

ПЕДИАТРИЯ ПЛЮС

ОНЛАЙН ИЗДАНИЕ ЗА ПЕДИАТРИ И ОПЛ



ISSN 2815-4517

БРОЙ 9|2026, ГОДИНА V

WWW.PEDIATRIA-BG.EU

ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ



НА ФОКУС Интервю с проф. д-р Пенка Переновска	3
НОВИНИ	13
ИЗБРАНО ОТ МЕДИИТЕ	18
МЛАДИТЕ ПЕДИАТРИ Интервю с д-р Михаела Блажева	21
ЗА ПРАКТИКАТА	
Перикарден излив в детска възраст. Алгоритъм за поведение при перикардна тампонада З. Иванов, С. Али, Д. Печилков	28
КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ	
Диференциална диагноза на афтозните лезии в кърмаческа възраст А. Мазгалджиева, В. КендEROва	48
Календар на събитията на БПА 2026	62



Проф. д-р Пенка Переновска:

**„ДЕЦАТА МЕ НАУЧИХА НА ОБИЧ,
ОТКРОВЕНИЕ И СМЕЛОСТ“**

Проф. д-р Пенка Переновска не се нуждае от представяне. Името ѝ е добре познато не само на педиатричната гилдия, но и на поколения родители. Повече от пет десетилетия тя посвещава професио-



налия си път на децата, педиатрията и детската пулмология, а дългогодишната ѝ работа в Детската клиника на УМБАЛ „Александровска“ я превръща в едно от знаковите имена на българската педиатрична школа.

Но зад отличията, професионалните успехи и годините отдаденост към медицината стои човек, за когото педиатрията е преди всичко призвание и обич. В този разговор проф. Переновска говори за пътя си в медицината, за своите учители и ученици, за предизвикателствата пред детското здравеопазване, за случаите, които остават завинаги в паметта, и за онова, което не се променя през годините – любовта към децата и радостта от тяхната щастлива усмивка.

ПРОФ. ПЕРЕНОВСКА, НОСИТЕЛ СТЕ НА РЕДИЦА ОТЛИЧИЯ, ВКЛЮЧИТЕЛНО Бяхте удостоена с ОРДЕН „КИРИЛ И МЕТОДИЙ“, ПОЧЕТЕН ЗНАК ЗА ПРИНОС КЪМ РАЗВИТИЕТО НА ПЕДИАТРИЯТА ОТ ПРЕЗИДЕНТА НА Р БЪЛГАРИЯ, КАКТО И ОТ БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗИ И БЪЛГАРСКАТА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ. КАКВО, ВСЪЩНОСТ, Е ПЕДИАТРИЯТА ЗА ВАС?

Какво е педиатрията за мен? Целият ми професионален живот! Една прекрасна специалност, свързана с бъдещето, с децата на България!





Имах щастието от студентската скамейка до момента да работя в най-старата детска клиника у нас – Детската клиника на база „Александровска“ болница, която е Клиниката „майка“. Създадена преди повече от 120 години, тя е школа за обучение и професионално израстване на няколко поколения педиатри. В нея са работили високвалифицирани специалисти от различни области на педиатрията – пулмология, ендокринология, хематология, кардиология, нефрология, генетични и метаболитни заболявания, онкология, бронхология, физиотерапия и рехабилитация, рентгенология и др. Едни от най-добрите преподаватели по педиатрия са възпитаници на същата клиника. И аз съм благодарна с поклон на моите учители – за професионализма, за напрегнатите дни, за безсънните нощи, за тъгата и сълзите от загубата, за радостта от победата, за топлината в очите... за всичко!!!

ДА, В ПРОДЪЛЖЕНИЕ НА ПЕТ ДЕСЕТИЛЕТΙΑ РАБОТИХТЕ В КЛИНИКАТА ПО ПЕДИАТРИЯ НА УМБАЛ „АЛЕКСАНДРОВСКА“, ВКЛЮЧИТЕЛНО И КАТО НЕИН ДЪЛГОГОДИШЕН РЪКОВОДИТЕЛ. КОИ БЯХА НАЙ-ГОЛЕМИТЕ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД ВАС В ПРОФЕСИОНАЛНИЯ ВИ ПЪТ?

Предизвикателства има във всяка професия и при всеки човек в различни моменти



от живота му. Работата с малките пациенти е само по себе си предизвикателство. Не всеки може да бъде педиатър, това е призвание и обич! А иначе, през отделните етапи на живота ми проблемите бяха от най-различен характер. Преминала съм през всички звена на педиатрията. Много години съм посветила и на ваксинопрофилактиката у нас, сблъсквала съм се с антиваксъри – и с родители, и с лекари, за съжаление. Проблемите са били и относно материалната база (особено когато вече бях в продължение на 18 години началник на клиниката)... Проблеми, свързани с недостига на кадри в някои моменти, с неразбиране – хората не обичат, когато изискванията към тях са високи, тъй като е необходима допълнителна активност, нарушават се до известна степен спокойствието и рутината...

Мразя лицемерието в работата, мързела, както и липсата на чувство за отговорност и благодарност! Аз съм, за щастие или нещастие, работохолик като всеки Козирог и често съм имала напрегнато ежедневие и почти пълна липса на свободно време... Но това са изискванията на професията! Тези неща обаче са временни и се преодоляват.





ПРЕЗ ГОДИНИТЕ СТЕ БИЛА СВИДЕТЕЛ НА БУРНОТО РАЗВИТИЕ НА МЕДИЦИНАТА, В ЧАСТНОСТ НА ПЕДИАТРИЯТА. КАКВИ ИНОВАЦИИ ОЧАКВАТЕ ДА ПРОМЕНЯТ ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО ПРЕЗ СЛЕДВАЩИТЕ 10 ГОДИНИ?

През последните десетилетия медицината се развива бързо. Очаквам иновативни методи за скрининг, диагностика и лечение, новости в информатиката, напредък в областта на трансплантациите и успехи в лечението на редките и онкологичните заболявания.

КАКВО СПОРЕД ВАС Е НАЙ-ВАЖНОТО, КОЕТО ТРЯБВА ДА СЪХРАНИМ ОТ „СТАРАТА ШКОЛА“ В БЪЛГАРСКАТА ПЕДИАТРИЯ, НЕЗАВИСИМО ОТ ТЕХНОЛОГИЧНИЯ НАПРЕДЪК?

Дълбок поклон пред нашите учители, пред тяхната всеотдайност, новаторство и любов към децата! Това трябва да запазим!

КАКВО Е МНЕНИЕТО ВИ ЗА ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В БЪЛГАРИЯ?

От години се говори, че майчиното и детско здравеопазване са приоритет. Надявам се това да стане наистина така. Проблемите са много – от дефицита на кадри, до проблемите на малките болници, доболничната помощ в отдалечените райони, недооценените педиатрични пътеки и труда на лекари и сестри, и т.н.





Самата педиатрия е специалност, която все още е на високо ниво у нас, а школата ни е много добра. За щастие, в последните години се забелязва тенденция все повече млади лекари да са мотивирани да работят педиатрия. Работата с деца е трудна във всеки аспект, а детското здраве е основополагащо за бъдещето на нацията ни...

Най-общо казано, проблемите в детското здравеопазване като цяло са организационни, финансови и кадрови. Необходими са съвместни усилия на институции, политики и експерти!

И НЯКОЛКО ПО-ЛИЧНИ ВЪПРОСА.

ЗАЩО ИЗБРАХТЕ МЕДИЦИНАТА ЗА СВОЯ ПРОФЕСИЯ?

Още отрано проявявах интерес повече към хуманитарните науки, отколкото към математиката например (за разлика от сестра ми, която е математик). Избрах малко случайно медицината за свое призвание. Аз съм дете на журналисти и желанието на всичките ми близки беше да продължа семейната традиция. Кандидатствах в Софийския университет и бях приета Журналистика. Кандидатствах и медицина и заедно с мои съученици решихме да запишем медицина. И досега съм единственият лекар във фамилията. Бях кръжочничка по очни болести и моите намерения бяха да



работя офталмология. Но професор Ниньо, тогава ръководител на катедрата, буквално ме „примами“ в Детската клиника и така специализирах педиатрия, Смятам, че това е една от най-благородните специалности в медицината. Едновременно с това и една от най-трудните. За съжаление, и една от най-недооценените.

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

Не е само един, случаите са много. И Всеки от тях е сам за себе си – индивидуален и сложен по своему... Когато завърши с оздравяване на пациента, тогава носи голяма радост, независимо от всичко съпътстващо. Има, разбира се, случаи, които оставят по-дълбока следа. При мен един от най-паметните пациенти беше още в самото начало на практиката ми – по време на първото ми самостоятелно нощно дежурство. Тогава имах едва двадесет дни стаж. Дойде дете с тежка диабетна кома и трябваше сама да се справя със ситуацията. Помня този случай в детайли и до днес – детето, родителите, действията си, развитието на състоянието. За щастие, всичко завърши добре.

Такива случаи понякога оставят тежка следа. Неслучайно лекарите сме сред хората, които са много емоционални и силно съ-



преживяват чуждата болка. Човек не може напълно да се съхрани от мъката и нещастие то. Но ние сами сме избрали тази професия.

А голямото често е в малките ни дни – в онези моменти, които понякога изглеждат съвсем обикновени. И няма нищо по-прекрасно от радостта от победата над болестта и от една щастлива детска усмивка.

НА КАКВО ВИ НАУЧИ РАБОТАТА С ДЕЦА?

На обич, откровение и смелост!

ЗА КАКВО И НА КОГО БЛАГОДАРИТЕ В ЖИВОТА СИ?

На много хора! На първо място – на моите родители, че са ме създали, отгледали и възпитали и че, макар да бяха далеч от медицината, винаги са ме подкрепяли. На моето семейство – за времето, което не съм могла да им дам, за дежурствата по празниците, за честите телефонни обаждания и през нощта, за разбирането и търпението. На моите учители – за всичко, на което са ме научили. На приятелите, които и до днес, и в радост, и в трудности са до мен. Истинският приятел е този, който остава до теб именно в трудните моменти. Благодаря на всички добри хора, с които ме е срещнала съдбата. И, разбира се – на екипа на клиниката.



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

Човек винаги има мечти! Животът е възшебство и всеки миг е неповторим! Надявам се да има Национална педиатрична болница. Работих с много колеги по първия проект, но годините минаха... Вярвам в младата генерация, в бъдещето...

КАКВО Е ВАШЕТО ПОСЛАНИЕ КЪМ ЛЕКАРИТЕ, РАБОТЕЩИ С ДЕЦА?

Да обичат децата и да останат в България. Всеки от нас има своя миг. Стига да се научим, че кръговратът на живота се върти за всички ни.



Комбинация
от пробиотици:
B.Lactis BB12,
S.Thermophilus
TH4

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



ПОЗИЦИЯ НА БПА ПО ПОВОД ПРОВЕРКИТЕ НА ИМУНИЗАЦИОННИЯ СТАТУС НА ДЕЦА В ОБЛАСТ ЛОВЕЧ

Българската педиатрична асоциация (БПА) следи с тревога информацията за установени случаи на морбили и резултатите от проверките на имунизационния статус на деца в област Ловеч.

По публично оповестени данни на здравните власти при част от изследваните деца, които по документи са имунизирани срещу морбили, паротит и рубеола, не са установени антитела. Във връзка със съмнения за нарушения компетентните институции са предприели проверки на лекарски практики. БПА подчертава, че липсата на установими антитела сама по себе си не доказва, че ваксина не е била поставена. Серологичният резултат и документално удостовереното извършване на имунизация са различни обстоятелства и всеки конкретен случай следва да бъде оценяван въз основа на всички налични медицински и административни данни.



Отчитането на неизвършена имунизация, ако бъде доказано, представлява тежко нарушение на професионалната отговорност и на доверието между лекар и пациент. Ако при проверките бъдат установени нарушения, те следва да бъдат санкционирани по предвидения рег.

БПА категорично не приема практики за фиктивно отчитане на имунизации. Същевременно отделни случаи на съмнения или нарушения не следва да бъдат представяни като доказателство за масова практика сред българските лекари. Обвиненията срещу конкретни медицински специалисти трябва да се основават на доказани факти и резултатите от компетентните проверки.

Надеждните данни за извършените имунизации са от ключово значение както за защитата на всяко дете, така и за оценката на имунизационното покритие и риска за общественото здраве, особено в условията на разпространение на морбили.

БПА призовава:

- Всеки сигнал за фиктивно отчитане на имунизация да бъде проверяван обективно и задълбочено;



- при доказано нарушение да бъде търсена предвидената от закона и професионалните правила отговорност;
- да се засили контролът там, където има данни за повишен риск или недостатъчно имунизационно покритие;
- да се гарантират надеждността и проследимостта на данните за извършените имунизации;
- отделни недоказани или доказани нарушения да не се използват за необосновано подкопаване на доверието в медицинските специалисти и в имунизациите като основен инструмент за превенция на ваксино-предотвратими заболявания.

За ефективната защита на децата са необходими едновременно висока професионална отговорност на медицинските специалисти, информирано поведение на родителите, ефективен институционален контрол и надеждна информация за реално извършените имунизации.

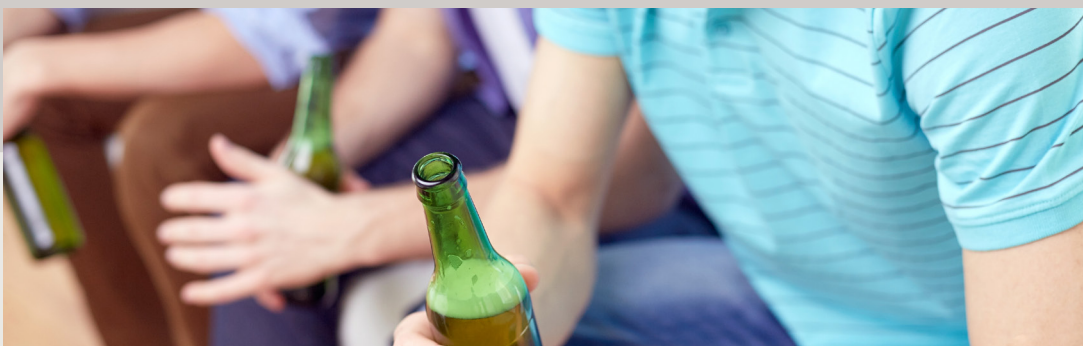
Пълния текст на позицията можете да прочетете на сайта на БПА:
pediatria-bg.eu

МС ОДОБРИ СЪЗДАВАНЕТО НА МЕЖДУВЕДОМСТВЕН КООРДИНАЦИОНЕН СЪВЕТ ЗА ДЕТСКАТА БОЛНИЦА

Министерският съвет прие Постановление за създаване на Междуведомствен координационен съвет по въпросите на Националната детска болница.

Съветът ще се ръководи от министъра на здравеопазването и ще осигури постоянна координация на най-високо ниво по въпросите на Националната детска болница, която ще елиминира тежките и бавни междуведомствени процедури, твърдят от МС. В Междуведомствения координационен съвет участват министрите на регионалното развитие и благоустройството, транспорта и съобщенията, иновациите и дигиталната трансформация, образованието и науката, труда и социалната политика и околната среда и водите. В състава му са включени също заместник-министър на финансите и изпълнителните директори на Агенцията по геодезия, картография и кадастър и Агенцията по обществени поръчки.

НАД 7% ОТ РЕГИСТРИРАНИТЕ СЛУЧАИ НА ИНТОКСИКАЦИЯ С АЛКОХОЛ И НАРКОТИЦИ СА ПРИ ДЕЦА ПОД 15 ГОДИНИ



5874 са регистрираните у нас случаи на остри интоксикации, свързани с употребата на психоактивни вещества, през първото полугодие на 2026 г., показват оперативните данни на Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА).

От тях най-много са интоксикациите с алкохол – общо 4545, като 282 от случаите са при деца под 15-годишна възраст – 154 при момчета и 128 при момичета. Други 269 от случаите пък са при деца между 16 и 18 години – 157 при момчета и 112 при момичета. Острите интоксикации с наркотици пък са общо 848, сочат още оперативните данни на НЦОЗА. От тях случаите при деца под 15-годишна възраст са 50 – 39 при момчета и 11 при момичета, а интоксикациите при непълнолетните за полугодие са 69, от които 50 при момчета и 19 при момичета.

ДОЦ. Д-Р ЙОРДАНКА УЗУНОВА: „НЕОБХОДИМИ СА СЕРИОЗЕН КОНТРОЛ И МЕРКИ, НАСОЧЕНИ КЪМ РИСКОВИТЕ РЕГИОНИ“

bTV



Доц. д-р Йорданка Узунова, началник на Клиниката по педиатрия към УМБАЛ „Лозенец“ и секретар на БПА, гостува в ефира на bTV, където коментира ситуацията с морбили, ваксинационното покритие в страната и случаите с фиктивни ваксинации.

Тя подчерта, че за да се предотвратяват епидемични взривове от морбили, е необходимо ваксинационното покритие да достигне 97%.

По повод твърденията за фиктивни ваксинации доц. Узунова беше категорична, че подобни случаи не бива да се представят като масова практика сред лекарите. „Това се е случило в определени региони, определени места и въпреки всичко трябва да се докаже.“

По повод твърденията за фиктивни ваксинации доц. Узунова беше категорична, че подобни случаи не бива да се представят като масова практика сред лекарите. „Това се е случило в определени региони, определени места и въпреки всичко трябва да се докаже.“

Доц. Узунова призова за сериозен контрол и конкретни мерки в рисковите региони, както и за анализ защо именно там се наблюдават епидемични взривове.

ДОЦ. Д-Р ВАСКА ВАСИЛЕВА:
НАЙ-ГОЛЯМОТО ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО
Е КОГАТО СТАРТИРАМЕ ЛЕЧЕНИЕ
ПРИ ДЕТЕ, ЗА КОЕТО ЗНАЕМ,
ЧЕ СМЕ ЕДИНСТВЕНИЯТ МУ ШАНС

Medical News



„Може би най-предизвикателно е когато стартираме лечение при дете, при което знаем че сме единствения му шанс, че нямаме никакво право

на грешка. Имали сме ситуации, когато се е налагало да откажем лъчелечение, тъй като е нямало да допринесем за подобряване състоянието на детето и тези случаи се помнят за цял живот. За щастие, всички тези предизвикателни за нас ситуации са изключително редки и доминира чувството на удовлетвореност от успешно проведеното лечение и добрите резултати при децата”, споделя в интервю за Medical News доц. д-р Василева, гм, началник на Отделението по лъчелечение към Клиниката по медицинска онкология в УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“.

**ОТ 2026 Г. БЕЗПЛАТНА ВАКСИНАЦИЯ СРЕЩУ HPV МОГАТ
ДА ПОЛУЧАТ МОМИЧЕТА ОТ 10 ДО 18 НЕНАВЪРШЕНИ ГОДИНИ И
МОМЧЕТА ОТ 10 ДО 14 НЕНАВЪРШЕНИ ГОДИНИ**

Вашата препоръка е от значение.

Използвайте всяко посещение като възможност да предпазите вашите пациенти.

**НОВО
от 2026**



* Изображението е с илюстративна цел.

Gardasil 9. Съкратена информация за предписване Повече информация може да намерите в Кратката характеристика на продукта. Електронен адрес: <https://spconline.msd-info.net> За допълнителна информация или за да съобщите за нежелана лекарствена реакция използвайте: dprosbulgaria@msd.com 1. **Име на лекарствения продукт:** Gardasil 9 инжекционна суспензия 2. **Качествен и количествен състав:** Адсорбирана 9-валентна ваксина срещу човешки папиломавирус [типове: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58] (рекомбинантна) 3. **Терапевтични показания:** Gardasil 9 е показан за активно имунизирание на лица след 9-годишна възраст, за предпазване от следните HPV заболявания: • Премалигнени лезии и карцином, засягащ цервикса, вулвата, вагината и ануса, причинени от ваксиналните HPV типове. • Генитални брадавици (Condyloma acuminata), причинени от определени HPV типове. 4. **Дозировка и начин на приложение:** Лица на възраст от 9 до 14 години включително - Gardasil 9 може да се прилага по 2-дозова схема (0, 6 – 12 месеца); Лица на 15 и повече години Gardasil 9 трябва да се прилага по 3-дозова схема (0, 2, 6 месеца). 5. **Противопоказания:** Свръхчувствителност към активното вещество или към някое от помощните вещества, изброени в точка 6.1 на КХП. 6. **Специални предупреждения и предпазни мерки при употреба:** Ваксината може да предпази само от заболявания, които се причиняват от HPV типове, за които е предназначена. Ваксината е само за профилактично приложение и няма ефект върху HPV инфекции или развито клинично заболяване. Ваксината не е демонстрирала терапевтичен ефект. При юноши, след ваксиниране, а дори и преди това, може да настъпи синкоп (припадък), понякога свързан с падане като психогенен отговор към инжекцията с игла. Затова е необходимо наблюдение за около 15 минути след ваксиниране. 7. **Нежелани лекарствени реакции:** Най-често наблюдаваните нежелани реакции са реакции в мястото на инжектиране (84,8 % от имунизираните до 5 дни след всяка визита за имунизирание) и главоболие (13,2 % от имунизираните до 15 дни след всяка визита за имунизирание). Тези нежелани реакции са обикновено леки или умерени по интензивност. За повече информация вж. т. 4.8 на КХП. 8. **За клинично значими взаимодействия с други лекарствени продукти:** Gardasil 9 може да се прилага едновременно с комбинирана бустер ваксина срещу дифтерия (d) и тетанус (T), срещу коклюш [ацелуларна компонента] (ap) и/или полиомиелит [инактивиран] (IPV) (dTap, dT-IPV, dTap-IPV ваксини) без значимо повлияване на антиляковия отговор към някой от компонентите на всяка от ваксините. Използването на хормонални контрацептиви по-скоро не оказва влияние върху типа на имунния отговор към Gardasil 9. 9. **Клинично значима информация за специфични популации (бременност, кърмене, фертилитет):** Няма достатъчно данни, за да може да се препоръча използването на Gardasil 9 по време на бременност. Gardasil 9 може да се използва по време на кърмене. Проучванията при животни не показват вредни ефекти върху фертилитета. 10. **Предпазване от ювенилна рецидивираща респираторна папиломатоза (juvenile-onset recurrent respiratory papillomatosis, JoRRP)** чрез ваксиниране на момичета и жени с детероден потенциал JoRRP се причинява от инфекция на горните дихателни пътища главно с HPV тип 6 и 11, придобита вертикално (от майка на дете) по време на раждане. Обсервационни проучвания в САЩ и Австралия показват, че въвеждането на qHPV ваксина след 2006 г. е довело до намаляване на честотата на JoRRP на популационно ниво. 11. **Притежател на разрешението за употреба:** Merck Sharp & Dohme B.V. Waarderweg 39 2031 BN Haarlem Нидерландия 12. **Начин на предписване:** Използването на Gardasil 9 трябва да става в съответствие с официалните препоръки. При повечето хора, HPV се самоизчиства. В случаите, в които не се изчиства обаче, HPV може да предизвика определени видове рак и други заболявания.

Лекарствен продукт по лекарско предписание. Преди да предпишете Gardasil9, моля консултирайте се с кратката характеристика на продукта.

Мерк Шарп и Доум България ЕООД, София 1407, бул. „Н. Й. Вапцаров“ 55, ет. 1, източно крило, сектори Б1 и Б2 тел.: (02) 819 37 37; факс: (02) 862 51 96; e-mail: info-msdbg@msd.com; Veeva code: BG-GSL-00457 Всички права запазени.

Copyright © 2026 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA and its affiliates. All rights reserved. Само за медицински специалисти.

Д-р Михаела Блажева:

„Човек трудно може да промени света в неговата цялост, но лекарят има силата да промени света на един човек“



Д-р Михаела Блажева е млад лекар и специалист по педиатрия. Завършва Медицински университет – София през 2024 г. Още по време на следването си натрупва практически опит в амбулаторна педиатрична практика, който изиграва ключова роля в избора ѝ на специалност. В момента работи като лекар-специализент в Детска клиника на УМБАЛ „Александровска“, където

развива клиничните си умения и интереса си към детското здравеопазване. Професионалните ѝ интереси са насочени към осигуряване на равен достъп до качествена медицинска грижа за всички деца и към развитието на съвременна, ориентирана към пациента педиатрия.

Защо решихте да бъдете лекар?

Решението да стана лекар дойде от убеждението ми, че човек трудно може да промени света в неговата цялост, но лекарят има силата да промени света на един човек. В момент на болест и несигурност навременната помощ, правилната дума или успешното лечение могат да имат огромно значение за пациента и неговото семейство. Именно тази възможност – да бъдеш реална опора и да повлияеш пряко върху живота на конкретен човек – ме насочи към медицината. Това е професия, в която резултатът от усилията ти не е абстрактен, а човешки, видим и дълбоко смислен, въпреки всички трудности, които я съпътстват.

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

В ранните ми студентски години педиатрията не беше специалност, която си

представях, че ще избира. С времето и натрупването на опит обаче посоката ми се промени. Започнах работа в амбулаторен педиатричен кабинет и именно там открих истинския смисъл на педиатрията. Работата с деца, динамиката на специалността и връзката с пациентите и техните семейства ме спечелиха. Постепенно се убедих, че това е областта, в която искам да се развивам професионално.

Лично за вас какво е педиатрията?

Като специалист по педиатрия за мен педиатрията е осъзнат избор и професионално призвание. Това е специалност, която съчетава клинична отговорност с дългосрочна грижа за развитието и здравето на детето. Всеки пациент е в процес на растеж и промяна, което изисква непрекъснато учене, наблюдателност и адаптиране на подхода.

Педиатърът според вас трябва да е...

Отдаден на професията си, търпелив и да подхожда с разбиране както към децата, така и към техните родители.

С какви трудности се сблъсквате като специалист?

На първо място това е високото натовар-

ване, често съчетано с дежурства и ограничено време за възстановяване, което изисква добра лична устойчивост. Друга съществена трудност е отговорността към пациентите при сравнително ограничен клиничен опит в началото, което създава напрежение и нужда от постоянна подкрепа и супервизия.

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

Да, в повечето случаи пациентите и техните родители ми вярват, въпреки че съм млада. Първоначално понякога има колебание, но то бързо се преодолява чрез спокойна комуникация, внимателен преглед и ясно обяснение на състоянието и лечението. Доверието се изгражда с професионално отношение, последователност и ангажираност, а възрастта остава на заден план, когато родителите усетят компетентност и искрена грижа за детето.

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

Неравен достъп до здравни услуги – децата, особено в малките населени места и сред уязвимите групи (например деца от ромски произход), имат ограничен достъп до здравни услуги като профилактични прегледи, ранна диагностика и специализирана

на помощ. Това води до по-висока детска смъртност и по-лоши здравни показатели в тези групи. Показатели като бедност, социално изключване и ограничен достъп до качествено ранно детско развитие допълнително влошават здравето на децата, като пречат за навременното използване на здравни и превантивни услуги.

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

Бих искала всички деца, независимо от това в кой град на България живеят и от каква социална среда произхождат, да имат равен достъп до висококачествена и навременна медицинска грижа. Детското здраве не бива да зависи от географията или възможностите на семейството, а от добре организирана система, която поставя нуждите на детето в центъра. Това е промяната, към която се стремя и в която вярвам, че всеки лекар може да има своя принос.

Каква е вашата визия за Национална педиатрична болница?

България има реална нужда от Национална педиатрична болница. Като специалист по педиатрия виждам колко фрагментирана е в момента грижата за тежко болните деца – разпокъсана между различни болници, клиники и градове, често без достатъчна



координация .Една национална педиатрична болница би осигурила концентрация на високоспециализирана експертиза и мултидисциплинарен подход, съобразени изцяло с нуждите на децата.

Какви са плановете ви, след като завършите специализацията?

След завършване на специализацията планирам да продължа професионалното си развитие в педиатрията, като надграждам знанията и уменията си в конкретна област на детската медицина. За мен е важно да остана в клиничната практика, да работя с деца и техните семейства и да прилагам съвременни, основани на доказателства подходи. Планирам също да участвам в допълнителни обучения и квалификации, включително курсове и специализации, както и да се включавам в професионални и научни инициативи.

За какво мечтаете като млад специалист?

Като млад специалист мечтая да бъда добър и уверен лекар, на когото родителите могат да се доверят, а децата да се чувстват спокойни и разбрани. Мечтая да работя в среда, която подкрепя професионалното развитие, екипността и качествената медицинска грижа, а не изтощава мотивацията.



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.



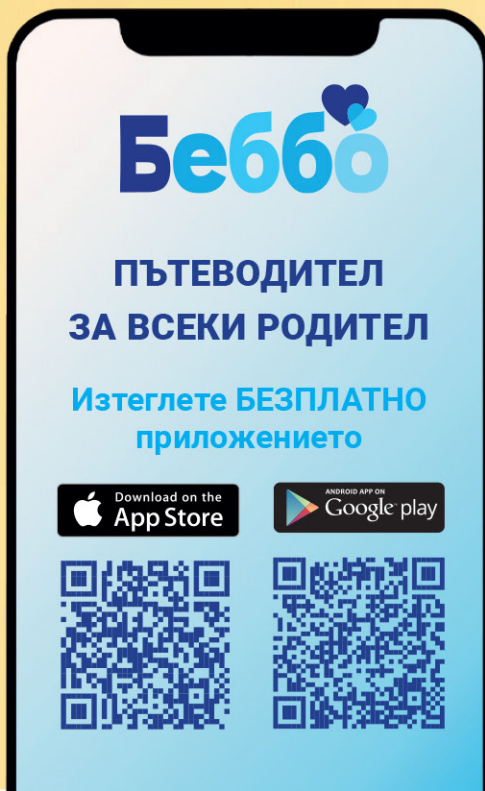
Може да съхранява информация за посещенията на детето при лекаря.



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

ПЕРИКАРДЕН ИЗЛИВ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ. АЛГОРИТЪМ ЗА ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ПЕРИКАРДНА ТАМПОНАДА

З. Иванов¹, С. Али^{1,2}, Д. Печилков³

¹Клиника по педиатрия,
УМБАЛ „Св. Георги“, Пловдив

²Катедра по педиатрия „Проф. д-р Иван
Андреев“, МУ – Пловдив

³Детско интензивно отделение, МБАЛ
Национална кардиологична болница, София

Перикардният излив (ПИ) представлява аб-
нормно акумулиране на течност в пери-
кардния сак, като едно от основните му
усложнения е перикардната тампонада [1].
Перикардната тампонада (ПТ) е спешно жи-
вотозастрашаващо състояние, при което
натрупани в перикардното пространство
течност, кръв, гной или газ притискат сър-
дечните кухини, намаляват диастолното
пълнене и сърдечния дебит, причинявайки
артериална хипотензия и сърдечен арест
[2]. ПТ спада към обструктивните форми

на шок [3]. Ехокардиографската оценка на излива се базира на измервания в поне няколко различни проекции. Измерва се най-големият перпендикулярен диаметър между париеталния перикард и епикарда в края на диастолата [4]. В зависимост от това се различават:

- малък ПИ – <10 мм;
- умерен ПИ – 10 – 19 мм;
- голям ПИ – >20 мм [2].

При малки ПИ честотата на ПТ е 2%, а при средни и големи – до 30% [4]. Важно е да се отбележи, че дори малко количество течност, натрупано бързо, може да доведе до развитие на перикардна тампонада, докато по-големи обеми, акумулирани постепенно, могат да бъдат компенсирани за по-дълъг период без значими хемодинамични нарушения [2].

Етиология

Причините за ПИ, респективно ПТ, са многобройни и варират в широки граници, Таблица 1. Сред по-важните от тях са: инфекции (вирусен, бактериален, туберкулозен мио/перикардит), метаболитни нарушения (уремия, Адисонова болест, микседем), неоплазми (вторични метастатични тумори, левкемия, лимфом), автоимунни заболявания (системен лупус еритематозес,

Таблица 1. Причини за ПИ, респективно ПТ.

Причини за ПИ	Примери
Инфекциозни	Вирусен, бактериален, туберкулозен мио/перикардит
Метаболитни нарушения	Уремия, Адисонова болест, микседем
Автоимунни заболявания	Системен лупус еритематодес, ревматоиден артрит, системна склероза
Неоплазми	Вторични метастатични тумори, левкемия, лимфом
Травми	Хемоперикард
Ятрогенни	Перкутанни коронарни интервенции, перкутанна валвулопластика, поставяне на централен венозен катетър, химио- и лъчетерапия
Други	Болест на Кавазаки, ювенилен идиопатичен артрит, миокарден инфаркт, автоинфламаторни заболявания

ревматоиден артрит, системна склероза) и травми (хемоперикард). Други по-редки причини са болест на Кавазаки, ювенилен идиопатичен артрит, миокарден инфаркт, заболявания на околни органи (аортна аневризма, пневмония, белодробен инфаркт, остър некротичен панкреатит), автоинфламаторни заболявания (фамилна средиземноморска треска) [5-7].

Смята се, че 20% от случаите на ПТ са ятрогенни, свързани с хирургични или нехирургични причини [8]. Сред тях са сърдечни операции (постперикардиотомен синдром), перкутанни коронарни интервенции, перкутанна валвулопластика, поставяне

на централен венозен катетър, антикоагулантна терапия, фибринолиза, химио- и лъчетерапия [5, 8]. Според характера на течността – трансудативен или ексудативен – може да се предполага етиологията. Трансудативна течност акумулира при нарушен дренаж на перикарда, докато ексудативната – вследствие на инфекциозни, аутоимунни, възпалителни и малигнени процеси [7].

Патогенеза

Перикардът се състои от два слоя – висцерален и париетален, между които има пространство с малко количество перикардна течност (ок. 20 – 30 мл). Той има важни структурни, защитни и лубрикиращи свойства, които способстват сърдечната функция [7]. Нормалният перикард има ограничена разтегливост и обемен капацитет от около 150 мл [4]. Когато този обем (т.нар. резервен перикарден обем) бъде надхвърлен, интраперикардното налягане (ИПН) започва стръмно да се покачва. С напредване на процеса се нарушава диастолното пълнене на сърцето, тъй като пълнещите налягания на сърдечните кухини не могат да преодолеят повишеното ИПН. При изравняване на ИПН с налягането на дясното предсърдие настъпва претампонада, характеризираща се със системен

венозен застои и начеващо спадане на сърдечния дебит. Клинично изявена тампонада се получава, когато ИПН достигне налягането в лявото предсърдие с последващ циркулаторен шок [4, 7, 9]. Физиологично обусловените, свързани с дишането промени в кръвотока през сърдечните кухини и съдове се засилват по време на ПТ. При инспириум нараства преднатоварването, като дясната камера се разширява поради увеличения приток на кръв и намалява преднатоварването на лявата камера, което клинично се манифестира с намаляване на амплитудата на пулсовата вълна, т.нар. парадоскален пулс.

Компенсаторните механизми – тахикардия, увеличен контрактилитет, периферна вазоконстрикция – временно поддържат перфузията на органите, но постепенно се изчерпват и водят до хипотензия и циркулаторен шок. От особено значение е скоростта на натрупване на течността в перикарда, като в зависимост от това ПТ се дели на остра и хронична. Бавното акумулиране може да не доведе до клинични симптоми, дори когато е налично значително количество течност, поради постепенното разтягане на перикарда и задействането на компенсаторните механизми. Бързото натрупване дори на малко количество

течност, от друга страна, води до бързо повишаване на ИПН и изява на хемодинамичен срив и шок [4, 7, 9]. При неравномерно разпределение на перикардната течност (например сраствания след перикардит, сърдечна операция и др.) малко количество течност може да причини локално притискане на сърдечните кухини (по-често десни) и развитие на ПТ [9].

Клинична картина

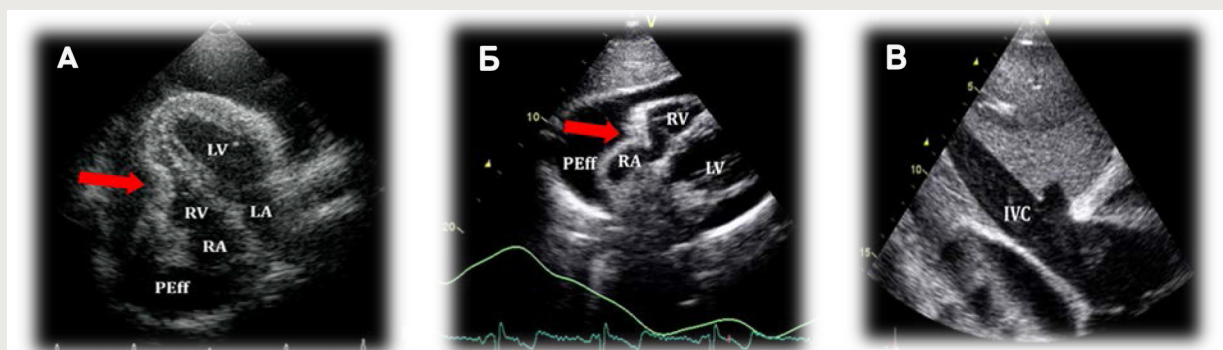
При малките деца клиничната картина при ПИ често е неспецифична. Основен симптом при по-големите деца е гръдната болка, облекчаваща се в изправено положение и навеждане напред. В зависимост от етиологията могат да са налице фебрилитет, кашлица и диспнея. Перикардното триене е патогномонична аускултаторна находка за перикардит, но то може да липсва при големи изливи, причиняващи ПТ [4]. Вследствие на компресията на околни структури при голям ПИ могат да се наблюдават дисфагия, дисфония, хълцане, гадене, повръщане [4, 5]. В началните етапи на ПТ сърдечният дебит е запазен благодарение на компенсаторните механизми и най-характерният белег е синусовата тахикардията в покой. С напредване на процеса настъпва декомпенсация с изява на белези на хемо-

динамичен колапс с нисък сърдечен дебит: бледа, студена и мраморирана кожа, удължено време на капилярно пълнене, спадане на артериалното налягане [4, 7, 9]. Класическата за ПТ триада на Бек (хипотензия, глухи сърдечни тонове и изпъкване на югуларните вени) е важна за диагнозата, но може да липсва в до 30% от случаите [8, 9]. Налице са тахипнея и отслабени периферни пулсации. Характерен за ПТ е т.нар. парадоксален пулс – понижаване на систолното артериално налягане >10 mmHg при инспириум. Той може да липсва в случаи на тежка хиповолемия и артериална хипотензия, предсърдни септални дефекти, аортна регургитация, перикардни адхезии около дясната камера, някои случаи на деснокамерна хипертрофия. За еквивалент на парадоксалния пулс се счита респираторната вариабилност във формата на пулсоксиметричната вълна [10]. Клинични прояви на системен венозен застой са хепатомегалията, хепатоюгуларният рефлукс и белегът на Кусмаул (повишено югуларно венозно налягане при инспириум). Късни прояви на ПТ са цианозата и нарушеното съзнание [8].

Диагностични изследвания

Ехокардиографията е най-надеждният метод за диагностициране на ПТ и за оценка

на размера, локализацията и хемодинамичното въздействие на перикардния излив. Първият признак за нарушена хемодинамика е колапсът на свободната стена на дясната камера в ранна до средна диастола при експириум, който е много специфичен, Фигура 1А [7]. Колапсът на дясното предсърдие в късна диастола и ранна систола при експириум също е характерен, Фигура 1Б. Липсата на колапс на дясната камера може да е налице в случаи на повишено диастолично налягане в десните камери, като при белодробна хипертония, белодробна вентилация с положително налягане или тежка лявокамерна недостатъчност [7, 9]. При прогресиране на ПТ може да се появи диастоличен колапс на лявото предсърдие и лявата камера. Дилатираната долна куха вена без физиологичен инспираторен колапс ($>50\%$ намаление на диаметъра по време на вдиш-



Фигура 1. А. Перикарден излив и колабирала дясна камера; Б. Перикарден излив и колабирало дясно предсърдие; В. Дилатирана долна празна вена (плетора) [2].

ване), т.нар. плетора на долната куха вена, също е характерна, Фигура 1В. Други признаци са: респираторни вариации в кръвотока през атриовентрикуларните клапи и размера на сърдечните камери, люлеене на сърцето, разширени чернодробни вени [7]. Рентгенографията на гръден кош има второстепенно значение за диагнозата ПТ. Характерен белег е кардиомегалията. Налице могат да са съпътстващи плеврални изливи и белодробна олигемия [4]. Рентгенографията има особено значение за профилактика на ПТ вследствие малпозиция на върха на централния венозен катетър [8].

Електрокардиографски признаци на ПТ са: синусова тахикардия, намалени волтажи на QRS-комплексите, дифузни неспецифични ST-промени и електричен алтернанс (променливи амплитуди на Р-вълни, QRS-комплекси и Т-вълни поради „люлеещото се“ сърце) [5, 7].

Лечение

Консервативната терапия при ПТ има значение единствено за стабилизиране на състоянието и поддържането на жизнените функции на пациента до осъществяването на дренаж. Усилията са да се оптимизира сърдечния дебит чрез интравенозни инфузии на глюкозо-солеви и колоидни разтвори и кислородотерапия. Абсолютно противо-

показани са диуретици, които намаляват вътресъдовия обем и съответно пълнещите налягания на сърцето, както и вазодилататори, седативни и обезболяващи средства, които намаляват периферното съдово съпротивление. Препоръчително е да се избягва инвазивната белодробна вентилация с РЕЕР поради допълнителното намаляване на сърдечния дебит. Използването на инотропни средства е с ограничен ефект [4, 7, 9]. В случай на сърдечен арест при пациенти с голям перикарден излив сърдечните компресии са малко ефективни поради силно ограниченото диастолно пълнене [9].

Единствено дефинитивно лечение на ПТ е дренирането на перикардната течност. То може да стане чрез перикардиоцентеза, продължителен перикарден дренаж и перикардиотомия [7].

Перикардиоцентезата е инвазивна процедура за евакуиране на ексцесивно натрупаната в перикардния сак течност, компрометираща хемодинамиката. В условия на спешност с непосредствена заплаха за живота на пациента се извършва спешна перикардиоцентеза. В тези случаи е допустимо извършване на манипулацията „на сляпо“, като най-подходящ е субксифоидният достъп. Във всички останали ситуации е необходимо използва-

нето на ехографски или рентгенов контрол. Няма абсолютни контраиндикации за перикардиоцентезата [7].

Преди процедурата е задължително осигуряване на стабилен достъп до циркулацията на пациента – 2 броя периферни венозни източници или един централен. Преди и по време на манипулацията задължително се мониторира основните жизнени функции – дишане, сърдечна честота, артериално налягане, транскутанна кислородна сатурация. Ако пациентът е в съзнание, препоръчително е използването на седация. Торсът се позиционира под 45° , за да се доближи сърцето максимално до предната гръдна стена. При балониран стомах се прибегва към декомпресия чрез назогастрална сонда. Преди манипулацията е необходима проверка на пълния статус на съсирване и тромбоцитния брой. Кожата около пункционното място се почиства с антисептични разтвори. Препоръчително е използването на локална инфилтрационна анестезия. Пункционната игла (лумен 16 – 18G) се поставя между ксифоидния израстък и лявата ребрена дъга под ъгъл $30 - 45^\circ$ и се насочва към лявото рамо. Придвижва се бавно напред, като същевременно се извършва непрекъсната аспирация със спринцовка до поява на течност. Дренажирането на перикардния излив трябва да

става бавно и постепенно с цел избягване на парадоксална камерна дисфункция и исхемия на миокарда след декомпресия. При неуспешна перикардна пункция или наличие нагноен излив, метод на избор е хирургичният дренаж чрез перикардиотомия [5, 7]. Той се предпочита при травма с подозирано вътреперикардно кървене, хемоперикард с коагулуми, както и при различни торакални деформитети, възпрепятстващи достъпа чрез игла [7].

Алгоритъм за поведение при ПИ и заплахваща ПТ

При проследяване на дете с ПИ задължение на всеки педиатър е ранно разпознаване на белезите на претампонада и предприемане на мерки за избягване на ПТ.

1. Първоначална клинична оценка (в първите 6 часа)

- Проследяване на витални показатели – сърдечна честота, артериално кръвно налягане, дихателна честота, кислородна сатурация, температура, диуреза;
- Капилярно пълнене;
- Толеранс към позиция (влошаване в легнало положение);
- Наличие на диспнея, гръдна болка, синкоп;
- Неспокойствие/умора;
- Глухи сърдечни тонове;

- Белези на претампонада: дилатирани шийни вени, остро настъпила хеатомегалия, хепатоюгуларен рефлукс, парадоксален пулс.

Алармиращи симптоми и белези: тахикардия без фебрилитет, тахидиспнея в покой, синкоп, прогресивна умора, белези на претампонада

2. Параклинични и образни изследвания

2.1. Лабораторни изследвания

- ПКК, CRP, СУЕ;
- Тропонин (изключване на миоперикардит);
- Кръвни култури при фебрилитет;
- Биохимия (електролити, креатинин – преди НСПВС).

2.2. ЕКГ

- Синусова тахикардия;
- Нисък волтаж;
- ST-промени;
- Електрически алтернанс (късен белег).

2.3. Рентгенография на гръден кош

- Кардиомегалия.

2.4. Ехокардиография

- Размер на излива (mm);
- Динамика спрямо предходно изследване;
- Колапс на RA (край-систолен);
- Диастолен колапс на RV;
- IVC – диаметър и респираторна вариация;
- Респираторна вариация на AV-потоците.

3. Стратификация на риска

До момента **няма ясни препоръки за стратификация на риска от развитие на ПТ при деца с ПИ**. Съществува триажна система за спешно поведение при перикардна тампонада за пациенти над 18-годишна възраст. Тя се базира на оценъчна система, комбинираща етиологията, клиничната картина и находката от образните изследвания [12].

На база на нашия клиничен опит и съвременните препоръки за поведение при ПИ и ПТ при деца предлагаме система за стратификация на риска [13]. Тя няма за цел да замести националните препоръки за поведение в тази спешна ситуация, но може да бъде полезна при вземане на решение за необходимостта от дренаж на перикарден излив в детска възраст.

3.1. Нисък риск – дете с малък/средно голям ПИ, който не смущава хемодинамиката

Симптоми и белези: прекордиална гръдна болка, суха кашлица, диспнея, ортопнея, тахикардия, перикардно триене;

ЕКГ: ST-промени от ЕКГ; по-рядко електрически алтернанс и нисък волтаж;

Ехокардиография: ПИ <2 см, без компресия на сърдечни кухини;

Поведение: Да се проследява ехокардиографски през 48 – 72 ч., освен ако не се на-

блюдава влошаване в състоянието. Планова диагностика и консервативно лечение.

3.2. Средно висок риск – дете с голям ПИ, който не смущава хемодинамиката

Симптоми и белези: по-рядко е налице перикардно триене, клинично трудно различим от малък/среден ПИ;

ЕКГ: ST-промени от ЕКГ; по-често се наблюдават електрически алтернанс и нисък волтаж;

Ехокардиография: ПИ >2 см, без компресия на сърдечни кухини;

Поведение: Ежедневно мониториране на АН, СЧ и общото състояние на пациента. Ехокардиографска оценка на излива на всеки 24 ч. Планова диагностика и консервативно лечение.

3.3. Висок риск – дете с ПИ, причиняващ претампонада (нарушено пълнене на сърцето, без това да води до хемодинамичен колапс)

Симптоми и белези: изразена тахикардия, парадоксален пулс, дилатирани шийни вени, остра хепатомегалия, хепатоюгуларен рефлукс;

Ехокардиография: данни за компресия на десни сърдечни кухини, дилатирана ДКВ, респираторна вариация на АВ-потоци;

Поведение:

- Превеждане в педиатрично интензивно отделение

- Мониториране на СЧ, АН, кислородна сатурация на всеки час; време на капилярно пълнене на всеки 3 часа; проследяване на диуреза на всеки 12 часа;
- Оценка за наличие на симптоми, които са непосредствена заплаха за живота – промени в съзнанието, десатурация, нишковиден пулс, време на капилярно пълнене >3 сек., артериална хипотензия;

- При липса на симптоми за непосредствена заплаха за живота – инициране на поддържаща терапия: O₂ суплементация, интравенозни инфузии, повдигане на краката на болния, инотропни медикаменти. Превеждане по спешност в хирургична клиника за перикардиоцентеза.

- При наличие на симптоми, които са непосредствена заплаха за живота, и нетранспортабилен пациент – извършване на спешна перикардиоцентеза от лекар интензивист, детски кардиолог, кардиохирург или детски хирург, а при липса на такъв специалист – от дежурния лекар.

3.4. Много Висок риск – дете с ПИ, причиняващ тампонада и хемодинамичен колапс

Симптоми и белези: триада на Бек, белези на претампонада + шок (филиформен пулс, време на капилярен рефил >3 сек, студени крайници, мраморирана кожа, олиго/анурия), O₂ десатурация, промени в съзнание-

то, брадикардия/асистолия;

Ехокардиография: компресия на сърдечните кухини, Вкл. и левите;

Поведение:

- Превеждане в интензивно отделение;
- Извършване на спешна перикардиоцентеза от лекар интензивист, детски кардиолог, кардиохирург или детски хирург, а при липса на такъв специалист – от дежурния лекар.

Заклучение

ПТ е спешно животозастрашаващо състояние, което макар и рядко в детска възраст, трябва да се познава от всеки педиатър. Ранната диагноза е ключова за провеждане на навременно лечение и предпазване от последващи усложнения, включително и от летален изход.

Библиография:

1. Gaillard F, Weerakkody Y, Param-Phillips P. Pericardial effusion. In: Radiopaedia.org. Radiopaedia.org; 2009. doi:10.53347/rID-7729.
2. Pérez-Casares A, Cesar S, Brunet-Garcia L, Sanchez-de-Toledo J. Echocardiographic Evaluation of Pericardial Effusion and Cardiac Tamponade. Front Pediatr. 2017 Apr 24;5. doi:10.3389/fped.2017.00079.

3. Kliegman Robert, St Geme JW, Blum NJ, et al. Nelson textbook of pediatrics. Vol. 1. Elsevier; 2025. 567–568 p.
4. Wang TKM, Klein AL, Cremer PC, et al. 2025 Concise Clinical Guidance: An ACC Expert Consensus Statement on the Diagnosis and Management of Pericarditis. JACC. 2025 Dec;86(25):2691–719. doi:10.1016/j.jacc.2025.05.023.
5. Лачева А, Печилков Д. Перикардни изливи и перикардна тампонада. Спешна педиатрия (Пето издание), под редакцията на Шмилев Т. Медицинско издателство "Райков"; 2025. 357–360 p.
6. Чочкова Л. Перикардити. Препоръки за поведение при някои спешни състояния в педиатрията, под редакцията на Иванов И. и Шмилев Т. Пловдив: Медицински университет – Пловдив; 2021. 113–121 p.
7. Mehdizadegan N, Mohammadi H, Amoosgar H, et al. Pericardial effusion among children: Retrospective analysis of the etiology and short-term outcome in a referral center in the south of Iran. Health Sci Rep. 2022 May 23;5(3). doi:10.1002/hsr2.652.
8. Lazea C. Emergency Pericardiocentesis in Children. In: Bedside Procedures. InTech; 2018. doi:10.5772/intechopen.70700.
9. Messina Alvarez AA, Bilal MA, Manasrah N, Chaudhary A. Iatrogenic Cardiac Tamponade

Secondary to Central Venous Catheter Placement: A Literature Review. Cureus. 2023 Apr 17. doi:10.7759/cureus.37695.

10. Spodick DH. Acute Cardiac Tamponade. New England Journal of Medicine. 2003 Aug 14;349(7):684-90. doi:10.1056/NEJMr022643.

11. Mills L, Udupa S, Gow R. Pulse Oximetry Waveform: Important Bedside Tool to Assess Cardiac Tamponade. J Pediatr. 2016 Feb;169:320-320.e1. doi:10.1016/j.jpeds.2015.10.094.

12. Risti AD, Imazio M, Adler Y, et al. Triage strategy for urgent management of cardiac tamponade: a position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. Eur Heart J. 2014 Sep 2;35(34):2279-84. doi:10.1093/eurheartj/ehu217.

13. Schulz-Menger J, Collini V, Gröschel J, et al. 2025 ESC Guidelines for the management of myocarditis and pericarditis. Eur Heart J. 2025 Oct 22;46(40):3952-4041. doi:10.1093/eurheartj/ehaf192.



WWW.PEDIATRIA-BG.EU

· НОВИНИ · ИНТЕРВЮТА · СТАНОВИЩА · СЪБИТИЯ · СТАТИИ



ДИФЕРЕНЦИАЛНА ДИАГНОЗА НА АФТОЗНИТЕ ЛЕЗИИ В КЪРМАЧЕСКА ВЪЗРАСТ

А. Мазгалджиева, В. КендEROва

Клиника по педиатрия,
АСК УМБАЛ „Токуда“ – София

Афтозните лезии в кърмаческа възраст представляват често срещан симптом, предимно в амбулаторната практика. Въпреки високата им честота, тяхната нозологична класификация и нива на заболяемост остават предмет на дискусия. Данните в литературата показват значителни вариации в разпространението им – от 4.1 до над 50% [1].

Оралните лезии обхващат широк спектър от състояния и могат да бъдат класифицирани в няколко основни групи:

- Симптом на инфекциозно заболяване;
- Резултат от механична травма;
- Лезии с автоимунна генеза;
- Неопластични процеси;
- Доброкачествени кистозни формации като перли на Epshtein и възли на Bohn.

Разпознаването на редките, но доброкачествени състояния е от съществено значение с оглед избягване на ненужни изследвания и терапевтични интервенции.

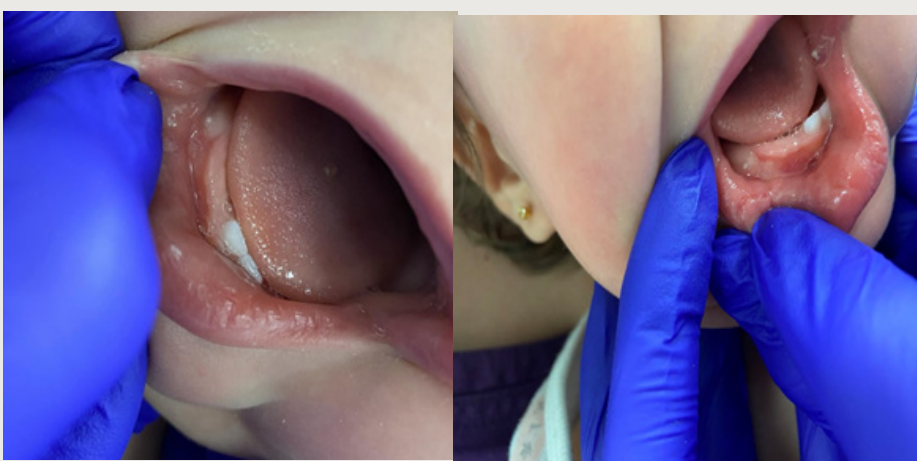
Често срещани лезии при новородени и кърмачета са перлите на Epshtein и ногулите на Bohn. Поради сходната им клинична изява те рядко се бъркат помежду си. Невинаги е възможно, нито е необходимо да се прави клинична разлика между тези две образувания [6].

Перлите на Epshtein са описани за първи път през 1880 г. от чешкия педиатър Алоис Епщайн [6]. Те засягат до 85% от новородените бебета и са с честота около 4 от 5 новородени [7]. Клинично се представят като малки, бели или жълти кистозни везикули, изпълнени с кератин, с размери до 3 мм, разположени по протежение на гаргеларалати, Фигура 1. Те са безвредни, не създават проблеми с храненето и не налагат терапевтична намеса [6, 7].



Фигура 1. Перли на Epshtein, собствен архив.

Възлите на Vohn представляват малки, твърди, жълтеникаво-бели, нефлуктуирещи папули с диаметър 1 – 3 мм, разположени по протежение на алвеоларния гребен. Липсва връзка между пола и честотата на кистите [6]. Както при перлите на Epstein, те също не изискват специфично лечение, Фигура 2.



Фигура 2. Нодули на Vohn, собствен архив.

Афтата е друга орална лезия, която е най-често срещана и засяга приблизително 20% от общата популация, е афтата [8]. Терминът се използва за първи път от Хипократ. Той описва болката с гръцката дума „aphtho” – „подпалвам”, „разпалвам”, „изгарям”, което корелира с типичното усещане за парене и болезненост. Афтите клинично се представят като повърхностни лигавични лезии с размери от 2 до 20 мм, покрити със сивкаво или жълтеникаво фибринозно дъно и заобиколени от яркочервен ореол (хало). Патоморфологично афтата не

преминава нивото на базалната мембрана. Лезиите могат да бъдат единични и множествени. При персистиране над 14 дни се приемат за хронични, докато при по-кратка давност се класифицират като остри язви. Оздравяват обикновено в рамките на 7 – 10 дни, без да оставят цикатрикс [8].

Основните причини за възникване на афтозни улцерации могат да бъдат:

- Локални причини, в това число спадат и афтите на Bednar;
- Травми от механичен, химичен и термичен произход;
- Афтози в рамките на рецидивиращ афтозен стоматит, като към него спадат 3 категории лезии: малки афти или язви на Милкуич с размер до 10 мм и честота до 95%, големи афти или афти на Сътън с размер над 10 мм и херпетиформни язви, които са множествени;
- Инфекции;
- Медикаменти като НСПВС, имunosupресивни медикаменти;
- Малигнени процеси;
- Системни заболявания като системен лупус еритематозус, при който афтозните лезии са втора по честота кожно-лигавична проява след пеперудообразния обрив и са безболезнени, синдром на Бехчет, реактивен артрит, възпалителни чревни забо-

лявания и др. При болестта на Крон оралните симптоми се срещат приблизително при 1/2 от пациентите.

Към групата на **оралните лезии с травматичен произход** спадат мукоцеле, ранула и болест на Риза-Феде. **Мукоцелето** най-често се асоциира с нарушения във функцията на малките слюнчени жлези, срещащо се при приблизително 3% от пациентите под едногодишна възраст. Клинично се представя като синкаво флукуиращо подуване, което може да причини механична обструкция по време на хранене, Фигура 3 [5]. **Ранулата** представлява по-рядко наблюдавана находка в неонаталния период и се локализира в областта на дъното на устната кухина. Патогенезата ѝ се свързва предимно с екстравазация на муцин, а по-рядко с ретенционни кисти, с честота 0.75%, Фигура 4. Клинично показва значително сходство с мукоцеле.



Фигура 3. Мукоцеле.



Фигура 4. Ранула.

Болестта на Рига-Феде е рядка травматична орална лезия, срещаща се по-често при мъжкия пол и обикновено се свързва с наличие на неонатални зъби или с други състояния като синдром на Riley-Day, синдром на Lesch-Nyhan, синдром на Tourette и церебрална парализа. Клинично се наблюдава кръгловата язвена лезия, покрита с белезникав налеп на вентралната повърхност на езика (до 60% от случаите), като по-рядко засяга устните, небцето и венците, Фигура 5 [5].



Фигура 5. Болест на Рига-Феде.

Лечението на лезиите, причинени от травматични увреждания, включва аспирация, криохирургични методи или хирургична ексцизия, в зависимост от клиничната изява и тежестта на състоянието.

Афтите на Bednar, известни още като „*ulcera pterygoidea*“, са описани за първи път през 1850 г. от австрийския педиатър Alois Bednar. Те представляват доброкачествени, повърхностни, симетрично разположени палатинални язви с тенденция за спонтанна регресия. Обикновено се локализируют по задната граница на твърдото небце при новородени и кърмачета, най-често от двудневна до 6-седмична възраст [2]. Въпреки това те могат да се наблюдават и при по-големи кърмачета, което следва да се има предвид в диференциалната диагноза на оралните афтозни лезии.

Афтите на Bednar са рядко явление. Според данни от проспективно проучване, проведено от Nebgen и съавтори, честотата им достига 15% (236 от 1494 новородени) [1, 2]. Наблюдават се значителни различия в зависимост от начина на раждане и хранене – при деца, родени по естествен механизъм и хранени с мляко за кърмачета, афтите се наблюдават при 29.8%, докато в групата на новородени, родени чрез опе-

ративен механизъм и естествено хранени, честотата е значително по-ниска – около 11.8%.

Етиологията остава неизяснена. В края на XIX и началото на XX век появата на язвени лезии в устната кухина при новородени е била свързвана с недохранване и лоша хигиена, поради което състоянието е било разглеждано като „болест на бедняците“.

По-късно във времето се утвърждава хипотезата за травматичния им произход, обусловен от начина, по който устната кухина на новороденото се почиства непосредствено след раждане или след хранене чрез използване на кърпа за избърсване [1, 3]. Съвременните публикации поставят акцент върху ролята на механични и имунологични фактори, отговорни за тяхната патогенеза, като увреждане на лигавицата от твърд биберон, груба кожа на зърното, хранене в хоризонтална поза [3]. Някои проучвания предполагат участие на имунни механизми, подкрепени от по-високата им честота при бебета, хранени с кърмаческа формула, родени по естествен механизъм и местоположението на афтите близо до оралните лимфоидни зони. Освен това, тези язви не са наблюдавани при недоносени новородени, но връзката с този феномен не е напълно изяснена [3, 4].

Клиничната картина се представя от неспокойно поведение, силен плач по време на хранене и отказ от хранене, което често тревожи родителите и е повод за консултация с педиатър. В отделни случаи симптомите могат да бъдат съпроводени и от повишена телесна температура, без други признаци на системна инфекция. Обективно лезиите са симетрични, рядко едностранни, разположени в задната част на твърдото небце. Те представляват повърхностен централен ексудат, заобиколен от хиперемичен ореол [1, 3, 4]. Язвите могат да бъдат забелязани и от родителите по време на хранене или при плач на детето.

Въпреки че афтите на *Bednar* са сравнително честа находка в кърмаческия период, те рядко се обсъждат в международната литература и клиницистите често са изправени пред диагностична дилема [2]. Поставянето на диагноза не се подкрепя от специални изследвания, а е клинично позрение [2]. Най-важната диференциална диагноза се прави със заболявания с инфекциозна генеза, но трябва да се имат предвид и други орални изменения като перли на *Ershtein* и възли на *Vohn* [4]. Задълбоченият клиничен преглед и познаването на различните видове афтозни лезии са от ключово значение за прецизната диагноза и по-на-

матъшното поведение [5].

Терапевтичният подход при афтите на *Bednar* е неспецифичен и насочен основно към отстраняване на механичните дразнители и облекчаване на храненето. Препоръчва се използване на ортодонтски зърна, увеличаване отвора на зърното, хранене в полуседнало положение, а при необходимост може да бъде оправдано и временното хранене чрез сонда.

В настоящата публикация представяме клиничен случай на кърмаче с афти на *Bednar*.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Момче на 3-месечна възраст, родено от втора, нормално протекла бременност, по оперативен механизъм с тегло 3280 г, дължина 50 см. С неусложнен неонатален период. Детето е имунизирано в родилен дом съгласно имунизационния календар за възрастта, с добра поносимост. Няма данни за предшестващи заболявания. Фамилна обремененост – майка със спина бидифа.

До 50-дневна възраст детето е на смесено хранене, след което преминава на хранене с мляко за кърмачета. От около двумесечна възраст е с изразено неспокойствие, раздразнителност и силен плач по време на хранене, което е и поводът за хоспитализация. Родителите съобщават за намален апетит и значително удължено време за

хранене, което свързват със затруднено сучене. Еднократно е регистрирана субфебрилна температура от 37.8°C ректално. От физикалния преглед при хоспитализацията правят впечатление патологичните промени в устната кухина – на границата между твърдото и меко небце се визуализират две язвени лезии с диаметър около два сантиметра, неконфлуиращи, симетрично разположени, с ясно очертани ръбове и кървящи при допир, Фигура 6. Не се установяват патологични промени в останалите органи и системи.



Фигура 6. Афти на Vednar, собствен архив.

От проведените клинико-лабораторни изследвания се установяват референтни стойности на показателите на ПКК, СУЕ и С-реактивен протеин. Допълнително проведените биохимични изследвания не установяват отклонения, а от изследваните електролити и микроелементи се регис-

трират ниски стойности на серумно желязо и лекостепенно повишени стойности на общ калций и магнезий. От имунологичните изследвания се отчита леко повишена стойност на имуноглобулини от клас IgE. Диференциалната кръвна картина, химичното изследване на урина със седимент и микробиологичните проби от гърлен секрет не показват отклонения. Поради установените язвени лезии детето се консултира с оториноларинголог, който потвърждава наличието на афтозни лезии, без други патологични промени в устната кухина.

Въз основа на характерните афтозни лезии, тяхната клинична еволюция и липсата на лабораторни промени, насочващи към инфекциозен процес, се поставя диагноза спонтанно регресиращи орални афтозни лезии, известни още като афти на Bednar. Терапевтичният подход включва: венозна рехидратация, обучение на родителите за хранене в полуседнало положение, както и използване на биберон с по-широк отвор за хранене. При проследяване на детето в рамките на следващите 6 месеца не се установяват нарушения в храненето, регистрира се добър тегловен прираст и пълна регресия на описаните афтозни лезии.

Заклучение

Оралните лезии в кърмаческия период чес-

то се проявяват с неспецифична клинична симптоматика, което ги прави част от широкия спектър на диференциално-диагностичните предизвикателства в педиатричната амбулаторна практика. Въпреки доброкачествения характер на повечето от тези състояния, ранното им разпознаване и правилната интерпретация на клиничните находки са от съществено значение. Важно е лекарите да са наясно с тези състояния, за да се избегне свръхизследване и свръхлечение.

Библиография

1. Nam SW, Ahn SH, Shin SM, et al. Clinical features of Bednar's aphthae in infants, Korean J Pediatr. 2016 Jan; 59(1): 30–34. Published online 2016 Jan 22. doi: 10.3345/kjp.2016.59.1.30.
2. Madurapperuma SW, Hennadige A, Jayaweera HM, et al. Spontaneously Regressing Neonatal Oral Aphthous Ulceration of the Palate, Case Rep Pediatr. 2021; 2021: 6660302. Published online 2021 Feb 6. doi: 10.1155/2021/6660302.
3. Chaudhry, Astha, Saluja, Pulin. Nostalgia of Neonatal Bednar's Aphthae, Journal of Clinical Neonatology 8(1):p 1-4, Jan-Mar 2019. | DOI: 10.4103/jcn.JCN_71_18.
4. Mariz B, Lucena Markman R, Aristizabal Arboleda P, et al. Bednar aphthae: A series of 3 cases in newborns, <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2020.04.308>.

5. Patil S, Rao R, Majumdar B, Jafer M et al. Oral Lesions in Neonates, Int J Clin Pediatr Dent. 2016 Apr-Jun; 9(2): 131–138. Published online 2016 Jun 15. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1349.
6. Diaz de Ortiz LE; Mendez M. Palatal and Gingival Cysts of the Newborn.
7. Khorsand K, Sidbury R. Common newborn dermatoses. In: Gleason CA, Juul SE, eds. Avery's Diseases of the Newborn. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 106.
8. Bruch JM, Treister N. (2009). Clinical Oral Medicine and Pathology. Springer Science & Business Media. p. 53. ISBN 9781603275200.



септември

XXIV Научно-практическа педиатрична конференция “Съвременни образни методи в педиатрията: мултидисциплинарни решения за клинична оценка”

Кога: 11-13 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

**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.

декември

Годишна среща на БПА

Кога: декември 2026 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 | 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