbu D, Zaky A. Drug-resistant bacteria in the critically ill: patterns and mechanisms of resistance and potential remedies. *Front Antibiot*. 2023 Jun;2:1145190. doi: 10.3389/frabi.2023.1145190.
14. Kumar M, et al. Futuristic Non-antibiotic Therapies to Combat Antibiotic Resistance: A Review. *Front Microbiol*. 2021 Jan;12:609459. doi: 10.3389/fmicb.2021.609459.



WWW.PEDIATRIA-BG.EU

· НОВИНИ · ИНТЕРВЮТА · СТАНОВИЩА · СЪБИТИЯ · СТАТИИ



ВИСЦЕРАЛНА ЛАЙШМАНИОЗА В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ: ДА МИСЛИМ ПО-ЧЕСТО ЗА НЕЯ

ИВ. Нейчева^{1,3}, М. Спасова^{1,3},
Н. Спасов^{1,3}, А. Шишманова^{1,3},
Л. Чочкова^{1,3}, П. Маркова^{1,3},
Ц. Цветанова^{1,3}, Д. Вучев², Т. Шмилев^{1,3}

¹Катедра по педиатрия

„Проф. И. Ангреев“, МУ – Пловдив

²Катедра по инфекциозни болести,
паразитология и тропическа медицина,
МУ – Пловдив

³Клиника по педиатрия,

УМБАЛ „Св. Георги“, Пловдив

Предмет на настоящата статия е да напомни за висцералната лайшманиоза (ВЛ) в детска възраст – рядко заболяване, което, ако остане неразпознато и нелекувано, може да доведе до тежки и животозастрашаващи усложнения.

ВЛ представлява често пренебрегвана тропическа протозойна трансмисивна болест с тежко протичане и потенциално фатален изход.

Целта е да се обърне внимание на педиатрите и общопрактикуващите лекари върху особеностите в клиничното протичане, диагностиката и лечението на заболяването, което продължава да се среща у нас. Необходимо е да се познават някои специфики в хода на инфекцията при децата.

Едно от най-сериозните усложнения при ВЛ е развитието на синдром на макрофагеална активация (МАС). Диагностичните затруднения произтичат основно от припокриването на клиничните прояви и параклиничните отклонения с тези на самата ВЛ.

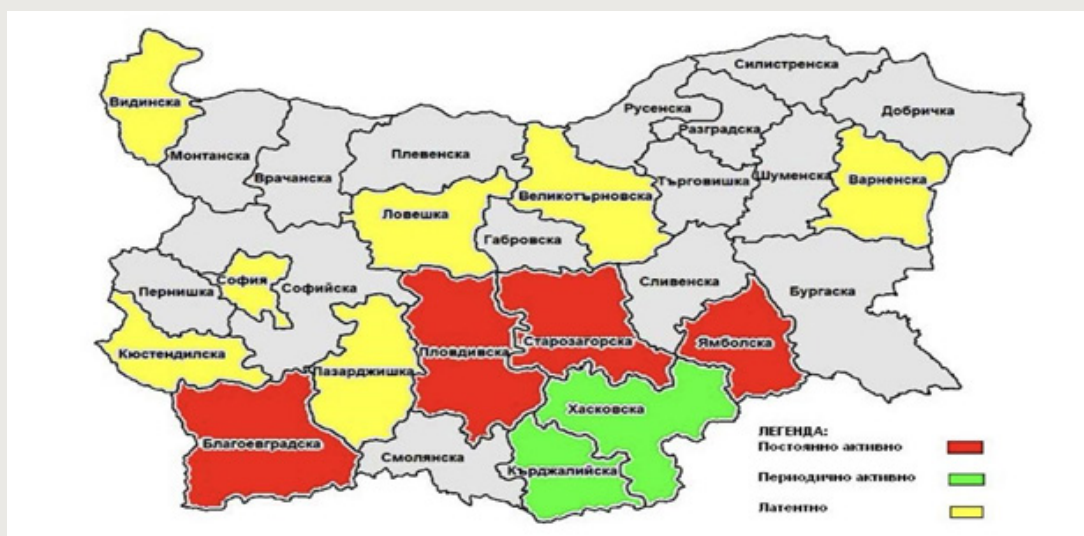
В статията представяме три клинични случая на деца с ВЛ и МАС, преминали лечение в Клиниката по педиатрия към УМ-БАЛ „Св. Георги“ – Пловдив. През годините в същата клиника са хоспитализирани и лекувани няколко деца с ВЛ. През 2002 г. в сп. „Педиатрия“ са публикувани наши наблюдения върху четири случая, създали значителни диагностични и терапевтични затруднения. За периода 2009–2017 г., по данни на доц. Вучев, в Клиниката по инфекциозни болести на болницата са лекувани още 14 възрастни пациенти и 3 деца на възраст между 1 и 8 години.

ЕПИДЕМИОЛОГИЯ

Според Световната здравна организа-

ция (СЗО) през 2020 г. са съобщени почти 13 000 случая на ВЛ. Заболяването е ендемично в около 70 страни във всички континенти, с изключение на Антарктида и Австралия. Източното Средиземноморие и европейските региони също се считат за ендемични райони, въпреки че докладваните случаи са по-малко в сравнение с Азия и Африка. Европейският център по контрол и превенция на заболяванията съобщава за повишаване на честотата на ВЛ в Армения, Азербайджан, Франция, Гърция, Либия и намаляване в Албания, Хърватска, Алжир (2014-2019 г.) [1].

През последните 20 години заболяемостта от ВЛ се повишава значително в България и заболяването разширява ареала си в различни региони в страната. Страната ни се счита за северната граница на разпространение на лайшманиозата в Европа [2].



Фигура 1. Карта на активността на висцералната лайшманиоза в България.

На фигура 1 са представени регионите в България с различна активност на огнищност, като те могат да бъдат:

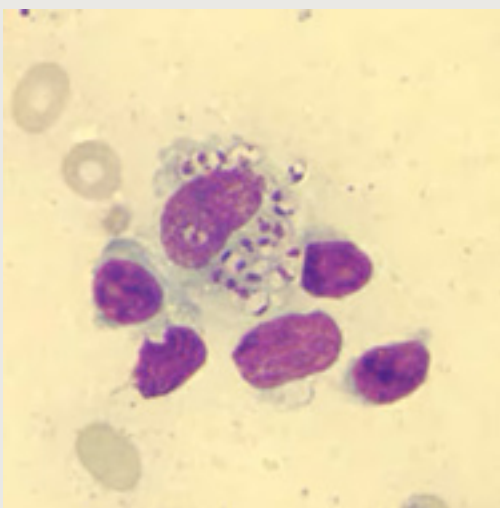
- постоянно активно, в което се регистрират нови случаи ежегодно или в период от 1-3 години;
- периодично активно, в което се регистрират нови случаи в интервал от 3 до 5 години;
- латентно, в което се регистрират нови случаи за период повече от 5 години.

Нашите три пациента са от региони с периодична и латентна активност. Противно на други екзотични болести, към които има повишен интерес, ВЛ е пренебрегната и остава недостатъчно позната за медиците по разпространение, клиника и диагностика. Според горецитираните български автори заболяването не е толкова рядко за нашите условия, което налага доброто му познаване във всички аспекти на клиничната медицина.

ЕТИОЛОГИЯ

Причинителят на заболяването са еноклетъчни паразити от род *Leishmania*. ВЛ се причинява от *Leishmania donovani* и *Leishmania infantum*. *L. donovani* се среща в Азия, Индия, Бангладеш, Африка, докато *L. infantum* е характерна за Средиземномори-

ето, Афганистан, Иран и Европа. Източник на инфекцията са безпризорни кучета, чакали, вълци, лисици и може би някои гризачи, в чиито дупки се размножават насекомите-преносители (зооантропоноза). Могат да боледуват и някои домашни животни: котка, куче, кон. Оптималното време за заразяване (свързано с активността на флеботомите) е през топлите месеци (юни-октомври), а средният инкубационен период варира от няколко седмици до 6 месеца [2, 4]. На фигура 2 е представена *Leishmania*, оцветена по Гимза.



Фигура 2. *Leishmania*, оцветена по Гимза.

ЖИЗНЕН ЦИКЪЛ

Преносител на *Leishmania* е флеботомът. За да оцелеят, паразитите се нуждаят от бозайник като резервоар. При *L. donovani* това са засегнатите хора, поради което в Азия и Африка предаването е антропонозно. При *L. infantum* резервоари са кучета,

диви зайци и лисици, което определя зоонотния характер на инфекцията.

Leishmania атакуват тъканните макрофаги и се предават чрез ухапване от женски флеботом. При пробив на кожата в търсене на кръв, насекомото инокулира паразита под формата на камшичести промастиготи. Те се свързват с рецепторите на макрофагите, фагоцитират се и вътре във фаголизозомите се трансформират в безкамшични амастиготи. Там се размножават и заразяват нови макрофаги.

Когато флеботом погълне заразени макрофаги, амастиготите отново се превръщат в инфекциозни промастиготи в храносмилателния му тракт.

Освен чрез ухапване, предаването може да се осъществи и трансплацентарно, както и парентерално – например чрез преливане на кръв [3].

КЛИНИЧНА КАРТИНА

Клиничната картина при ВЛ включва ангажирането на няколко органи и системи [4]. Разгръщането ѝ може да отнеме различен период от време — в зависимост от масивността на паразитната инвазия и имунологичния отговор на организма. Началото на заболяването може да бъде остро, подостро или бавно прогресиращо.

Фебрилитетът е сред най-честите симптоми — обикновено с два пика в денонощието, но може да има и интермитентен характер. Характерна е панцитопенията, в резултат от потисната костномозъчна продукция и засилена секвестрация в слезката. Най-често се наблюдават анемия и тромбоцитопения, по-рядко — левкопения. Спленомегалията е чест и доминиращ симптом, като превалира над хепатомегалията. Допълнителни прояви включват загуба на тегло, хипертрансаминаземия, хипопротеинемия с хипоалбуминемия и хипергаммаглобулинемия.

УСЛОЖНЕНИЯ

Две от животозастрашаващите усложнения при ВЛ са развитието на МАС и дисеминирана интравазална коагулопатия (ДИК). През последното десетилетие се наблюдава значително нарастване както на честотата на диагностициране, така и на познанията ни за МАС. МАС представлява форма на придобита, вторична хемофагоцитна лимфохистиоцитоза (ХЛХ) – рядък, животозастрашаващ хиперинфламаторен синдром, предизвикан от тежка хиперцитокинемия, в резултат на силно стимулирана, но неефективна имунна реакция. При нормален имунен отговор, хистиоци-

тите, естествените убийци (NK клетки) и цитотоксичните Т-лимфоцити (CTL) се активират, взаимодействат чрез рецептори и секретират възпалителни цитокини и хемокини. При здрави индивиди това води до елиминиране на инфектираните клетки, отстраняване на антигена и последващо потушаване на имунния отговор. При ХЛХ обаче, поради вродени или придобити дефекти в NK- и CTL-клетките, ефективната елиминация на антигена не се осъществява. В резултат се натрупват активирани Т-лимфоцити и хистиоцити, които произвеждат все по-високи нива на цитокини. Ключовите цитокини, чиито стойности са силно повишени в плазмата на пациенти с ХЛХ, включват: интерферон гама, тумор-некротичен фактор (TNF)-алфа, интерлевкини (IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IL-18) и разтворими IL-2 рецептор (CD25).

КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

Представяме три клинични случая на деца с ВЛ и МАС, преминали лечение в Клиниката по педиатрия към УМБАЛ „Св. Георги“ – Пловдив. Възрастта на пациентите, местоживеенето им и клиничните и лабораторните промени са представени в таблица 1.

Таблица 1. Три клинични случая

	Клиничен случай 1: дете на 8 мес., област Смолян	Клиничен случай 2: дете на 6 мес., област Хасково	Клиничен случай 3: дете на 1 год област Пазарджик
Температура	+	+	+
Спленомегалия	+	++	+
Цитопения (2 или повече)	+	+	+
Хгб	77 g/l	83 g/l	83 g/l
Трб	52 x 10/6	160 x 10/6	130 x 10/6
Лвк	2.6 x 10/9	2.4 x 10/9	4.3 x 10/9
Хипертриглицеридемия	+ (2.9 mmol/l)	+ (6.6 mmol/l)	- (1.4mmol/l)
Хипофибриногенемия	+	-	+
Хиперферитинемия	> 7500 ng/ml	> 10500 ng/ml	> 10500 ng/ml
Хемофагоцитоза в КМ	+	Без изразена	Без изразена
Завишен разтворим IL-2	НИ	завишен	НИ
Хипертрансаминаземия	+	+	+

*НИ - не е изследван

ДИАГНОСТИКА

Диагностиката на ВЛ е предизвикателна, тъй като клиничната ѝ картина се припокрива с тази на други заболявания като коремен тиф, туберкулоза, бруцелоза, малария, хематологични злокачествени болести и МАС.

Факт е, че нито един от пациентите, представени в тази статия, не е бил насочен към клиниката с правилна предварителна диагноза.

По традиция, диагнозата на ВЛ се потвърждава чрез директно доказване на амастиготните форми на причинителя в тъканни проби – най-често натрипка от костен мозък, оцветена по Романовски-Гимза. Това обаче невинаги е лесно: методът има ниска чувствителност, особено при имунокомпрометирани пациенти, и често се налага провеждането на втора или трета костномозъчна пункция.

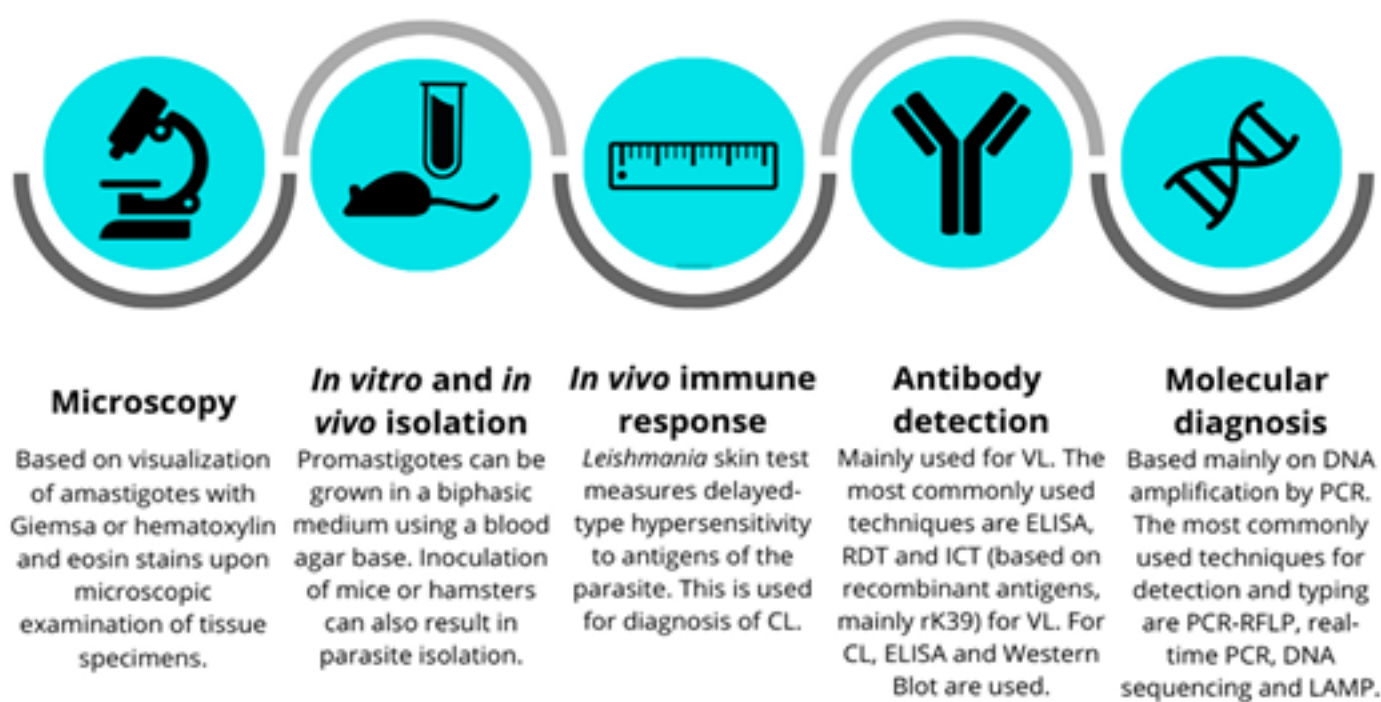
По данни на Yao Qin, Xiaoju Lv, Qin Zheng et al. в поредица от 56 случая на ВЛ, асоциирана с МАС, първоначалната костномозъчна натрипка не установява *Leishmania* в 64.7% от случаите, а признаци на хемофагоцитоза – в 36.3% [12].

Днес, включително и в България, се използват съвременни методи като изследване за специфични антитела и PCR за доказване на *Leishmania*. Предлагат се няколко серологични теста, като най-често се прилага ELISA.

Молекулярните тестове (PCR), които могат да се извършват както с периферна кръв, така и с костен мозък, са с висока чувствителност и специфичност (>95%) и вече са утвърдена част от диагностичния алгоритъм.

Диагностиката е още по-трудна при ВЛ, асоциирана с НЛН/МАС. Тази възможност винаги трябва да се има предвид, особено

В страни с ендемично разпространение на заболяването [5]. Ранната диагноза и навременното лечение са от решаващо значение за подобряване на прогнозата. На фигура 3 са представени диагностичните възможности за ВЛ [6].



Фигура 3. Диагностичните възможности за ВЛ.

ЛЕЧЕНИЕ

Основните терапевтични средства при висцерална лайшманиоза (ВЛ) са петвалентният антимоун и липозомалният амфотерицин В. Дозата и схемата за приложение на петвалентен антимоун е следната – 60 мг/кг, еднократно дневно, дълбоко и. м., като първи ден се прави 1/4 от дозата, втори ден – 1/2, а трети ден – цялата доза. Курс на лечение с цялата доза – 20 дни.

ПРОФИЛАКТИКА

Превенцията на ВЛ е насочена към ограничаване на контакта с флеботомите – основните вектори на заболяването. За целта се препоръчва използването на репеленти, носенето на подходящо облекло с минимално открити части на тялото, монтиране на мрежи на прозорците и вратите в жилищните помещения, както и прилагането на инсектициди.

Освен индивидуалната защита, особено важно е да се предприемат и мерки на обществено ниво. Това включва целенасочена промяна на ландшафтните характеристики в ендемичните райони, с цел създаване на неблагоприятни условия за развитието както на векторите, така и на естествените резервоари на инфекцията. В този контекст, от ключово значение е и справянето с популацията на бездомни кучета, които са основен резервоар на *L. infantum*.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въпреки характерната клинична изява на ВЛ, заболяването често остава недооценено в диагностичния процес. България е ендемичен район и при наличие на типичната симптоматика винаги трябва да се обмисля тази възможност.

Навременната диагноза и ранното ети-

ологично лечение са от решаващо значение, тъй като предотвратяват влошаване на състоянието по различни механизми – Включително чрез намаляване на риска от развитие на асоцииран HLH и MAC.

Развитието на вторичен HLH/MAC като усложнение на ВЛ не е рядко явление, но често остава неразпознато поради припокриваща се клинична картина и изисква специфичен диагностичен и терапевтичен подход.

При пациенти, които покриват критериите за HLH/MAC, е уместно да се включи изследване за ВЛ като част от диагностичния алгоритъм. Своевременната диагноза в тези случаи може да предотврати ненужно и потенциално токсично лечение.

Библиография:

1. Scarpini S, Dondi A. Visceral Leishmaniasis: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment Regimens in Different Geographical Areas with a Focus on Pediatrics. *Microorganisms*. 2022 Oct;10(10):1887.
2. Харизанов Р. Природно-огнищни, епидемиологични, клинично-диагностични и терапевтични аспекти на висцералната лайшманиоза в България [автореферат на дисертация]. София; 2012.
3. Badeddine K, et al. Letters to the Editor: Hemophagocytic syndrome associated with visceral leishmaniasis. *Int J Infect Dis*. 2006 Jan;10(1):85–6.
4. Reimão JQ, Coser EM. Laboratory Diagnosis of

- Cutaneous and Visceral Leishmaniasis: Current and Future Methods. *Microorganisms*. 2020;8(11):1632.
5. Brum NFF, Coelho JS. Hemophagocytic lymphohistiocytosis and visceral leishmaniasis in children: a series of cases and literature review. Published online 2021 Sep 1.
6. Bouguila J, Chabchoub I. Treatment of severe macrophage activation syndrome associated with visceral leishmaniasis. *Pediatr Arch*. 2010;17(11):1566–70.
7. Tazi S, Ouknane H, Lyagoubi M, Aoufi S. Visceral leishmaniasis causing macrophage activation syndrome. *Med Infect Dis*. 2019;49(4):289–91.
8. Karimi A, Alborzi A. Visceral Leishmaniasis: An Update and Literature Review. *Arch Pediatr Infect Dis*. 2016 Jul;4(3):e31612.
9. Nozzi M, Del Torto M. Leishmaniasis and autoimmune diseases in pediatric age. *Cell Immunol*. 2014 Nov-Dec;292(1-2):9–13.
10. Mantadakis E, Alexiadou S. A Brief Report and Mini-Review of Visceral Leishmaniasis-associated Hemophagocytic Lymphohistiocytosis in Children. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2021 Mar;43(2):e223–6.
11. Kafetzis DA, Maltezou HC. Visceral leishmaniasis in paediatrics. *Curr Opin Infect Dis*. 2002 Jun;15(3):289–94.
12. Yao Qin, Xiaoju Lv, Qin Zheng et al., Case Report: Visceral Leishmaniasis-associated Hemophagocytic Lymphohistiocytosis in Adults: A Case Series and Literature Review, *Am J Trop Med Hyg*. 2022 Nov 14;107(6):1203–1209.



септември

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

Кога: 12-14 септември 2025 г.

Къде: Бургас

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

Десета педиатрична среща „С грижа за децата“

Кога: 25-28 септември 2025 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“.

октомври

XV Национална конференция по спешна педиатрия

Кога: 17-19 октомври 2025 г.

Къде: х-л Wave Resort, Поморие

Организира се под егидата на БПА от Катедрата по педиатрия към МУ–Пловдив.





ноември

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

Кога: 7-9 ноември 2025 г.

Къде: Русе

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

декември

Годишна среща на БПА

Кога: декември 2025 г.

Къде: София

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 | 2025 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 2025 г. членският внос е в размер на 100.00 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 BPBI 7940 1043 5312 01

BIC: BPBI BGSF

Сума за внасяне:

100.00 (сто) 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.

ИЗИСКВАНИЯ ЗА ПУБЛИКАЦИЯ В ПЕДИАТРИЯ ПЛЮС

Приемат се за публикуване: оригинални статии, обзори, клинични случаи, 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. „Акад. Георги Бончев“,
бл. 23, офис 108

Тел.: +359 878660587

e-mail: pediatria.bg@gmail.com

www.pediatria-bg.eu