



ДЕТСКИ И ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ

CHILD and INFECTIOUS DISEASES

Редакционна колегия

ДЕТСКИ БОЛЕСТИ

Доц. д-р **А. Анадолийска**, дмн, научен редактор

Д-р **Н. Юркова-Цакова**, дм, научен секретар

Д-р **Д. Дундова-Панчева**, дм, д-р **Е. Иванова-Генова**, дм

ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ

Проф. д-р **Р. Аргирова**, дмн, научен редактор

Проф. д-р **Р. Комитова**, дм, научен секретар

Проф. д-р **М. Тихолова**, дм, проф. **В. Дойчева**, дм

Оригинални статии, литературни обзори и реферати на чуждестранни научни медицински публикации в областта на:
ДЕТСКИТЕ БОЛЕСТИ – алергология, ендокринология и болести на обмяната, кардиология, неврология и психиатрия,
неонатология, нефрология, онкология, пневмология и фтизиатрия, ревматология, хематология и хирургия,
ЕПИДЕМИОЛОГИЯ НА ИНФЕКЦИОЗНИТЕ БОЛЕСТИ, ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ, ВИРУСОЛОГИЯ,
МИКРОБИОЛОГИЯ, МЕДИЦИНСКА ПАРАЗИТОЛОГИЯ, HIV/СПИН

Списанието се обработва във:

EBSCO

БД БЪЛГАРСКА МЕДИЦИНСКА ЛИТЕРАТУРА

Детски и инфекц. бол.

Detski i Infects. bol.

СЪДЪРЖАНИЕ

ДЕТСКИ БОЛЕСТИ

АВТОРСКИ СТАТИИ

<i>Т. Веков, Ж. Колев, М. Митев.</i> Майчино и детско здравеопазване. Структура на педиатричната болнична помощ в България за 2021 г.....	3
---	---

КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

<i>Е. Иванова.</i> Клиничен случай на аномалията на DiGeorge.....	11
---	----

ОБЗОРИ

<i>Е. Иванова.</i> Аномалията на DiGeorge и психичните разстройства.....	17
--	----

ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ

АВТОРСКИ СТАТИИ

<i>С. Илиев, П. Вladoва, Хр. Хиткова.</i> Агресивен подход при лечението на полимикробния некротизиращ фасциит на перинеалната, перианалната или гениталната област – гангрена на фурние.....	22
---	----

КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

<i>И. Митева, В. Вълчев.</i> Пет клинични случая на синдрома на Reiter при активни спортисти и ролята на общопрактикуващия лекар	29
--	----

ОБЗОРИ

<i>Р. Комитова.</i> Нестихващата поява на нови зоонози – маймунска вариола	34
--	----

CONTENTS

CHILD DISEASES

ORIGINAL ARTICLES

<i>T. Vekov, J. Kolev M. Mitev.</i> Maternal and child health care. Structure of pediatric hospital care in Bulgaria, for year 2021.....	3
--	---

CASE REPORTS

<i>E. Ivanova.</i> A clinical case of DiGeorge's anomaly.....	11
---	----

REVIEWS

<i>E. Ivanova.</i> DiGeorge anomaly and mental disorders.....	17
---	----

INFECTIOUS DISEASES

ORIGINAL ARTICLES

<i>S. Iliev, P. Vladova, Hr. Hitkova.</i> Aggressive approach in the treatment of polymicrobial necrotizing fasciitis of the perineal, perianal or genital region – Fournier's gangrene.....	22
--	----

CASE REPORTS

<i>I. Miteva, V. Valtchev.</i> Five clinical cases of Reiter's syndrome in active athletes and the role of the general practitioner.....	29
--	----

REVIEWS

<i>R. Komitova.</i> Unabated emergence of new zoonoses – monkeypox.....	34
---	----

ДЕТСКИ И ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ 2/2022

ISSN 1313-762X УДК 616-0.53.2; 616.9

Организационен секретар *Св. Цветанова*

Стилова редакция и корекция *В. Цъклева*

Редакция на англ. резюмета *В. Колев*

Страниране *К. Зографова*

Централна медицинска библиотека

1431 София, ул. "Св. Г. Софийски" № 1

тел.: 0897 38 98 66, e-mail: s.tsvetanova@cml.mu-sofia.bg

Списанието и издателят не носят отговорност за изложените в публикациите авторски мнения и становища, както и за достоверността на представените от авторите данни.

Авторите запазват всички некомуercialни права върху публикуваните си текстове.

The journal and the publisher are not legally responsible for the author opinions and statements expressed in their publications, as well as for the accuracy and sources of data, to which authors refer in their publications.

Authors retain all the intellectual property rights on their own publications, except the publishing and commercial rights.

МАЙЧИНО И ДЕТСКО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ. СТРУКТУРА НА ПЕДИАТРИЧНАТА БОЛНИЧНА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ ЗА 2021 г.

Т. Веков¹, Ж. Колев², М. Митев³

¹МБАЛ "Сърце и мозък", МУ – Плевен

²МБАЛ "Сърце и мозък" – Бургас, МУ – Варна

³МБАЛ "Сърце и мозък" – Плевен

Резюме. Статията разглежда състоянието на детското здравеопазване в нашата страна, като целта е да се установят потребностите, наличностите и използваемостта на болничните легла за педиатрична помощ, както и потребностите от лекари, специалисти в педиатричната болнична практика. Използван е анализ на статистически данни, включващ интерпретация и таблична визуализация. Изводите са въз основа на базите данни на Националния статистически институт (НСИ), Националния център по общественото здраве и анализ (НЦОЗА), Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и Националната здравна карта (НЗК). Сравнителният анализ на данните за потребности и наличности на педиатрични болнични легла налага извода, че съществува дефицит от 164 легла за територията на страната. По-интересен е анализът по области, който установява, че дефицит от педиатрични болнични легла има в големите градове – София (-140 легла), Плевен (-100 легла), Варна (-50 легла), Стара Загора (-56 легла). В заключение се изтъква, че основните проблеми пред детското здравеопазване са дефицитът на лекари специалисти и специализирани педиатрични болнични структури, а причина за тези проблеми вероятно се явява слабото финансиране на педиатричната болнична помощ след създаването на здравноосигурителния модел в България. Прякото следствие от това е липсата на инвестиционен интерес както за изграждане на съвременни високотехнологични педиатрични отделения и болници, така и за обучение и квалификация на лекари специалисти по педиатрия. Следователно се налага изводът, че детското здравеопазване в България е най-изостаналият здравен сектор, който не отговаря нито на здравните потребности, нито на съвременното развитие на педиатричната болнична помощ в Европа и света.

Ключови думи: здравеопазване/майчино, детско; педиатрична болнична помощ/структура

MATERNAL AND CHILD HEALTH CARE. STRUCTURE OF PEDIATRIC HOSPITAL CARE IN BULGARIA FOR YEAR 2021

T. Vekov¹, J. Kolev², M. Mitev³

¹MHAT „Heart and Brain“, MU – Pleven

²MHAT „Heart and Brain“ – Burgas, MU – Varna

³MHAT „Heart and Brain“ – Pleven

Abstract. The article examines the state of children's health care in our country, with the aim of establishing the needs, availability and usability of hospital beds for paediatric care, as well as the needs of doctors specializing in pediatric hospital practice. Statistical data analysis including interpretation and tabular visualization was used. The databases of the National Statistical Institute (NSI), the National Center for Public Health and Analysis (NCPHA), the National Health Insurance Fund (NHIF) and the National Health Card (NHC) were used. The comparative analysis of the data on needs and availability of paediatric hospital beds leads to the conclusion that there is a deficit of 164 beds for the territory of the country. More interesting is the analysis by regions, which establishes that there is a deficit of pediatric hospital beds

in the big cities – Sofia (-140 beds), Pleven (-100 beds), Varna (-50 beds), Stara Zagora (-56 beds). In conclusion, it is pointed out that the main problems facing children's health care are the shortage of specialist doctors and specialized pediatric hospital structures, and the reason for these problems is probably the low funding of pediatric hospital care after the creation of the health insurance model in Bulgaria. The direct consequence of this is the lack of investment interest both in the construction of modern high-tech paediatric departments and hospitals, and in the training and qualification of doctors specializing in pediatrics. Therefore, it is necessary to conclude that children's health care in Bulgaria is the most backward health sector, which does not meet either the health needs or the modern development of pediatric hospital care in Europe and the Council.

Key words: health care/maternal, children's; paediatric hospital care/structure

ВЪВЕДЕНИЕ

Раждаемостта и смъртността са двата основни статистически показателя за състоянието на майчиното и детското здравеопазване във всяка една страна [10].

Данните за раждаемостта в България през последните десетилетия показват ясна тенденция за нейното понижаване, която е обусловена от множество демографски, социални и икономически фактори. През 1990 г. в България са се родили 105 821 деца в сравнение с 2021 г. – 58 678 деца (8,5/1000 души) [1, 11].

Следва да се отбележи, че дълготрайна тенденция за намаляване на раждаемостта се наблюдава и в страните от Европейския съюз (ЕС), но въпреки това тя е по-висока от регистрираната в нашата страна – 9,7/1000 души население [2].

Влияние върху раждаемостта оказва повишаването на плодовитостта, която се измерва чрез тоталния коефициент на плодовитост (среден брой деца, които една жена ражда през целия си детероден период). Намаляването на жените във фертилна възраст и увеличаването на тоталния коефициент на плодовитост показват, че нарасналият брой раждания се дължи главно на отложени във времето раждания и раждане на второ или следващо дете [3].

През последните десетилетия в България е налице трайна тенденция на ежегодно намаляване на детската смъртност. През 2021 г. коефициентът на детска смъртност е 6,66 на 1000 живородени деца [1]. Въпреки бла-

гоприятната тенденция детската смъртност в нашата страна е почти два пъти по-висока от средните нива в ЕС – 3,5 на 1000 живородени деца [2]. Запазва се значителна разлика в нивото на детска смъртност според местоживеенето на децата, като смъртността в градовете е 4,7/1000 живородени деца в сравнение със смъртността в селата – 8,0/1000 живородени деца [3]. Причините за това са комплексни, като основните са влошаване на достъпа и качеството на майчиното и детското здравеопазване, ниски нива на образование и здравна култура и лоши социално-икономически условия в селата.

Възрастовата класификация на детската смъртност в България включва следните показатели: 1) перинатална детска смъртност – 7,8/1000 живородени деца (6,5/1000 живородени деца в ЕС); 2) неонатална детска смъртност – 3,1/1000 живородени деца (2,5/1000 живородени деца в ЕС); 3) постнеонатална детска смъртност – 2,5/1000 живородени деца (1,1/1000 живородени деца в ЕС) [1, 2].

Основните причини за детската смъртност до 1 година след раждането са дихателни, сърдечно-съдови, хеморагични и хемолитични нарушения на плода [4]. Съществено влияние за намаляване на детската смъртност в България може да окаже подобряването на педиатричната болнична помощ в страната.

Майчината смъртност също е значим статистически показател с най-висока степен на зависимост от качеството на предоставяните здравни услуги. За периода 2010–2021 г. този показател значително варира от

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ НА АНОМАЛИЯТА НА DiGeorge

Е. Иванова

УМБАЛ „Александровска“, Медицински факултет, Медицински университет – София

Резюме. Пациентът е с аномалия на DiGeorge (делеция 22q11.2), диагностицирана в по-късна възраст. Началната изява веднага след раждането е с инфекция. От ранно детство пациентът боледува често от различни респираторни и вирусни инфекции, които изискват медицинска помощ. Клиничната картина на аномалията на DiGeorge има непълна изява и включва: тимусна хипоплазия, повлияваща клетъчния имунитет (промени в Т-клетките), лицев дисморфизъм, хипертелоризъм, високо небце и деформации на ходилата. Делецията 22q11.2 е потвърдена с генетично изследване. Проследяването на психичното състояние на болния разкрива, че водещи са разстройствата на експресивната и рецептивната реч, с последващи разстройства в развитието на училищните умения (аритметичните умения и четенето) и трудности в адаптацията. Резултатите от проследяването на психичното състояние отчитат преход от вербални към доминиращи невербални нарушения. Пациентът е насочен към специализирана помощ, включваща: логопед, психолог и ресурсен учител, още от детската градина и продължаваща в началните етапи от обучението. Психичното състояние на пациента е необходимо да бъде проследявано от детски психиатър, а след това от психиатър, с оглед значителната честота на психичните разстройства, свързани с тази делеция. Проследяването на психичното състояние в динамика разкрива, че при този пациент съществува висок риск за развитието на нарушения в емоциите и поведението.

Ключови думи: синдром на DiGeorge (делеция 22q11.2), неврокогнитивни нарушения, психични разстройства, мултидисциплинарна оценка

A CLINICAL CASE OF DiGeorge's ANOMALY

E. Ivanova

University Hospital "Alexandrovska", Faculty of Medicine, Medical University – Sofia

Abstract: The patient with DiGeorge's anomaly (deletion 22q11.2) was diagnosed at a later age, with the initial presentation immediately after birth with infection. Since early childhood, the patient often suffers from various respiratory and viral infections that require medical assistance. The clinical picture of DiGeorge's anomaly is incomplete and includes: thymic hypoplasia affecting cellular immunity (changes in T cells), facial dysmorphism, hypertelorism, high palate, and foot deformities. The deletion – 22q11.2 was confirmed by genetic testing. Follow-up of the patient's mental state reveals that the patient's expressive and receptive speech disorders are leading, with subsequent disorders in the development of student skills (arithmetic skills and reading) and difficulties in adaptation. The results of the mental status follow-up reveal a transition from verbal to dominant non-verbal impairments. The patient is directed to the specialized help, including a speech therapist, a psychologist and a special educational needs teacher, starting from kindergarten and continuing in the initial stages of education. The mental status of the patient needs to be monitored by a child psychiatrist and then by a psychiatrist, in view of the significant frequency of mental disorders associated with this deletion. Tracking the dynamics in mental status reveals that this patient is at high risk for the development of emotional and behavioral disorders.

Key words: DiGeorge syndrome (deletion 22q11.2), neurocognitive disorders, psychiatric disorders, multi-disciplinary assessment

АНОМАЛИЯТА НА DiGeorge И ПСИХИЧНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА

Е. Иванова

УМБАЛ „Александровска“, Медицински факултет, Медицински университет – София

Резюме: Аномалията на DiGeorge се характеризира с голямо разнообразие на клинични прояви и резултати от лабораторните изследвания. Посочени са различни етиологични фактори, водещи до делеция в 22q11 хромозома. Аномалията на DiGeorge има висока коморбидност с различни психични разстройства (психози, разстройство с дефицит на вниманието/хиперактивност, тревожни и афективни разстройства, и др). Психологичният профил на тези пациенти включва нарушения във: паметта, вниманието, аритметичните умения, езиковите и интелектуалните дефицити, социалната дисфункция и други. Пациентите с аномалията на DiGeorge се нуждаят от комплексни интервенции и грижи, по отношение на соматичното и психичното здраве. Оценката на психичното им състояние изисква мултидисциплинарен екип, включващ: детски психиатър/психиатър, психолог, логопед и др.

Ключови думи: аномалия на DiGeorge, делеция в 22q11 хромозома, психични разстройства.

DiGeorge ANOMALY AND MENTAL DISORDERS

E. Ivanova

UMHAT “Alexandrovska”, Medical University, Faculty of Medicine – Sofia

Abstract: DiGeorge anomaly is characterized by a wide variety of clinical manifestations and laboratory test results. Various etiological factors leading to deletion in chromosome 22q11 have been indicated. DiGeorge anomaly has a high comorbidity with various mental disorders (psychosis, attention deficit/hyperactivity disorder, anxiety and affective disorders, etc.). The psychological profile of these patients includes disorders in memory, attention, arithmetic skills, language and intellectual deficits, social dysfunction and others. Patients with DiGeorge anomaly require complex interventions and care, in terms of somatic and mental health. The assessment of their mental state requires a multidisciplinary team, including: child psychiatrist/psychiatrist, psychologist, speech therapist, etc.

Key words: DiGeorge anomaly, deletion in chromosome 22q11 and mental disorders.

ВЪВЕДЕНИЕ

През 1965 г. са установени два от компонентите на имунната система на птиците: тимус (thymus) и фабрициевата торбичка (Bursa Fabricii – орган, характерен само за тях). Изследванията разкриват, че аблацията на бурсата предизвиква агамаглобулинемия, докато премахването на тимуса води до нарушения в клетъчния имунитет [1]. През същата година Angelo DiGeorge (детски ен-

докринолог) описва няколко бебета, родени без тимус, а друг негов колега – три бебета с вродена липса на паращитовидни жлези и тимусна тъкан. Според А. DiGeorge: „... едновременно липсата на тези две структури не е изненада... тази асоциация била регистрирана и по-рано, но физиологичното значение не било напълно изяснено“ [2]. При прегледа от DiGeorge и колегите му на четвърто бебе с вроден хипопаратиреоидизъм, липсващ тимус и нарушен клетъчен имунитет е било

АГРЕСИВЕН ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА ПОЛИМИКРОБНИЯ НЕКРОТИЗИРАЩ ФАСЦИИТ НА ПЕРИНЕАЛНАТА, ПЕРИАНАЛНАТА ИЛИ ГЕНИТАЛНАТА ОБЛАСТ – ГАНГРЕНА НА ФУРНИЕ

С. Илиев¹, П. Владова¹, Хр. Хиткова²

¹Катедра „Пропедевтика на хирургическите болести“, Медицински университет – Плевен

²Катедра „Микробиология, вирусология и медицинска генетика“, Медицински университет – Плевен

Резюме: **Въведение:** Гангрена на Фурние е рядкострещано, но тежкопротичащо заболяване, характеризиращо се с некроза на рехавата съединителна тъкан в областта на перинеума и гениталиите, причинена от синергична полимикробна инфекция, представена от аеробни и анаеробни микроорганизми. Понастоящем това състояние се дефинира като полимикробен некротизиращ фасциит на перинеалната, перианалната или гениталната област. **Цел:** Да анализираме резултатите от лечението на гангрена на Фурние, публикувани в медицинската литература и да ги сравним с нашия опит. **Материал и методи:** Направено е ретроспективно моноцентрично проучване, което обхваща тригодишен период. Анализиран е пациентски колектив от 44 болни с полимикробен некротизиращ фасциит на перинеума. Резултатите са сравнени с данните от предходно ретроспективно проучване за 11-годишен период и пациентски колектив от 21 болни. **Резултати и обсъждане:** Въпреки напредъка в хирургичната наука и техника докладваната смъртност при това заболяване в различни проучвания е между 20 и 30%. Анализът на резултатите показва снижаване на смъртността 3 пъти. **Изводи:** Агресивният подход при хирургичното третиране на поразената зона, изпреварващите инцизии, прицелната АБ терапия и ежедневният контрол на локалното разпространение на инфекцията са ключови за успеха от лечението.

Ключови думи: гангрена на Фурние; некротизиращ фасциит

AGGRESSIVE APPROACH IN THE TREATMENT OF POLYMICROBIAL NECROTIZING FASCIITIS OF THE PERINEAL, PERIANAL OR GENITAL REGION – Fournier's GANGRENE

S. Iliev¹, P. Vladova¹, Hr. Hitkova²

¹Department of Propedeutics of Surgical Diseases, Medical University – Pleven, Bulgaria

²Department of Microbiology, Virology and Medical Genetics, Medical University – Pleven, Bulgaria

Abstract. Abstract. Introduction: Fournier's gangrene is a rare, but severe disease characterized by necrosis of the loose connective tissue in the perineum and genitals, caused by a synergistic polymicrobial infection represented by aerobic and anaerobic organisms. This condition is currently defined as polymicrobial necrotizing fasciitis of the perineal, perianal or genital regions. **Objective:** To analyze the results of the treatment of Fournier's gangrene, published in the medical literature and compare them with our experience. **Materials and Methods:** A retrospective monocentric study covering a three-year period was performed. A patient group of 44 patients with polymicrobial necrotizing fasciitis of the perineum was analyzed. The results were compared with the data from a previous retrospective study covering an 11-year period and a patient group of 21 patients. **Results and Discussion:** Despite advances in surgical science and technology, the reported mortality from Fournier's gangrene in different studies varies between 20%-30%. The

analysis of the results has shown a 3-fold reduction in mortality. **Conclusions:** The aggressive approach in the surgical treatment of the affected area, preemptive incisions, targeted antibiotic therapy and daily control of the local dissemination of the infection are crucial for the success of treatment.

Key words: Fournier's gangrene; necrotizing fasciitis

ВЪВЕДЕНИЕ

Гангрената на Фурниер (ГФ) е рядкост, тежкопротичащо заболяване, характеризиращо се с некроза на рехавата съединителна тъкан в областта на перинеума и гениталиите, причинена от синергична полимикробна инфекция, представена от аеробни и анаеробни микроорганизми. Описана е за първи път през 1883 година от Fournier. Инфекцията се характеризира с опустошително, бързо разрушаване на меките тъкани, засягащо предимно перинеалната, перианалната и гениталната област [1]. Включва по-малко от 0,02% от всички постъпили в болница в Съединените щати, като засяга главно мъже с честота на заболяемост от 1,6 на 100 000 души. Състоянието обикновено се проявява със смъртност, варираща между 20 и 50% в повечето случаи [2, 3, 4].

Бактериалната палитра при полимикробния некротизиращ фасциит на перинеалната, перианалната или гениталната област включва множество грам-положителни и грам-отрицателни организми, причиняващи криптогландуларни или периуретрални инфекции. Тези организми нормално присъстват в дисталния ректум и перинеума и са с ниска до умерена вирулентност, но синергизмът ги кара да прогресират до тежки инфекции с тъканна некроза и гангрена [5].

Тъканното представяне в областта на скротума потенцира развитието на дермална гангрена поради липсата на подкожна мазнина между епидермиса и туника дартос [6]. Аеробите и анаеробите произвеждат ензими хепариназа, хиалуронидаза, стрептокиназа, колагеназа, коагулаза, липозахариден ендотоксин.

Патологията включва некроза на повърхностни фасциални слоеве и околни тъкани, без засягане на дълбоката фасция. Некро-

зата е следствие от тромбоза на малките подкожни кръвоносни съдове, причинена от разпространението на патогенните микроорганизми в рехавата съединителна тъкан. Причинената от това локална исхемия допълнително стимулира бактериалната пролиферация. Тъканната некроза се разпространява със скорост от един инч на час [7] и може бързо да прогресира от гениталната област към предната коремна стена [8].

Наличието на черно петно върху кожата на перинеума, заобиколено от еритема, се счита за патогномично за гангрената на Fournier. От този фокус в перинеума заболяването може да се разпространи в долната коремна стена, слабините, бедрата, гръдния кош, аксиларните ямки и горните крайници. Обикновената рентгенова снимка на корема и тази помага да се локализира подкожен емфизем, който може да се появи преди крепитацията да се палпира. Ултрасонографията на скротума е полезна за диференциране на гангрената на Fournier от други причини за развитието на „остър скротум“ [9]. Прогресията на инфекцията обикновено не засяга тестиса поради автономното му кръвоснабдяване. KAT и ЯМР [10, 11] могат да бъдат полезни при дефинирането на засегнатите тъканни равнини, но могат да забавят ранната диагностика и навременната операция.

Прогнозата зависи главно от локалния тъканен компромис, степента на засягане, вида и дозата на причинителя, естеството на провокиращото събитие и общия статус на пациента.

Въведени са клинични системи за оценяване и прогноза на ГФ за определяне на вероятността от смъртен изход и избор на оптималните варианти за лечение. Лабораторният индикатор на риска за некротизиращ фасциит (LRINEC) и индексът на тежестта на гангрената на Fournier (FGSI) са два теста

ПЕТ КЛИНИЧНИ СЛУЧАЯ НА СИНДРОМА НА REITER ПРИ АКТИВНИ СПОРТИСТИ И РОЛЯТА НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯ ЛЕКАР

И. Митева¹, В. Вълчев²

¹Катедра по трудова медицина, ФОЗ, Медицински университет – София

²Катедра „Физиология и биохимия“, Национална спортна академия „Васил Левски“ – София

Резюме: Синдромът на Reiter включва: уретрит, артрит и конюнктивит. Засягането на ставния апарат се предхожда от уретрит или от диария. Кожно-лигавично засягане се наблюдава при около 10% от случаите. Представяме петима пациенти (мъже, активни спортисти, на възраст от 25 до 29 г.), всички с асиметричен олигоартрит в рамките на 20 дни след прекарано възпаление на уретрата. При 5-ма пациенти уретритът е следствие на случаен сексуален контакт без презерватив и петимата са провели самолечение, без да посетят лекар. Между 10–14 ден от началото на артритата са започнали да получават червеникав обрив по дланите и ходилата, впоследствие обривите са станали болезнени плаки и всички са били с конюнктивит. Появата на обрив е принудила пациентите да потърсят общопрактикуващия лекар. Направените изследвания установяват положителни антитела срещу *Chlamidia trachomatis* (IgA и IgG), HLA-B27 положителен, HIV отрицателен, сифилис отрицателен и повишен CRP (C-реактивен протеин). При един от пациентите се наблюдаваха трайни изменения в колянна става и това е причината той да спре да се занимава активно със спорт. Важно е да се обясни на всички пациенти, че самолечението и negliжирането на болестите могат да доведат до трайни последици за организма. Ролята на общопрактикуващия лекар е да има предвид този рядък синдром, когато насочва към лабораторни изследвания.

Ключови думи: синдром на Райтер, уретрит, спорт

FIVE CLINICAL CASES OF REITER'S SYNDROME IN ACTIVE ATHLETES AND THE ROLE OF THE GENERAL PRACTITIONER

I. Miteva¹, V. Valtchev²

¹Department of Occupational Medicine, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

²Department of Physiology and Biochemistry, “Vasil Levski” National Sports Academy – Sofia

Abstract: Reiter's syndrome includes: urethritis, arthritis and conjunctivitis. Affecting the joint apparatus is preceded by urethritis or diarrhea. Skin-mucosal involvement is observed in about 10% of cases. We present five patients (male, active athletes, aged 25 to 29 years), all with asymmetric oligoarthritis within 20 days of past urethral inflammation. In 5 patients, the urethritis was the result of casual sexual contact without a condom, and they all self-medicated without visiting a doctor. Between 10–14 day of the onset of arthritis, a reddish rash on the palms and soles began to develop, subsequently the rashes became painful plaques, and all patients had conjunctivitis. The appearance of a rash forced patients to contact the general practitioner. Tests performed revealed positive antibodies against *Chlamydia trachomatis* (IgA and IgG), HLA-B27 positive, HIV negative, syphilis negative and elevated CRP (C-reactive protein). In one of the patients, permanent changes in the knee joint were observed, due to which he stopped actively playing sports. It is important to explain to all patients that self-medication and neglect of diseases can lead to lasting consequences for the body. The role of the general practitioner is to keep this rare syndrome in mind when running laboratory tests.

Key words: Reiter's syndrome, urethritis, sports

ОБЗОРИ

НЕСТИХВАЩАТА ПОЯВА НА НОВИ ЗООНОЗИ – МАЙМУНСКА ВАРИОЛА

Р. Комитова

Катедра по инфекционни болести, паразитология и тропическа медицина,
Медицински Университет – Пловдив

Резюме Маймунската вариола е зооноза, проявяваща се с треска, лимфаденопатия и везикулопустулозни кожни лезии. Исторически е била ограничена в Централна и Западна Африка. Преди се смяташе, че предаването от човек на човек е твърде ниско, за да поддържа разпространението. През 2022 г. новите случаи извън Африка драстично се увеличават, което довежда до обявяването от СЗО на тази епидемия за извънредна ситуация за общественото здраве от международно значение. Епидемията от маймунска вариола през 2022 г. засяга предимно мъже, които правят секс с мъже, и е свързана с близък интимен контакт (включително сексуална активност). Заболяването се проявява с нови епидемиологични и клинични характеристики. Инкубационният период варира от 7 дни до 10 дни. Повечето пациенти имат системно заболяване и характерен везикулопустулозен обрив в гениталната, аналната или оралната област, който често засяга и лигавиците. Много често заболяването протича самоограничаващо, но пациентите с тежки прояви или с риск от тежко заболяване биха могли да се възползват от антивирусно лечение. За лицата с риск е налична профилактика след или преди експозиция с ваксина, съдържаща неразмножаващ се вирус. В този преглед ние обобщаваме епидемиологичните и клиничните особености, възможностите за лечение и превенция на маймунската вариола с акцент върху епидемията от 2022 г.

Ключови думи: нововъзникваща зооноза, маймунска вариола, епидемия, стигма, ваксинация

UNABATED EMERGENCE OF NEW ZOOSES – MONKEYPOX

R. Komitova

Chair of Infectious Diseases, Parasitology and Tropical Medicine, Medical University – Plovdiv

Abstract. Monkeypox is a zoonotic disease, presenting with fever, lymphadenopathy, and vesicular-pustular lesions and historically has been restricted to Central and West Africa. It was previously thought that human-to-human transmission was too low to sustain spread. In 2022 new cases outside Africa dramatically increased resulting in the WHO declaring this epidemic a public health emergency of international concern. The 2022 monkeypox outbreak predominantly affects men who have sex with men and is associated with close intimate contact (including sexual activity). However, monkeypox presents with novel epidemiological and clinical characteristics. The incubation period ranges from 7 to 10 days. Most patients present with a systemic illness and a characteristic vesicular-pustular rash in the genital, anal, or oral regions, that often involves the mucosae. In many patients, the disease is self-limiting, but some with severe manifestations or at risk of severe disease could benefit from antiviral treatment. For people at risk, post-exposure or pre-exposure prophylaxis with a non-replicating vaccine is available. In this review, we summarize epidemiological and clinical features, treatment, and prevention options for monkeypox with a focus on the 2022 outbreak.

Key words: emerging zoonosis, monkeypox, epidemic, stigma, vaccination