

ВРОДЕНА ДИАФРАГМАЛНА ХЕРНИЯ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ – ДИАГНОСТИЧНИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА

V. Боцова, С. Кунчева, М. Минкова, И. Халваджиян, Ст. Елкина

Клиника по педиатрия, УМБАЛ „Георги Странски“ – Плевен
Катедра по детски болести, Медицински университет – Плевен

CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA IN CHILDHOOD – DIAGNOSTIC CHALLENGES

V. Botsova, S. Kuncheva, M. Minkova, I. Halvadjhiyan, St. Elkina

Clinic of Pediatrics, UMHAT “Georgi Stranski” – Pleven
Department of Pediatrics, Medical University of Pleven

<p>Резюме:</p>	<p>Вродената диафрагмална херния (ВДХ) представлява проникване на част от коремните органи в гръдната кухина през патологичен дефект на диафрагмата, дължащ се на нарушение в интраутеринното развитие на диафрагмалната мускулатура. Компресията на торакалните органи води до тяхното структурно и функционално увреждане. Заболяването може да се изяви клинично в различни възрастови групи, с разнообразни и неспецифични респираторни и гастроинтестинални симптоми, възможно е и асимптомно протичане. Образните изследвания понякога са негативни или разкриват неспецифични патологични находки. Това създава трудности в поставянето на диагнозата и крие риск от настъпване на тежки усложнения и летален изход. Представяме три клинични случая на ВДХ. Първият случай е на момче на 2-месечна възраст с множествен малформативен синдром и ранна клинична изява на ВДХ, включваща кашлица, диспнея, затруднения в храненето и хипотрофия. Вторият случай е на 12-годишно момче с късна изява на ВДХ с чести, протрахирано протичащи, остри респираторни инфекции. Третият случай представя момиче на 1 г. 5 мес. с внезапно развиваща се остра дихателна недостатъчност като усложнение на асимптомно протичаща дотогава ВДХ. Диагнозата е потвърдена със съответните образни изследвания. Представените три клинични случая на деца в различни възрастови групи и с различен дебют на клинична изява на ВДХ подчертават ключовата роля на навременната диагностика в предотвратяването на животозастрашаващите усложнения и разкриват трудностите на диагностичния процес.</p>
<p>Ключови думи:</p> <p>Адрес за кореспонденция:</p>	<p>вродена диафрагмална херния, детска възраст, диагноза</p> <p>Доц. д-р Венеция Боцова, д.м., e-mail: v.botsova@abv.bg</p>
<p>Abstract:</p>	<p>Congenital diaphragmatic hernia (CDH) is the prolapse of some abdominal organs into the thoracic cavity through a pathological defect of the diaphragm, which is caused by a developmental disorder of the diaphragmatic muscles. The compression of the thoracic organs leads to their structural and functional injury. CDH could be diagnosed in different age groups, with clinical presentation of diverse and nonspecific respiratory and gastrointestinal symptoms. There are asymptomatic cases too. Diagnostic imaging is sometimes negative or reveals nonspecific pathological findings. This could delay the diagnosis and hides risks of severe complications or a lethal outcome. We present three clinical cases of CDH. The first case is of a two-month-old boy with multiple malformation syndrome and early onset of CDH, presented by cough, dyspnea, feeding difficulties, and hypotrophy. The second case is about a twelve-year-old boy with late-onset CDH, who manifested frequent and prolonged acute respiratory infections. The third case presents a girl at the age of one year and five months with the sudden appearance of acute respiratory failure as a complication of asymptomatic CDH. The three clinical cases presented here, involving children of different age groups and presenting with va-</p>

rious clinical manifestations of CDH, underscore the importance of timely diagnosis to prevent life-threatening complications and highlight the diagnostic challenges.

Key words:

congenital diaphragmatic hernia, childhood, diagnosis

Address for correspondence:

Assoc. Prof. Venetsiya Botsova, MD, PhD, e-mail: v.bocova@abv.bg

Въведение

Вродената диафрагмална херния (ВДХ) е животозастрашаващо заболяване с висока смъртност, което засяга 1 на 30 000 живородени [1, 2, 3]. То се дължи на нарушение в интраутеринното развитие на диафрагмалната мускулатура и формиране на патологичен дефект в определена област на диафрагмата, което позволява проникване на част от коремното съдържимо в гръдната кухина. Това води до компресия на торакалните органи и тяхното структурно и функционално увреждане [4, 5].

В 50-60% от случаите ВДХ може да бъде представена като изолиран дефект или в комплекс с други аномалии. В зависимост от локализацията най-често срещаната ВДХ е тип Bochdalek, която се характеризира с дефект на постеролатералната диафрагма (90-95% от случаите), следвана от тип Morgagni, с разположен ретростернално или парастернално херниален сак (3% от случаите), както и евентрации на диафрагмата (2-3%) и централни дефекти на сухожилията (1-2%) [6, 7, 8].

Етиологията е сложна и до голяма степен остава неизяснена. Приблизително 30-40% от случаите на ВДХ се дължат на генетични фактори, от които хромозомните дефекти представляват 10%, а de novo мутациите са 10-22% от случаите [9, 10, 11]. Важно място в етиологичната характеристика заемат факторите на околната среда, включително възрастта на майката, прием на медикаменти, токсини, употреба на алкохол и тютюнопушене [12, 13, 14, 15].

ВДХ се диагностицира предимно антенатално или в неонаталния период с прояви на тежък респираторен дистрес синдром, който е една от основните причини за неблагоприятен изход. В тази възраст заболяването често се асоциира с различна степен на белодробна хипоплазия и води до белодробна хипертония. Клиничната изява след ранна детска възраст, наблюдавана при 5-10% от засегнатите деца, включва респираторен дистрес, епизоди на затруднено дишане и цианоза, хронична кашлица, рецидивиращи белодробни инфекции, случаи на плеврален излив или гастроинтестинални смущения, като коремна болка, резултат от хронична или периодична чревна обструкция. При около 1% от случаите заболяването протича напълно асимп-

томно и дефектът се открива случайно при образни изследвания. В някои случаи ВДХ може да се изяви с внезапно настъпили животозастрашаващи усложнения като остра дихателна недостатъчност, странгуляционен илеус, диафрагмална руптура, сърдечна тампонада и др. [16].

В българската литература са описани редица случаи на ВДХ с късна изява [17, 18, 19]. Въпреки това и предвид проявите в различни възрастови групи, разнообразната и неспецифична симптоматика със случаи на атипично протичане, често негативната или недостатъчно информативна параклиника и високия риск от усложнения, ВДХ представлява сериозно диагностично предизвикателство за педиатричната практика.

Целта на настоящата статия е представяне на три клинични случая на деца с късни прояви на ВДХ, диагностицирани през 2023 г. в Клиника по детски болести на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен.

I КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Момче на 2 м. 15 д. от пета патологично протекла бременност. При фетална морфология в 10-а г.с. е визуализирана задебелена нухеална гънка и са проведени пренатест и амниоцентеза – без доказани хромозомни аберации. Поради данни за фетален дистрес синдром в 37-а г.с. е предприето спешно родоразрешение, при което детето е в тежко депресивно състояние, стабилизирано след съответна реанимация. Родено е с тегло 2400 g и ръст – 46 cm, оценено като малко за гестационната възраст по криви на Fenton. При раждането е установен множествен малформативен синдром, включващ триъгълно лице, микрогнатия, малформация на меко и твърдо небце, четирипръстна бразда на дясна ръка, дермален синус, хипотрофична глутеална мускулатура. Във връзка с това е предложена планова генетична консултация, при която е доказан синдром на Kabuki. Поради персистираща тахидиспнея, на двудневна възраст е направена рентгенография на бял дроб и е установено масивно засенчване в дясна белодробна основа, интерпретирано като пневмония. След проведена 10-дневна антибиотична терапия описаната находка е без динамика. Детето е хра-

нено със сонда до 30-дневна възраст, след което приема храна чрез специализиран биберон. Храни се трудно, с чести регургитации и наддава незадоволително на тегло – актуално тегло 5300 g. През последния месец са наблюдавани често епизоди на неспокойствие, суха кашлица и коремна болка, нарастваща по интензитет след хранене.

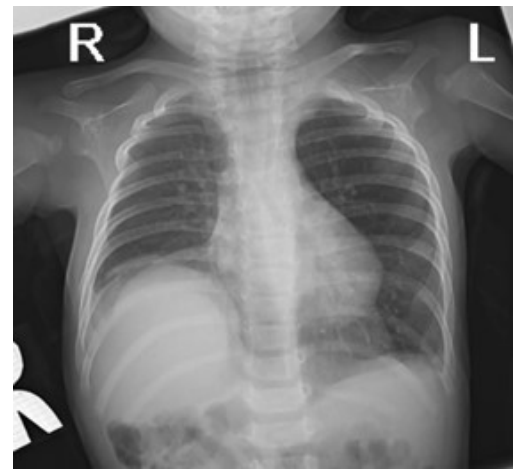
Заболява от три дни със суха кашлица и затруднено дишане. Консултирано от педиатър и насочено за рентгенография на бял дроб с резултат хиповентилация на десен долен сегмент. Проведена е симптоматична терапия, но поради задълбочаване на дихателната недостатъчност детето е хоспитализирано в Клиниката по спешност.

При постъпването е в увредено състояние, афебрилно, много неспокойно. Кожата е бледа, с намалени тургор и еластичност. Фациес – дисморфичен (триъгълно лице, микрогнатия, къса шия, ниско разположени уши и широка основа на носа). Устните са сухи, налице е цепка на меко и твърдо небце. От белодробния статус – честа, непродуктивна кашлица, изразена тахипнея – ДЧ 60/мин, смесена диспнея; дишането е грубо везикуларно със сухи сврикаци и дребни влажни хрипове двустранно, по-отслабено в дясна белодробна основа. Нормален сърдечен и абдоминален статус. Външни гениталии – мъжки тип, двустранно не се палпират тестиси в скротума. Намален мускулен тонус, липсва контрол върху главата. Крайниците са с малки длани и ходила, наличие на четирипръстна бразда на дясна ръка.

От параклиничните изследвания при постъпването се установяват данни за респираторна ацидоза и хипоксемия (pH – 7,38; pCO₂ – 41,9 mm[Hg]; pO₂ – 48,0 mm[Hg]; TCO₂ – 25,7 mmol/L; ABC – 24,4 mmol/L; BE_b – -0,8 mmol/L; BE_{ecf} – -0,8 mmol/L; Sat 82,8%), налагаща кислородотерапия, анемичен синдром (Hb – 98g/L) и хипопротеинемия (TP – 55,3g/L), което ко-

релира с лошото хранене и наличната респираторна инфекция. Резултатите от йонограма, урея, креатинин, пикочна киселина, серумни трансминази, урина са в референтни граници.

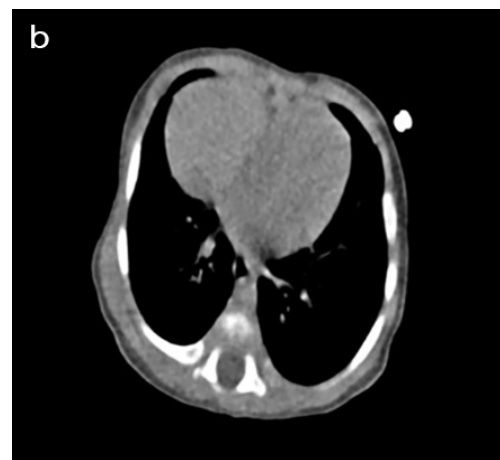
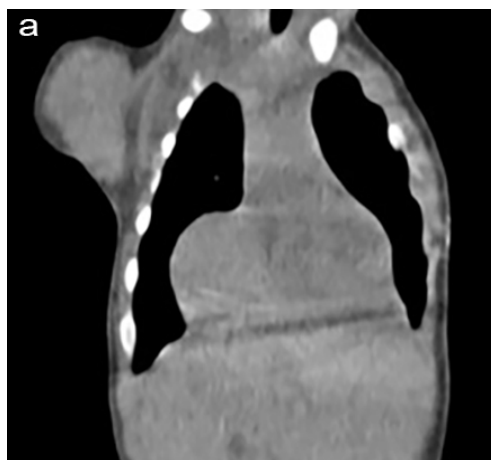
От рентгенография на бял дроб и сърце (проведена амбулаторно) се установява хиповентилация на дясна белодробна основа, уплътнени хилусни структури и подчертан и уплътнен белодробен рисунък (фиг. 1).



Фиг. 1. Рентгенография на бял дроб

Предвид анамнестичните данни за ежедневни епизоди на неспокойствие, съпроводени от признаци на силна коремна болка и затруднено дишане след хранене, както и промените от рентгенографията, идентични с тези от неонаталния период, се проведе КТ на гръден кош. Първоначалното съмнение за обемзаемащ процес в десен долен медиастиnum е отхвърлено след консултация с детски хирург и диагнозата е уточнена като диафрагмална херния (фиг. 2 a,b).

Проведена е комплексна терапия до стабилизиране на състоянието и детето е насочено за оперативно лечение.



Фиг. 2 (a, b). КТ на гръден кош

II КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

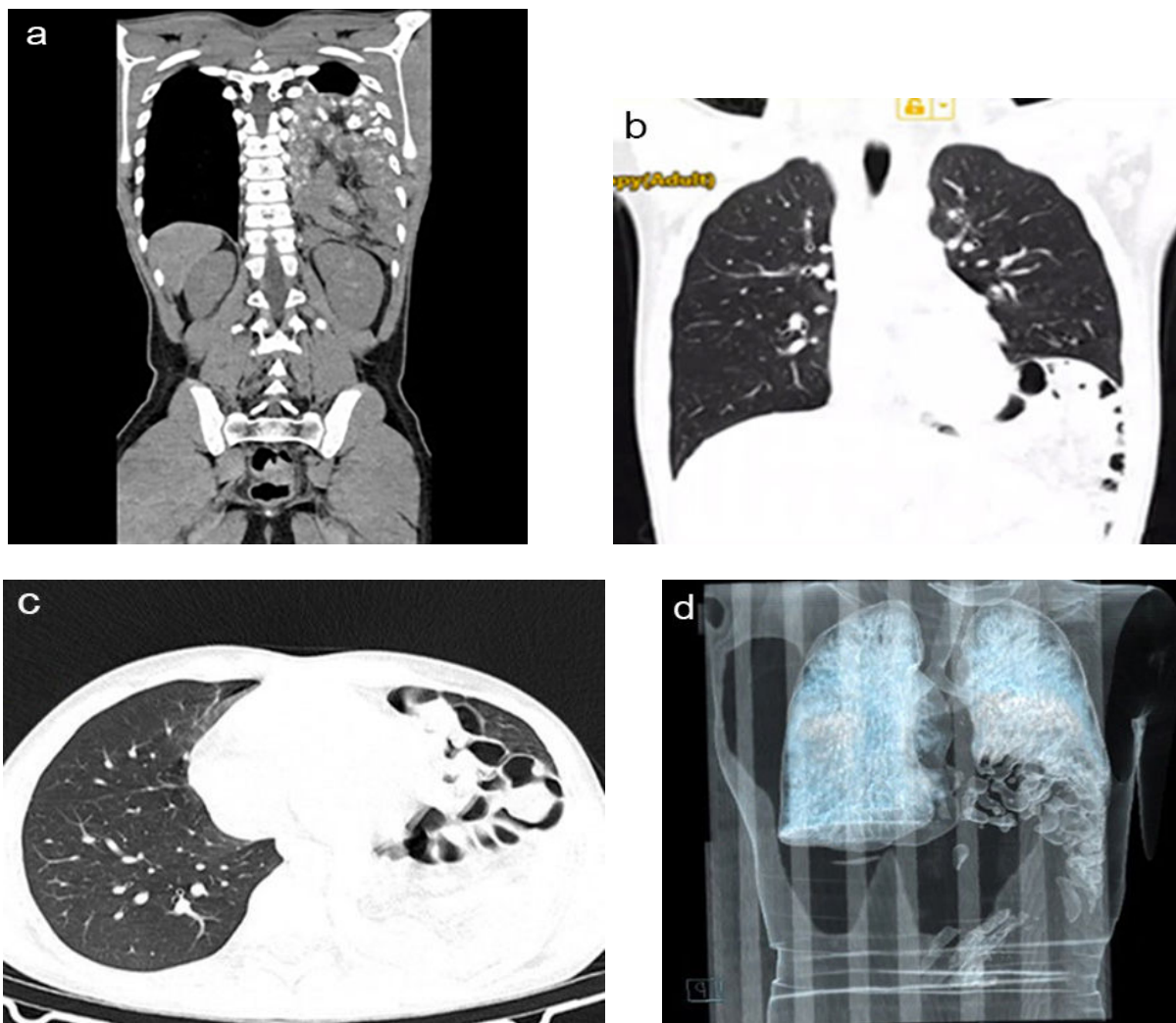
Момче на 12 години, от трета, патологично протекла бременност (майка на 42 г. с преeklampсия). Родено недоносено с тегло 2000 g. Проходило след 1-годишна възраст, с последващо нормално невропсихическо развитие. През м. 04.2022 г. от рентгенография на бял дроб, проведена в хода на остра респираторна инфекция, установено наличие на газови колекции в лява гръдна половина, проектиращи се върху сърдечната сянка. Поради съмнение за диафрагмална херния детето е консултирано с гастроентеролог, който не намира убедителни данни, потвърждаващи диагнозата.

Заболява от 10 дни със суха, пристъпна кашлица и фебрилитет до 39°C. Проведено амбулаторно лечение с Оспамокс. Около 7 дни по-късно настъпило влошаване в състоянието с поява на затруднено дишане, което наложило хоспитализация в Клиниката по спешност.

При постъпването пациентът е в увредено състояние, с фебрилитет до 39°C, изразени катарални прояви от назофаринкса и физикална находка от изострено везикуларно дишане със сухи свиркащи хрипове в дясна гръдна половина и ляво субскапуларно. В лява белодробна основа се долавя чревна перисталтика.

От проведените лабораторни изследвания е установена преходна респираторна ацидоза при липса на възпалителна активност и нормални резултати от хемограма, биохимични показатели и йонограма. От рентгенография на бял дроб се изобразяват газови колекции от чревен произход в лява белодробна основа и паракардиално, насочващи към диафрагмална херния. Диагнозата е потвърдена от КТ на бял дроб с резултат – наличие на тънчочревни и дебелочревни бримки в лява белодробна основа и заключение за диафрагмална херния тип Bochdalek (фиг 3. a-d).

След консултация с детски хирург детето е насочено за оперативно лечение.



Фиг. 3. a, b, c, d. КТ на гръден кош – наличие на тънчочревни и дебелочревни бримки в лява белодробна половина

III КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

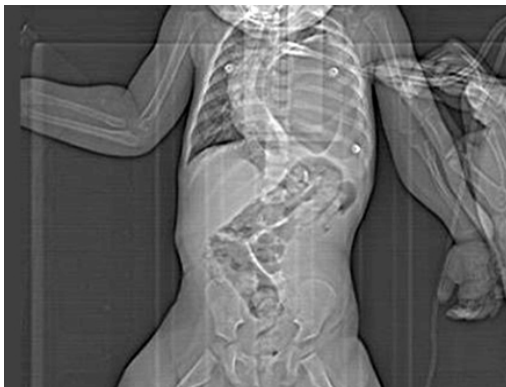
Момиче на 1 г. 5 м., с нормална преморбидна анамнеза. В деня на хоспитализацията, по време на игра претърпява черепномозъчна травма – пада от диван и удря главата си в тилната област. Не е губило съзнание, но след травмата е сънливо. От проведените изследвания – КТ на глава и последваща консултация с неврохирург, са отредени травматични увреди на ЦНС и е предложена хоспитализация за проследяване на състоянието.

При постъпването детето е в увредено състояние, отпуснато, сънливо, но контактно. С нормален сърдечен, белодробен и абдоминален статус и без допълнителни отклонения в неврологичния статус. Запазени зенични рефлексии.

Параклиничните резултати от хемограма, хемостаза, йонограма, урея, креатинин, пикочна киселина, серумни трансминази, кръвна глюкоза, урина са в референтни граници.

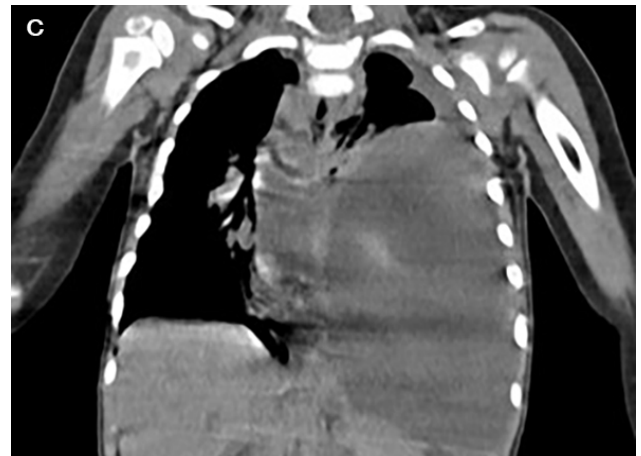
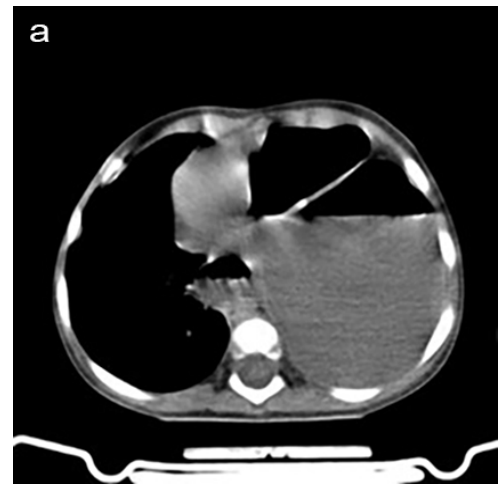
През следващото денонощие настъпва рязко влошаване в състоянието с поява на респираторен дистрес синдром и преходно нарушение в съзнанието. От физикалния статус се установява тахикардия до 140 уд./мин, в дясна гръдна половина дишането е везикуларно, но много отслабено, а в лява гръдна половина не се долавя дишане. Кръвногазовият анализ показва смесена ацидоза. След спешна реанимация детето е контактно, с възстановени реакции и динамика във физикалната находка – в лява гръдна половина се долавя дишане, но е много отслабено.

От рентгенография на бял дроб и сърце не се визуализира паренхим в лява белодробна половина. Медиастинумът е позициониран изцяло в дясна гръдна половина с лека ротация на сърцето при липса на отчетлив ляв диафрагмален купол (фиг. 4).



Фиг. 4. Рентгенография на бял дроб и сърце

КТ на гръден кош доказва дефект на ляв диафрагмален купол с инкарцерация на стомаха в лява гръдна половина (фиг. 5 а-с).



Фиг. 5. КТ на гръден кош – проникване на стомаха в лява гръдна половина с оформяне на хидроаерично ниво

Проведената контролна КТ на глава е без посттравматични увреждания на ЦНС. Детето е консултирано по спешност с детски хирург и след стабилизиране на състоянието е проведено оперативно лечение.

ОБСЪЖДАНЕ

Вродената диафрагмална херния е рядка вродена аномалия, характеризираща се с проникване на част от коремните органи в гръдната кухина поради дефект в диафрагмалната мускулатура. В неонатална възраст е доказана значима корелация между белодробната хипоплазия и белодробната хипертония, чиято степен на изява се използва като важен прогностичен критерий за заболяемост и смъртност сред децата с това заболяване. Късната изява на ВДХ варира от 3 до 5%. В част от тези случаи са наблюдавани внезапно настъпили животозастрашаващи състояния като остра дихателна недостатъчност, странгуляционен илеус, диафрагмална руптура, торзия на слезката, сърдечна тампонада и др., което затруднява диагнозата и лечението. С оглед намаляване на високия риск от сериозни усложнения и неблагоприятен изход ключов момент е ранната диагностика на заболяването [20, 21].

По литературни данни около 30-40% от случаите на ВДХ се дължат или са в корелация с различни генетични фактори [16]. В представения от нас случай №1 са налице данни за малформативен синдром, с установени стигми още при фетална морфология, за което е проведен генетичен анализ и доказан синдром на Kabuki. Освен това персистиращата тахидиспнея след раждането, подкрепена от съответната рентгенова находка, първоначално интерпретирана некоректно, внезапната поява на симптоми, свързани с храненето и последващата невъзможност за хранене с непрекъсната регургитация, повръщане и коремна болка, насочват към диагнозата ВДХ. Често клиничните признаци на заболяването се припокриват с тези на други спешни състояния. В тези случаи от решаващо значение е правилната интерпретация на рентгенографиите на гръдния кош, както и разширяването на диагностиката с допълнителни образни изследвания, като ултразвук на гръдния кош или компютърна томография, за да се потвърди диагнозата и да се избегне неправилният терапевтичен подход. При навременна интервенция успешното хирургично лечение предполага благоприятна прогноза [22]. В нашия случай, след проведена КТ на гръден кош, първоначалното съмнение за обемзаемащ процес в десен долен медиастинум е отречено и диагнозата е уточнена като диафрагмална херния, а проведеното хирургично лечение е успешно.

Анамнезата на пациентите в другите два случая не разкрива никакви патологични прояви от

неонаталния период и раждането. При случай №2 ВДХ е установена случайно поради предположение за белодробна инфекция, а в третия случай симптоматиката се изявава внезапно и остро, след черепномозъчна травма. Голямото разнообразие от неспецифични клинични прояви представлява сериозно диагностично предизвикателство. Заболяването може да протече асимптомно, както при случай №2, докато при детето с черепномозъчна травма клиниката се владее от тежък респираторен дистрес синдром. Диагнозата е потвърдена отново след рентгенография и КТ на гръден кош.

При пациентите с късно проявяваща се ВДХ острите симптоми се дължат главно на ефекта от налягането на хернирания орган, причиняващ изместване на медиастинума. Спешната оперативна намеса може да облекчи симптомите на пациента, но правилният хирургичен подход, приложен съобразно обективното състояние и свързаните с него усложнения, е от решаващо значение за благоприятния изход на заболяването [23, 24].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Късната изява на ВДХ представлява рядко заболяване с атипично представяне. Разнообразната и неспецифична симптоматика при тези пациенти представлява сериозно диагностично предизвикателство и често е необходим мултидисциплинарен подход. Ранната диагностика и адекватното лечение са от съществено значение за предотвратяване на тежки усложнения и понижаване на риска от неблагоприятен изход.

Библиография

1. McGivern M R, Best KE, Rankin J et al. Epidemiology of congenital diaphragmatic hernia in Europe: a register-based study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2015, 100(2), F137-44. doi: 10.1136/archdischild-2014-306174. Epub 2014 Nov 19.
2. Shanmugam H, Brunelli L, Botto LD et al. Epidemiology and prognosis of congenital diaphragmatic hernia: a population-based cohort study in Utah. *Birth Defects Res.* 2017, 109(18): 1451–1459. doi: 10.1002/bdr2.1106. Epub 2017 Sep 19.
3. Paoletti M, Raffler G, Gaffi MS et al. Prevalence and risk factors for congenital diaphragmatic hernia: a global view. *J Pediatr Surg.* 2020, 55(11): 2297–2307. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2020.06.022. Epub 2020 Jun 20.
4. Wagner R, Montalva L, Zani A et al. Basic and translational science advances in congenital diaphragmatic hernia. *Semin Perinatol.* 2020, 44(1): 151170. doi: 10.1053/j.sempri.2019.07.009. Epub 2019 Jul 30.
5. Zani A, Chung WK, Deprest J et al. Congenital diaphragmatic hernia. *Nat. Rev. Dis. Prim.* 2020, 8(1): 37. doi: 10.1038/s41572-022-00362-w.
6. Ackerman KG, Vargas SO, Wilson JA. et al. Congenital diaphragmatic defects: proposal for a new classification based on

- observations in 234 patients. *Pediatr. Dev. Pathol.* 2012, 15(4): 265–274. doi: 10.2350/11-05-1041-OA.1. Epub 2012 Mar 7.
7. Dalmer TRA, Clugston RD. Gene ontology enrichment analysis of congenital diaphragmatic hernia-associated genes. *Pediatr. Res.* 2019, 85(1): 13-19. doi: 10.1038/s41390-019-0536-z.
 8. Al-Salem AH. Congenital hernia of Morgagni in infants and children. *J. Pediatr. Surg.* 2007, 42(9): 1539–1543. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2007.04.033.
 9. Veenma D C, de Klein A, Tibboel D. Developmental and genetic aspects of congenital diaphragmatic hernia. *Pediatr. Pulmonol.* 2012, 47(6): 534–545. doi: 10.1002/ppul.22553. Epub 2012 Mar 29.
 10. Yu L, Sawle AD, Wynn J et al. Increased burden of de novo predicted deleterious variants in complex congenital diaphragmatic hernia. *Hum. Mol. Genet.* 2015, 24(16): 4764–4773. doi: 10.1093/hmg/ddv196. Epub 2015 Jun 1.
 11. Longoni M, High FA, Qi H et al. Genome-wide enrichment of damaging de novo variants in patients with isolated and complex congenital diaphragmatic hernia. *Hum. Genet.* 2017, 136 (6), 679–691. doi: 10.1007/s00439-017-1774-y. Epub 2017 Mar 16.
 12. Burns NG, Kardon G. The role of genes and environment in the etiology of congenital diaphragmatic hernias. *Curr Top Dev Biol.* 2023;152:115-138. doi: 10.1016/bs.ctdb.2022.10.004. Epub 2022 Nov 23.
 13. McAteer JP, Hecht A, De Roos AJ et al. Maternal medical and behavioral risk factors for congenital diaphragmatic hernia. *J. Pediatr. Surg.* 2014, 49(1): 34–38. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2013.09.025. Epub 2013 Oct 5.
 14. Schulz F, Jenetzky E, Zwink N et al. Parental risk factors for congenital diaphragmatic hernia—a large German case-control study. *BMC Pediatr.* 2011, 21 (1): 278. doi: 10.1186/s12887-021-02748-3.
 15. Felix JF, van Dooren MF, Klaassens M et al. Environmental factors in the etiology of esophageal atresia and congenital diaphragmatic hernia: Results of a case-control study. *Birth Defects Res. A Clin. Mol. Teratol.* 2008, 82(2): 98–105. doi: 10.1002/bdra.20423.
 16. Bağlaç M, Dorobisz U. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia in children: a literature review. *Pediatr Radiol.* 2005, 35(5):478-88. doi: 10.1007/s00247-004-1389-z. Epub 2005 Mar 19.
 17. Исаев В., Райчева Л., Переновска П., Шивачев Хр. Вродена диафрагмална херния с късна изява при 6-годишно момиче. *Наука Пулмология* 2015; 1: 33–36.
 18. Толева Н., Георгиев Ц., Шивачев Хр. Мултидисциплинарен подход при лечението на вродена диафрагмална херния. *Спешна медицина* 2020, 24 (2): 91–96.
 19. Дебров Р. Интраабдоминална екстралобарна белодробна секвестрация, мигрирала през вродена диафрагмална херния тип Bochdalek. *Случай от практиката и преглед на литературата.* *Бълг. мед. журнал* 2010, 4: 73–77.
 20. Kim DJ, Chung JH. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia in children: the experience of single institution in Korea. *Yonsei Med J.* 2013, 54(5):1143–8. doi: 10.3349/ymj.2013.54.5.1143.
 21. Beznea P, Campeanu A, Strimbu T. Diagnostic challenges in late presenting diaphragmatic hernia Romanian J Mil Med 2021, 124(4): 533–540.
 22. Yuan M, Li F, Xu C et al. Emergency Management of Acute Late-presenting congenital diaphragmatic hernia in infants and children. *Pediatr Emerg Care.* 2021, 37(7): 357–9. doi: 10.1097/PEC.0000000000001860.
 23. Dumpa V, Chandrasekharan P. Congenital Diaphragmatic Hernia. 202. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556076Yuan>
 24. Guo R, Zhang L, Zhang S et al. Case report: emergency treatment of late-presenting congenital diaphragmatic hernia with tension gastrothorax in three Chinese children. *Front Pediatr.* 2023;11:1115101. doi: 10.3389/fped.2023.1115101.

Постъпила за печат на 12 декември 2025 г.