

ПЕДИАТРИЯ ПЛЮС

ОНЛАЙН ИЗДАНИЕ ЗА ПЕДИАТРИ И ОПЛ



ISSN 2815-4517

БРОЙ 10|2026, ГОДИНА V

WWW.PEDIATRIA-BG.EU

ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКА ПЕДИАТРИЧНА АСОЦИАЦИЯ



НА ФОКУС

Интервю с проф. д-р Доброслав Кюркчиев

3

НОВИНИ

12

МЛАДИТЕ ПЕДИАТРИ

Интервю с д-р Здравко Иванов

21

ЗА ПРАКТИКАТА

Практическо приложение на немския гайдлайн за ангина

Кр. Чолакова, Г. Петрова,
Д. Митева, В. Папочиева,
B. Kinder, Sv. Armbrust

28

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Практическо приложение на немското ръководство за поведение при остър тонзилит в детска възраст

И. Петрова, Н. Янева, М. Аршинкова

43

Календар на събитията на БПА | 2026

53



Проф. г-р Доброслав Кюркчиев:

„ДОБРОТО СЪТРУДНИЧЕСТВО МЕЖДУ
ПЕДИАТЪР И КЛИНИЧЕН ИМУНОЛОГ
ТРЯБВА ДА ПОЧИВА НА РАВНОПОСТАВЕНОСТ,
ВЗАИМНО УВАЖЕНИЕ И ДОБРЕ ИЗГРАДЕНА
КОМУНИКАЦИЯ“

С проф. г-р Доброслав Кюркчиев, ръководител на Катедрата по клинична иму-



нология към Медицинския факултет на МУ – София и началник на Лабораторията по клинична имунология в УМБАЛ „Св. Иван Рилски“, разговаряме за откритията, които променят разбирането ни за имунната система, и за предизвикателствата при разпознаването на имунните нарушения в детска възраст. Обсъждаме ролята на диагностиката и сътрудничеството между педиатри и клинични имунологични, както и надеждите за бъдещото лечение на аутоимунните заболявания. В по-личната част на интервюто той споделя за двете си любви – имунологията и историята – и за убеждението, че трябва да приемаме сериозно работата си, без да се вземаме твърде на сериозно.

ПРОФ. КЮРКЧИЕВ, КАК СЕ ПРОМЕНИ РАЗБИРАНЕТО НИ ЗА ИМУННАТА СИСТЕМА ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ ДЕСЕТИЛЕТИЯ? КОИ ОТКРИТИЯ СПОРЕД ВАС ИМАТ НАЙ-ГОЛЯМО ЗНАЧЕНИЕ ЗА ИМУНОЛОГИЯТА?

Вероятно всеки имунолог би дал различен отговор на този въпрос – толкова много неща се случиха в имунологията. За мен сред най-важните постижения са откритията за тъканните сигнали, които клетките на имунната система получават и



които определят поведението им. Бих отличил също откритията, свързани със стволовите клетки и различните видове клетъчна смърт, както и напредъка в имуноонкологията – по-конкретно приложението на check point инхибиторите. И, разбира се, биологичната терапия, насочена срещу имунологично активни структури, която вече се прилага и при редица детски заболявания.

НАБЛЮДАВАМЕ ЛИ ДЕЙСТВИТЕЛНО ПРОМЯНА В ЧЕСТОТАТА И ПРОЯВИТЕ НА ИМУННИТЕ И АВТОИМУННИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ДЕЦАТА, ИЛИ ДНЕС ПРОСТО ГИ РАЗПОЗНАВАМЕ ПО-ДОБРЕ?

Живеем в общество, в което базисните потребности като цяло са удовлетворени. Това ни позволява да обръщаме повече внимание на въпроси, които в миналото са оставали на заден план. Акцентът върху храненето, микробиома, антибиотиците, ваксините, замърсяването на околната среда, психологическия стрес и други аспекти на съвременния живот изкушава много хора да приемат, че тези фактори пряко водят до увеличаване на автоимунните заболявания при децата. Няма обаче категорично и научно доказани конкретни такива връзки. Нещо по-





вече – факторите на средата са пускови механизми, но не и причинители на аутоимунните заболявания.

Наред с това, безспорен факт е, че доста по-добрият достъп до имунологичния изследвания, както и тяхното огромно развитие доведоха до по-ранна и по-оптимална откриваемост на аутоимунните заболявания. В световен мащаб се отчита нарастване на честотата им, което някои колеги определят като „аутоимунна епидемия“. Доколко обаче това се дължи на по-добрата диагностика и доколко е свързано със съвременния начин на живот – на този въпрос никой коректен специалист не може да отговори еднозначно.

КОИ СИМПТОМИ И НАХОДКИ ПРИ ЕДНО ДЕТЕ ТРЯБВА ДА НАСОЧАТ ПЕДИАТЪРА КЪМ ИМУНОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ?

Много са, но нека открия няколко. Честите, дълготрайни и тежки инфекции, болки по ставите, неясни обриви, пагане на косата и веждите, синдром на Рейно, сухота по лигавиците, необичайна отпадналост, психологически промени, които не са типични за съответната възраст, хронични симптоми, свързани с гастроинтестиналния тракт. Сигурно забравям нещо, разбира се.



КАКЪВ Е РАЗУМНИЯТ ПЪРВИ НАБОР ОТ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРИ СЪМНЕНИЕ ЗА НАРУШЕНИЕ НА ИМУНИТЕТА?

В рамките на нашата специалност нарушенията на имунитета при децата могат да бъдат разгледани в две основни направления – имунна компрометираност и аутоимунитет. И в двата аспекта съществуват редица скринингови имунологични изследвания като титър на имуноглобулините, брой и състояние на клетките на имунната система, огромното разнообразие на анти-нуклеарни аутоантитела, антитела срещу ССР и много други. Няма как в клиничната имунология, ако искаме да правим нещата добре, да се пуснат 1 – 2 изследвания, които да ни дават информация дали да се продължава нататък, както много хора си представят. Изобщо, концепцията да се пестят на пациентите пари от изследвания е пагубна за едно модерно общество, което цели съвременна, ефективна и адекватна диагностика на своите членове. Особено на най-малките от тях, пред които е Бъдещето. Разбира се, говорим за изследвания, базирани на научни доказателства.

КОГА РЕЦИДИВИРАЩИТЕ ИНФЕКЦИИ НАЛАГАТ КОНСУЛТАЦИЯ С КЛИНИЧЕН ИМУНОЛОГ?



Когато инфекциите са чести, когато са тежки, когато са дълготрайни и когато са резултат от необичайни причинители – в тези случаи винаги стои подозрението за евентуална имунна компрометираност, която може да е временно явление, но може да бъде и за цял живот. Често родителите решават, че на детето им е „паднал имунитетът“, водени от някакви свои вътрешни усещания, че то боледува повече, отколкото те считат за нормално. Състоянието на имунитетът може да бъде изследвано, установено и интерпретирано от клиничния имунолог на базата, на което да се вземат или да не се вземат съответните мерки.

КАК БИХТЕ ОПИСАЛИ ДОБРОТО СЪТРУДНИЧЕСТВО МЕЖДУ ПЕДИАТЪР И КЛИНИЧЕН ИМУНОЛОГ?

По мое мнение то би следвало да почива на равнопоставеност, взаимно уважение и добре изградена комуникационна система между тях. Ние в Лабораторията по клинична имунология на УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ от няколко години имаме такова сътрудничество със специалистите в сферите на ендокринологията, ревматологията, гастроентерологията и неврологията от СБАЛ по детски болести „Проф. Иван



Митев" в София. Бихме искали да разширим тези си сътрудничества.

АКО ПОГЛЕДНЕМ ДЕСЕТ ГОДИНИ НАПРЕД, КОЯ ПРОМЯНА В КЛИНИЧНАТА ИМУНОЛОГИЯ БИХТЕ ИСКАЛИ ДА ВИДИТЕ?

Бих искал да диагностицираме аутоимунните заболявания при децата толкова рано, че те да се превърнат в лечими. Тоест, бих искал причините за аутоимунитета да бъдат разкрити напълно и да подлежат на ранна диагностика със съответната терапия до пълно излекуване.

И НЯКОЛКО ПО-ЛИЧНИ ВЪПРОСА – ЗАЩО ИЗБРАХТЕ ИМУНОЛОГИЯТА ЗА ВАША СПЕЦИАЛНОСТ?

Баща ми е имунолог и вероятно би се очаквало да кажа, че от дете съм искал да стана точно това. Не беше така. Привличаха ме историята, а по-късно, от медицинските науки – психиатрията и патоанатомията. Когато завърших МУ – София се опитах да работя психиатрия, но не се получи. После просто така се стекоха нещата, беше в края на 90-те и тогава не можеше да се избира много, много. Или пък съм бил деликатно насочен, без да се усетя, допускам и тази възможност.



АКО ИМАХТЕ ВЪЗМОЖНОСТТА ДА ЗАПОЧНЕТЕ ПРОФЕСИОНАЛНИЯ СИ ПЪТ ОТНОВО, БИХТЕ ЛИ ИЗБРАЛИ СЪЩАТА ПРОФЕСИЯ?

Аз имам две любви – имунологията и историята. Някога изневерих на едната и ако мога да изживея живота си отново, може би бих изневерил на другата. Или кой знае?

ДОВЪРШЕТЕ ИЗРЕЧЕНИЕТО „ОБИЧАМ ПРОФЕСИЯТА СИ, ЗАЩОТО...”

... е интересна, смислена, пълна с предизвикателства и никой не я разбира.

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

Според мен най-важното е да бъдем професионалисти, но да не се вземаме твърде на сериозно. Сериозна е работата ни, не ние.



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 НЕОБХОДИМОСТ ОТ ЕДИНЕН НАЦИОНАЛЕН ПОДХОД ЗА ПРОФИЛАКТИКА С ВИТАМИН К ПРИ НОВОРОДЕНИТЕ

Българската педиатрична асоциация изразява загриженост от липсата на единен подход при профилактиката на кървенето поради дефицит на витамин К при новородените.

Към настоящия момент в родилните и неонатологичните структури в страната се прилагат различни лекарствени продукти, концентрации, дози и начини на приложение. Различия съществуват и в препоръките за профилактика след изписването, като в някои случаи отговорността за осигуряването, дозирането и приложението на следващите дози се възлага на родителите.

Липсата на единни правила създава предпоставки за пропуски и грешки и води до различен подход към новородените в зависимост от лечебното заведение и медицинските специалисти, които ги проследяват.



В тази връзка Българската педиатрична асоциация предлага Министерството на здравеопазването да сформира национална експертна група с участието на неонатолози, педиатри, общопрактикуващи лекари, клинични фармаколози и представители на компетентните институции.

Задачата на експертната група да бъде анализ на съществуващите практики и актуалните научни препоръки и изработване на единен национален алгоритъм за профилактика с витамин К при новородените, който да определи основните принципи на профилактиката, проследяването и отговорностите на медицинските специалисти.

Целта е да се осигури медицински обоснован и единен подход към всяко новородено, независимо от лечебното заведение, в което е родено.

КАТЕДРАТА ПО ПЕДИАТРИЯ В МУ – ПЛОВДИВ ОТБЕЛЯЗВА 80 ГОДИНИ С НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ



Катедрата по педиатрия „Проф. Иван Андреев“ към МУ – Пловдив ще отбележи своя 80-годишен юбилей с научна конференция на 29 октомври 2026 г. в Аудиторния комплекс на университета.

Основана през октомври 1946 г., катедрата има значим принос за развитието на педиатричната наука, обучението на поколения лекари и грижата за детското здраве.

Юбилейният форум ще събере педиатри, преподаватели, изследователи, млади лекари, специализанти и специалисти по здравни грижи от страната и чужбина. Програмата ще бъде посветена на обмен на опит и на съвременните предизвикателства и иновации в педиатрията.

Честит юбилей, колеги!



НРД 2026 – 2028: ВАЖНИ ПРОМЕНИ В ПЕДИАТРИЧНАТА ПОМОЩ

През септември БЛС и НЗОК подписаха Националния рамков договор за медицинските дейности за периода 2026 – 2028 г.

Сред основните промени е обособяването на две самостоятелни клинични процедури за интензивно лечение на деца – със и без механична вентилация и/или парентерално хранене. Облекчава се и редът за извършване на ЯМР или КТ под обща анестезия при деца, като отпада задължителната консултация със специалист по образна диагностика.

Договорът включва имунизация и реимунизация срещу варицела и профилактични ваксини срещу сезонен грип за деца. Разширяват се възможностите за издаване на направления извън лимитите за профилактика и при определени случаи на хронични заболявания. Стойността на специализирания преглед по педиатрия остава 28 евро. Договореният ръст на цените е 4.4% в извънболничната помощ, считано от 1 януари 2026 г., и 10% в болничната помощ – от 1 септември.

ДЕТСКА ХИРУРГИЯ В „ПИРОГОВ“ УЧРЕДИ ПРИЗ „ЗЛАТЕН СКАЛПЕЛ“



#ДетскаХирургияПирогов



ДЕТСКА ХИРУРГИЯ
ПИРОГОВ

През септември 2026 г. екипът на Детска хирургия в „Пирогов“ учреди приза „Златен скалпел“ като признание за професионален принос, всеотдайност и приемственост. Първият му носител стана проф. д-р Огнян Бранков – дългогодишен ръководител на клиниката, който тази година отбелязва 80-годишен юбилей.

Заг професионалния път на проф. Бранков стоят над 10 000 операции, десетки научни публикации, патенти и пионерски оперативни методи. Неговото наследство обаче е и в примера, който оставя на поколения лекари: че истинският хирург лекува първо с

духа, емпатията и присъствието си, а след това със скалпела. Професорът получи отличието от свой бивш пациент, чийто живот е спасил заедно с екипа си през 2003 г. И нещо любопитно за самата награда – в основата на пластиката е вграден автентичен хирургичен инструмент от 50-те години на миналия век – времето, когато специалността поставя своето начало в болницата. Над него се издига Дървото на живота, символ на корените и приемствеността на школата, а птицата в клоните му олицетворява спасения детски живот и надеждата.

ДВЕ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ БЯХА КОРИГИРАНИ ЧРЕЗ КАТЕТЪРНА ИНТЕРВЕНЦИЯ ПРИ МАЛКО ДЕТЕ

Екип на УМБАЛ „Св. Екатерина“ успешно коригира две вродени сърдечни малформации при момиченце на 1 година и 9 месеца, без операция на отворено сърце. Случаят беше представен по повод Световния ден на сърцето – 29 септември.



При детето са установени персистиращ артериален канал и отворен форамен овале. Въпреки нормалното му развитие, патологичният кръвоток е довел до сърдечно обременяване и необходимост от интервенция.

Процедурата е извършена от доц. Кратунков и д-р Пенчев с участието на анестезиологичен екип. Чрез катетърен достъп през феморалните съдове патологичните комуникации са затворени с оклудер. Интервенцията е преминала без усложнения, а контролните изследвания са показали липса на остатъчен патологичен кръвоток и запазена сърдечна функция.

Детето е изписано в много добро общо състояние и ще продължи да бъде проследявано от детски кардиолог.

ИЗЛОЖБА ПОКАЗВА ПРЕОБРАЗЕНИ БОЛНИЧНИ ДЕТСКИ ОТДЕЛЕНИЯ



ИЗЛОЖБА НА ФОНДАЦИЯ „ЗА ДОБРОТО“
23 СЕПТЕМВРИ – 5 ОКТОМВРИ 2026



МОСТЪТ НА ВЛЮБЕНИТЕ
НДК, ГР.СОФИЯ



С подкрепата на Столична община

На 23 септември на Моста на Влюбените до НДК в София Фондация „За Доброто“ откри изложбата „Детски болници в България: 5 години грижа“. Тя проследява развитието на проект „Светулка“ и представя 12 преобразени педиатрични отделения в страната.

Пет години след първата изложба, показвала тежките условия в детски болнични отделения, новите фотографии разказват за постигнатата промяна – функционална и приветлива среда, съобразена с потребностите на децата, родителите и медицинските екипи. Следващата цел на фондацията е добрата болнична среда да се превърне в стандарт за всяко дете.

**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 имунизиране 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 имунизиране) и главоболие (13,2 % от имунизираните до 15 дни след всяка визита за имунизиране). 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 антияловия 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 Здравко Иванов:

„Най-важното е педиатрите и родителите да знаят, че са съюзници в името на детското здраве“



Д-р Здравко Иванов завършва специалност „Медицина“ в Медицински университет – Пловдив през 2024 г. като първенец на випуска с най-висок успех. По време на обучението си участва активно в научни конференции и форуми, както и в обучения и практически стажове в България и чужбина.

През 2021 и 2022 г. е стипендиант на Фондация „Еврика“ за постижения в овладяването на знания в областта на медицина-

та и биологията – стипендия на името на акад. Методи Попов. През 2022 г. печели първо място в категория „Здравеопазване“ в Националния конкурс „Студент на годината“. От края на 2024 г. е специалист по педиатрия в Детска клиника на УМБАЛ „Св. Георги“ – Пловдив.

Защо решихте да бъдете лекар?

Решението да стана лекар узря в ученическите ми години в гимназията. Със сигурност не мога да го нарека спонтанно или плод на моя детска мечта. Произхождам от семейство на лекари с богата академична култура и това определено е оказало влияние върху интересите ми и впечатленията ми за работата на един медик. Това въздействие никога не е било директно, чрез налагане, а опосредствано от темите, които се обсъждаха често вкъщи и които ми се струваха интригуващи. В гимназията проявявах силен интерес към естествените науки, особено биологията, и живо се интересувах от начина, по който функционира човешкият организъм. Именно съчетанието между любопитството към науката и желанието ми да бъда полезен на хората и на обществото стои в основата на избора ми да стана лекар.

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

Избрах педиатрията като мое поприще, тъй като тя е всеобхватна и поливалентна специалност, изискваща разбиране на детския организъм като едно цяло. В ерата на неизбежната свръхспециализация, в която живеем, намирам това за особено ценно.

Въпреки че до скоро педиатрията се смяташе за нежелана специалност, мисля че не така. Вярвам, че много колеги биха избрали да работят с деца и да ги лекуват, но се отказват поради неблагоприятните условия на труд и заплащане – резултат на системното negliжиране на детското здравеопазване в България.

Лично за вас какво е педиатрията?

За мен педиатрията е грижа и отговорност към бъдещето. Тя предоставя привилегията да участваш в разгръщането и опазването на един неопетнен живот, в изграждането на здрав организъм и пълноценна личност.

Педиатърът според вас трябва да е...

Търпелив, наблюдателен, толерантен, креативен...

С какви трудности се сблъсквате като специалист?

Най-голямата трудност в педиатрията

за мен е езиковата бариера – ежедневно се сблъскваме, от една страна, с пациенти, които не могат правилно да изразят оплакванията си, а от друга – с родители, които ни представят своя собствена интерпретация за състоянието на детето им. Често педиатърът се явява своеобразен арбитър между двете страни, като има нелеката задача да оценява и сравнява обективни белези със субективни данни, които често си противоречат, и да извлича необходимото. Друга трудност при работата с деца е присъщата им липса на добър контрол върху емоциите, което може да възпрепятства клиничния преглед. Принципът, че детето не е умален вариант на възрастния е фундаментален. Когато го следваме и не очакваме малките пациенти да реагират като нас в конкретни ситуации, трудностите стават по-малко и по-лесно преодолими.

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

Когато лекарят говори уверено и е компетентен по темата, която дискутира с пациентите и техните родители, те гледат на него с доверие и уважение, независимо от възрастта му. Най-важното е и двете страни да знаят, че са съюзници в името на детското здраве...

Младостта не е порок и тя не пречи на педиатъра да дава адекватни съвети по въпроси, с които е добре запознат. Определено в моя опит има случаи, когато възрастта ми прави впечатление на пациентите, но това никога не е било пречка в комуникацията ми с тях и изграждането на атмосфера на доверие.

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

Темата за проблемите в детското здравеопазване в България е сложна и многопластова. Като основни негативи бих посочил хроничното недофинансиране на педиатричните специалности, пренебрегването на основни програми за профилактика и ниското ниво на здравна култура у децата и техните родители.

Каква трябва да бъде според вас Националната педиатрична болница?

Според мен Националната педиатрична болница трябва да е високоспециализиран център за оказване на комплексна медицинска помощ на всяко нуждаещо се дете. Тя трябва да разполага с мултидисциплинарен екип, високотехнологично оборудване и капацитет както за оказване на интензивни грижи, така и за поддържане на стационар за всяка от педиатричните подспециалности, включително детска хирургия, психи-



атрия, рехабилитация и други. Такъв тип лечебно заведение би трябвало да съдържа всички звена, необходими за осигуряването на всеобхватна грижа за физическото и душевното здраве на българските деца.

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

Бих искал да работя за подобряване нивото на здравна култура у нас с цел понижаване честотата на предотвратими заболявания у децата и в крайна сметка – намален морбидитет в зряла възраст. Подобряването на условията на труд в педиатричните отделения и обезпечаването на цялата страна със специалисти педиатри би трябвало да е национален приоритет, за да се повиши качеството на детското здравеопазване в България.

За какво мечтаете като млад специалист?

Мечтая да допринеса за развитието на българското здравеопазване чрез оказване на компетентна медицинска помощ и емоционална подкрепа на най-малките и уязвими пациенти, така че те да могат да разгърнат пълния си жизнен потенциал. Считам внедряването на иновации в диагностиката и лечението на детските болести за необходимост и мисия, в чието изпълнение мога да дам своя принос.



unicef 
за всяко дете

Знаем, че няма универсално ръководство за родители.

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

БЕЗПЛАТНО ПРИЛОЖЕНИЕ ЗА РОДИТЕЛИ

Представяме ви **Беб660**

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



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



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



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



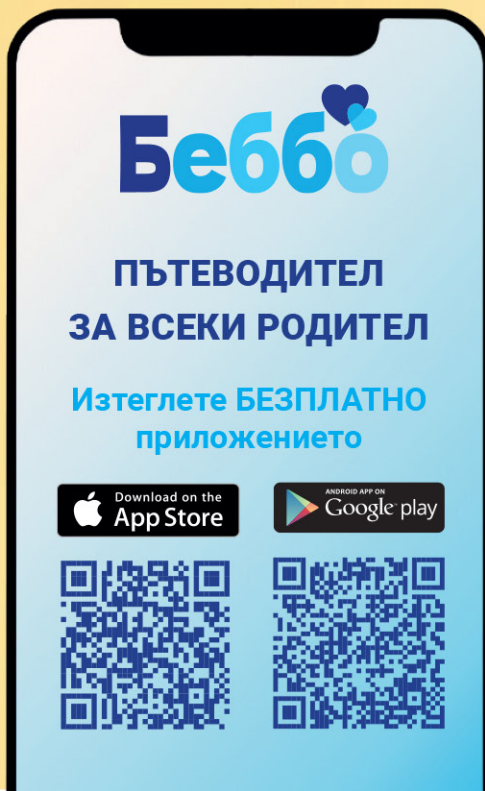
Може да съхранява информация за посещенията на детето при лекаря.



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



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



С подкрепата на Министерството на здравеопазването

ПРАКТИЧЕСКО ПРИЛОЖЕНИЕ НА НЕМСКОТО РЪКОВОДСТВО ЗА ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ОСТЪР ТОНЗИЛИТ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

Кр. Чолакова¹, Г. Петрова², Д. Митева²,
В. Паночиева², В. Kinder¹, Sv. Armbrust¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
Dietrich-Bonhoeffer-Klinik Neubrandenburg,
Германия

²Катедра по педиатрия на МУ – София;
Клиника по педиатрия,
УМБАЛ „Александровска“, София

Острият тонзилит е сред най-честите причини за консултация с педиатър и основна причина за внезапно появила се болка в гърлото. Основните причинители са: вируси (риновирус 20%, коронавирус около 5%, аденовирус около 5%) и по-рядко бактерии, от които най-често са стрептококи от група А. Случаи на стрептококов тонзилит се наблюдават основно през месеците ноември до май, докато тонзилит от ентеновирус е характерен основно за лятото и

есента [6]. Приема се, че стрептококите причиняват 15 – 30% от острите тонзилити в детска възраст. Основният механизъм на предаване е въздушно-капков, по-рядко – чрез ръце или замърсени предмети. Заболяването, макар и да изглежда безобидно, е от изключително значение, защото при заразяване е пряко свързано с отсъствието на децата от детските заведения. В настоящата статия се представя накратко актуалното ръководство в Германия за диагностика и терапия на остър тонзилит. То е приложимо за амбулаторни случаи при деца и възрастни, без наличие на рискови фактори.

АКТУАЛНА ДЕФИНИЦИЯ НА ТОНЗИЛИТИТЕ СПОРЕД РЪКОВОДСТВОТО

За пациенти под 15 години острият тонзилит се дефинира като болки в гърлото, придружени с фебрилитет над 38.3°C или ексудат на тонзилите, или новопоявил се уголемен болезнен лимфен възел, или доказване на група А стрептококи в гърлен секрет.

При пациенти над 15 години се изискват болка в гърлото, причинена от остър тонзилит (но не фарингит), както и нарушение на обичайния ритъм на живот.

Особено внимание трябва да се обърне на

пациенти с т. нар. рискови фактори или тревожни симптоми, сред които са: деца под 3-годишна възраст, скарлатина, инфекции с друг фокус (пневмония, бронхит, среден отит), всякакъв вид имunosупресия (неутропения под 1000/ μ l, HIV, вродени имунни дефицити, терапия с орални кортикостероиди, пациенти след трансплантация), тежки придружаващи заболявания, повишен риск от ревматизъм [1, 5].

НАЙ-ВАЖНОТО ОТ КЛИНИЧНАТА КАРТИНА

Най-важното от клиничната картина Острият тонзилофарингит от стрептококи група А е свързан с болки в гърлото, особено при преглъщане, температура, главоболие, при по-малките деца включително коремни болки, повръщане, гадене. Давността на симптомите е до 14 дни. При клиничния преглед се виждат хиперемирани оточни тонзили с ексудат и хиперемирано гърло, както и лимфаденопатия. Важно е да се отбележи е, че **нико един от клиничните симптоми не позволява различаването на вирусен от бактериален причинител на тонзилита**. Точно това прави още по-важно за клиничната практика наличието на практически подход в съответствие с правилата за борба с антибиотичната резистентност [3].

При клиничния преглед е важно да не се пропуснат възможни усложнение или сериозни диференциални диагнози. Например: стридор и вентилаторна недостатъчност, симптоми на менингоградикулерно гразнене, болест на Кавазаки, Lemierre-синдром (инфекциозен тромбофлебит на вътрешна яремна вена), абсцес, дехидратация. Тези състояния изискват и насочване за хоспитализация. Сред значимите диференциални диагнози са инфекциозната моноклеоза, PFAPA (периодична треска, афтозен стоматит, фарингит и шийна лимфаденопатия) и абсцеси (перитонзиларни, пара- и ретрофарингеални). За последните особено характерно е наличието на затруднено преглъщане, сковаване на челюстта до невъзможност за отваряне на устата, повишено слюноотделяне, променен глас и при оглед – зачервяване и подуване на мекото небце и мъжеца, девиация на мъжеца към противоположната страна; за терапия се прилага хирургичен дренаж с тонзилектомия [3].

ПРИЛОЖЕНИЕ НА ОЦЕНЪЧНИ (ТОЧКОВИ) СКАЛИ В ДИАГНОСТИКАТА

С помощта на три точкови системи е възможно да се прецени вероятността тонзилитът да е причинен от стрептококи група А. Това са именно: McIsaac-скала,

Centor-скала, Fever-PAIN-скала, представени в Таблица 1. Колкото по-голям е точковият сбор, толкова по-голяма е вероятността да става въпрос за бактериален причинител. Но въпреки това няма 100-процентова сигурност – дори при 4 до 5 точки по скалата на McIsaac вероятността за доказване на група А стрептококи е 55%, а при 4 до 5 точки по скалата FeverPAIN е 63%. Основната сила на тези точкови скали е, че подпомагат решението дали да се пуснат лабораторни изследвания, например ПКК и възпалителни маркери (СУЕ, CRP), бърз тест за стрептококи. Рутинни лабораторни изследвания не са препоръчителни за пациенти без притеснителни симптоми. Относно бързите тестове трябва да се има предвид, че при възрастни в 4 до 10% от случаите има безсимптомни носители на група А стрептококи и до 12% на стрептококи от група С или G, тоест, трябва да сме наясно с вероятността за положителни резултати като израз единствено на колонизация. Препоръчва се да се приложи за пациенти между 3 и 15 години с над 3 точки по оценъчните скали. Бактериалните култури от гърлен секрет не бива да се прилагат рутинно, а само при съмнение за атипичен причинител, компрометирана имунна система, риск от ревматизъм. Не са препоръ-

ръчителни и изследването на антистрептолизинов титър и серология [1, 5].

Таблица 1. Оценъчни-системи за тонзилит.

Centor (по 1 т. Всяко)	Mclsaac (по 1 т. Всяко)	FeverPAIN (по 1 т. Всяко)
● температура >38°C ● липса на кашлица ● увеличени болезнени лимфни възли ● уголемени тонзили евтл. с ексудат	● Възраст 3-15 г. (+1 т.), над 45 г. (- 1 т.) ● температура >38°C ● липса на кашлица ● увеличени болезнени лимфни възли ● уголемени тонзили с ексудат	● температура през последните 24 часа ● ексудат на тонзилите ● лекарски преглед в рамките на 3 дни от появата на симптомите ● Възпалени тонзили с оток и зачервяване ● без ринит или кашлица

ЛЕЧЕНИЕ

Лечението е симптоматично и се базира основно на аналгетици (ибупрофен, други нестероидни противовъзпалителни, локални препарати). Локалните антисептици (например като спрейове, таблетки за смучене) не са показали сигурен ефект в клиничните проучвания. Важно е да се следи за достатъчен прием на течности. Кортикостероиди могат да бъдат прилагани при тежки случаи на инфекциозна моноклеоза или при значително компрометиране на дихателните пътища.

Родителите на пациентите трябва да бъдат запознати [2, 5]:

- с обичайната продължителност на заболяването от около 1 седмица и неговия самоограничаващ се характер;
 - с ниския риск от сериозни бактериални усложнения (според заинтересуваността) и с ниските нива на заболяемост от остра ревматична треска и остър постстрептококов гломерулонефрит;
 - с предимствата и недостатъците на антибиотичното лечение на базата на вероятността за бактериален причинител,
- Таблица 2.

Таблица 2. Преглед на предимствата и недостатъците на антибиотичното лечение на ангина.

ПРЕДИМСТВА	НЕДОСТАТЪЦИ
● скъсяване на симптоматиката с 16 часа ● намалена заразност (след 24 часа антибиотично лечение) ● намаляне на потенциални усложнения, както пурулентни, така и имунологенни	● голям брой пациенти трябва да бъдат лекувани за предотвратяване на усложнения (number needed to treat ca. 200) ● честота на нежелани лекарствени реакции към 10% ● култивиране на бактериална резистентност ● финансови ресурси

Актуалните препоръки за лечение на остра ангина при пациенти 3- до 15-годишна Възраст без red flags гласят:

- При Centor/McIsaac оценка <2 се прилага само симптоматична терапия;
- При Centor/McIsaac оценка 3 се предлага „забавено предписване“, тоест, изгадената рецепта за антибиотик бива изпълнена

само при клинично влошаване или персистиране на симптомите без подобрение за 3 до 5 дни.

- При Centor/McIsaac-скала оценка >4 – директно се започва антибиотична терапия или опционално „забавено предписание“ [1, 2, 3].

При все още ниските нива на резистентност и добрата му ефективност срещу грам-положителни микроорганизми пеницилинът остава средство на първи избор при лечение на стрептококов тонзилит с очаквано подобрение още след 24 часа прием. При леко протичане е достатъчно терапията да продължи 5 дни. Отново посещаване на детски заведения (градина, училище) е възможно най-рано 24 часа след отшумяване на симптомите, независимо дали е приеман антибиотик или не [4].

- **>15 години:** Penicillin V (феноксиметилпеницилин) 3 x 0.8 – 1.0 млн. международни единици през устата 5/7 дни (за България алтернатива са други монопеницилинови продукти като амоксицилин например);

при непоносимост:

Clarithromycin 2 x 250 – 500 mg p.o. за 5 дни

- **3 – 15 години:** Penicillin V 50 000 – 100 000/kg ден в 3 дози p.o. за 5/7 дни

при непоносимост: Clarithromycin 15 mg/kg ден p.o. в 2 дози за 5 дни [2].

КОГАТО САМО АНТИБИОТИК НЕ Е ДОСТАТЪЧЕН?

Лечението на тонзилита си остава неизменна част от педиатричната практика, но в следните случаи е препоръчително насочването към УНГ-специалист [2]:

- съмнение за неоплазия;
- съмнение за перитонзиларен, ретро- или парафарингеален абсцес;
- продължителност над 6 седмици;
- рецидивиращи тонзилити (над 6 годишно) за преценка относно тонзилектомия.

Оперативното лечение е основно тонзилектомия (пълно отстраняване на тонзилите). Тя е индицирана за пациенти с определен брой диагностицирани от лекар епизоди на остър тонзилит:

- 7 през последните 12 месеца;
- 5 годишно за последните 24 месеца;
- 3 годишно за последните 36 месеца [1].

За пациентите с по-малък брой от гореспоменатия е препоръчително лекарско наблюдение през следващите 12 месеца заради високия процент на спонтанна ремисия. Оперативното отстраняване на тонзилите е противопоказно при инфекциозната мононуклеоза. При невъзможност или отказ за оперативно лечение може да се опита ерадикационен курс с Амоксицилин/клавуланова киселина или клиндамицин. При

значима хиперплазия на тонзилите (>I степен по Brodaky) алтернативно може да се предприеме тонзилотомия заради по-лекото протичане на постоперативния период (по-малко болка и оттам по-малка нужда от аналгезия, по-малко кървене, по-бързо достигане на адекватен перорален хранителен прием). Вероятността от вторична тонзилектомия при рецидив на тонзилит също трябва да бъде обсъдена с родителите преди операцията [1].

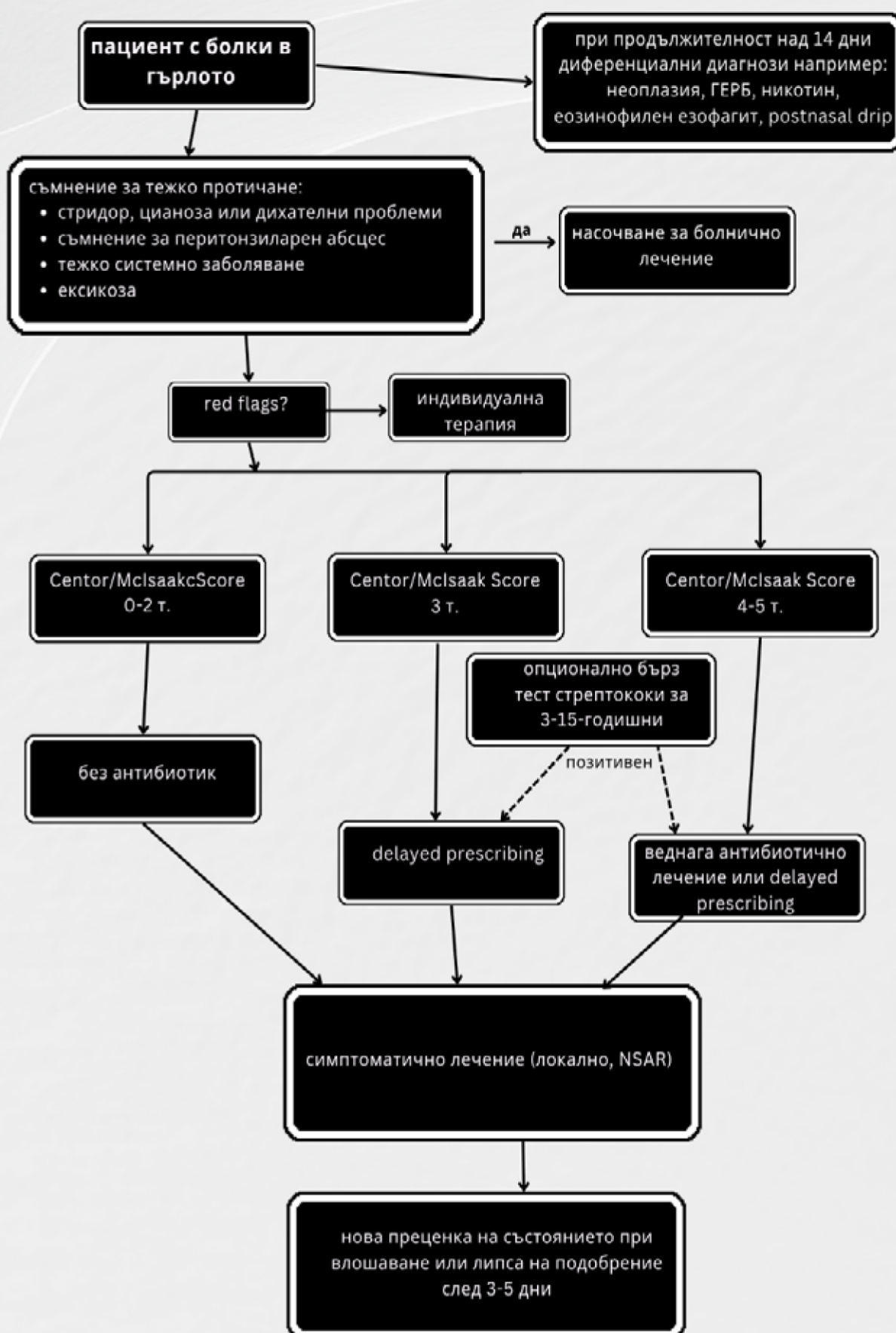
ПРИЛОЖИМ ЛИ Е ТОЗИ ГАЙДЛАЙН В БЪЛГАРИЯ?

На фона на проблемите със снабдяването с лекарства и нуждата всяка педиатрична практика да внимава за разходите си е логично да се запитваме как да въведем тези ръководства във всекидневната практика в нашата страна. Цените на бързите тестове варират между 7 и 20 евро според това дали са от типа, приложими в домашни условия, или направени в лаборатория. Заложено финансиране на бързите тестове в Националния рамков договор би било голямо улеснение и стъпка в правилната посока. За постигането на съгласие по тази точка са нужни още анализи на финансовото предимство от реимбурсирането им. Цените на често предписваните антибиотици са сравнително еднак-

ви, но понякога има продължителна липса на пазара на някои от тях. Медикаментът на първи избор, например – Penicillin V, го няма в България и се залага на алтернативи като амоксицилин или цефалоспоринови 1 или 2 генерация. Във всеки случай индивидуализирана медицина си остава най-съвременен подход.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Острият тонзилит винаги ще съпътства педиатричната практика, благоприятен от лесната обмяна на причинители между децата. Наша основна задача е да отсеем с помощта на лесен алгоритъм тези пациенти, при които за разлика от обичайните случаи причината е бактериална инфекция (с основен представител стрептококи група А) и с адекватна терапия да предотвратим тежко протичане и/или усложнения, Фигура 1. Споменатите точкови системи (Centor, McIsaac, FeverPAIN) представляват инструмент, който ни подпомага в решението за назначаване на антибиотично лечение. Предвид актуалните данни за микробиологичните характеристики на циркулиращите щамове стрептококи като медикамент на първи избор бива фаворизиран пеницилинът, кларитромицин – при непоносимост.



Фигура 1. Диагностично-терапевтичен алгоритъм (NSAR – нестероидни противовъзпалителни).

Предимството на този гайдлайн е в ясните и практически приложими препоръки, които подпомагат лекаря да взема обосновани решения, да избягва ненужното назначаване на антибиотици и същевременно да осигури адекватно лечение на пациентите, при които то е необходимо.

Библиография:

1. DGNHO-KHC. Leitlinie S3: Therapie der Tonsillopharyngitis. AWMF-Register-Nr. 017/024. Version 4.0. 15 Jan 2024.
2. DEGAM. Leitlinie S3: Halsschmerzen. AWMF-Register-Nr. 053-010. 2020. [cited 2026 Sep 14]. Available from: <https://register.awmf.org/>
3. Draut S. Akute Tonsillitis im Kindesalter. Pädiatrie. 2024;36:36-39.
4. Liese J, Töpfner N. Klinisches Management der Tonsillopharyngitis im Zeitalter von Antibiotic Stewardship. Monatsschr Kinderheilkd. 2024;172:1072-1077.
5. Krüger K, Töpfner N, Berner R, Windfuhr J, Oltrogge JH. Halsschmerzen: Clinical practice guideline: Sore throat. Dtsch Arztebl Int. 2021;118:188-194.
6. DGPI. DGPI-Handbuch. 8. Aufl. 2026.



WWW.PEDIATRIA-BG.EU

· НОВИНИ · ИНТЕРВЮТА · СТАНОВИЩА · СЪБИТИЯ · СТАТИИ



КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ: СИНДРОМ НА МАЙЕР-РОКИТАНСКИ- КЮСТЕР-ХАУЗЕР (MRKH) КАТО ПРИЧИНА ЗА ПЪРВИЧНА АМЕНОРЕЯ ПРИ 17-ГОДИШНА ДЕВОЙКА

И. Петрова, Н. Янева, М. Аршинкова

Клиника по ендокринология и болести
на обмяната, СБАЛ по детски болести
„Проф. Иван Митев“

Първичната аменорея се дефинира като липса на менархе след 16-годишна възраст при наличие на вторични полови белези или след 14-годишна възраст при липсващо/непълно пубертетно развитие. Нормалната менструална функция изисква нормална структура и функция на хипоталамо-хипофизо-гонадната ос, функциониращи яйчници и проходим изходен генитален тракт. Нарушение на който и да е елемент може да доведе до аменорея, като при пациентки с нормална естрогенизация и нормален пу-

бертет водещи са структурните причини и 46,XY разстройства на половото развитие, а ендокринните нарушения са по-редки в тази подгрупа.

Синдромът на Майер-Рокитански-Кюстер-Хаузер (MRKH) е с честота 1:5000 жени, представлява мюлерова агенезия/аплазия и е сред най-честите структурни причини за първична аменорея в юношеска възраст. Характеризира се с агенезия/аплазия на матката и горните две трети на влагалището при нормална естрогенизация и запазена овариална функция, най-често при кариотип 46,XX. Тип I е изолиран (генитален), а тип II (MURCS) включва асоциирани екстрагенитални аномалии, най-често ренални и скелетни.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Представяме 17-годишна девойка, родена от втора нормално протекла бременност чрез естествено раждане в 36-а гестационна седмица. До момента е с нормално физическо и интелектуално развитие.

Пациентката е насочена за консултация с детски ендокринолог и хоспитализация по повод първична аменорея при завършено пубертетно развитие и напълно развити вторични полови белези (Tanner V).

В предходния период са проведени много-

кратни гинекологични консултации, при които са получени противоречиви ехографски находки относно наличието и развитието на матката – от нормална до хипоплазия или липса на матка. Описано е късо влагалище, както и двустранно наличие на яйчници.

Обективно: Добро общо състояние, афебрилна. Тегло 65 kg, ръст 151 cm; BMI 28.5 (>97 персентил). Подкожна мастна тъкан – наднормено представена по гиноиден тип. СЧ ~106/мин. АН – 146/86 mmHg. Корем – мек, неболезнен, без палпируеми формации. Пубертетно развитие по Танер V.

От проведените изследвания: ПКК без съществени отклонения; биохимични изследвания – бъбречни/чернодробни показатели в норма, липиден профил – леко повишен общ холестерол.

Гонадотропните хормони и естрадиолът са в пубертетни граници, което показва запазена овариална функция и естрогенизация. Тиреоидният статус е в норма. Пролактинът е умерено повишен. Сутрешен кортизол – повишен, приет като вероятно стрес-индуциран, с препоръка за амбулаторен контрол. Пациентката е с нормален женски кариотип, 46, XX.

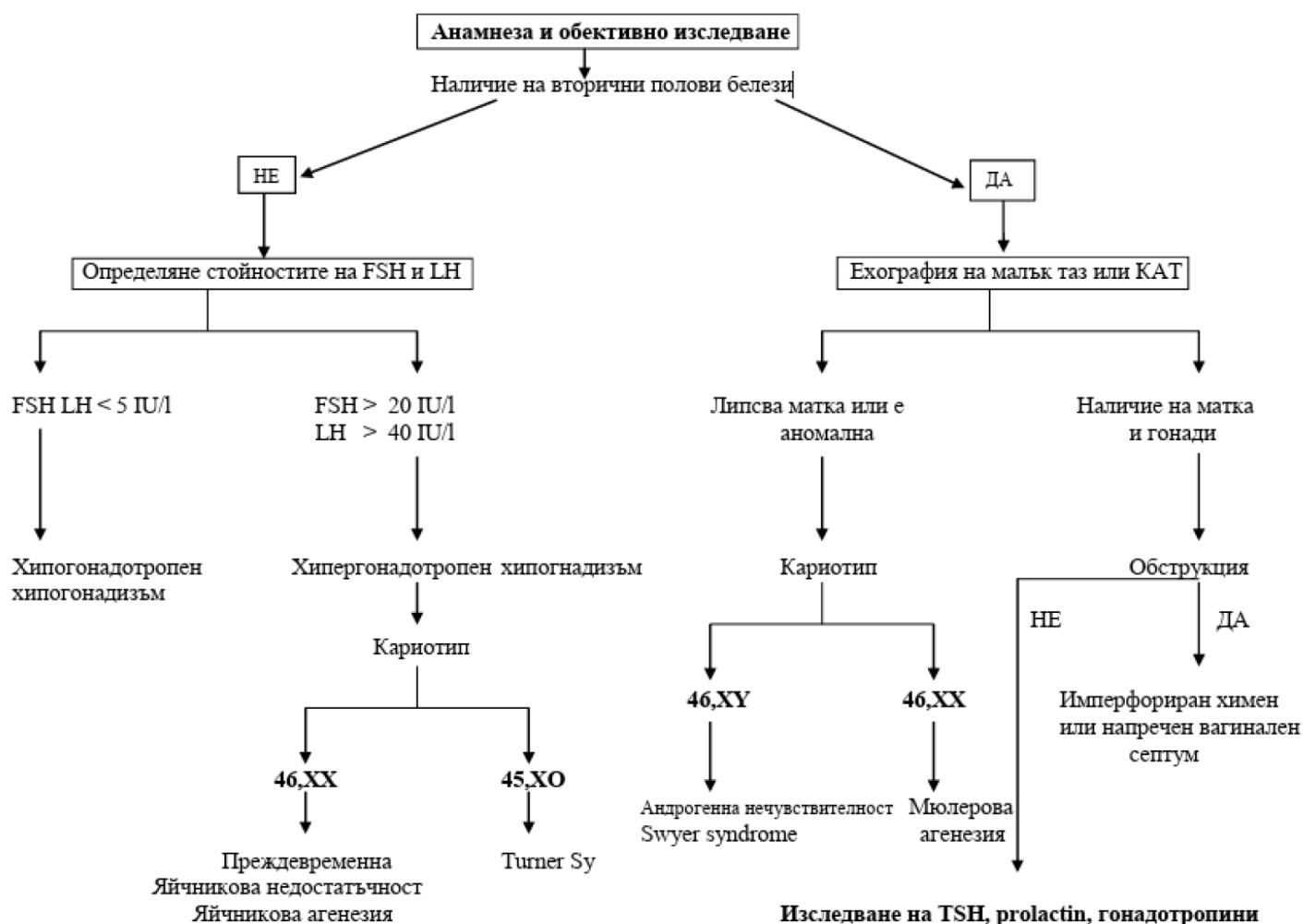
Поради несъответствието между клиничната картина и предходните ехографски

заклучения е проведена КТ на корем и малък таз с контраст. Бъбреците са ортотопични без вариетети, застои или конкременти. Двата яйчника са на обичайното си място, без данни за кистични или солидни лезии. Визуализират се маточните тръби, но маточно тяло не се установява. Налице е хипопластична структура на влагалище с краниокаудален размер около 3 cm. Не се установяват асцит и значима лимфаденомегалия. В заключение: агенезия/аплазия на матката с хипопластично влагалище при референтен вид на аднексите – находка, съвместима с MRKH тип I, без данни за ренални аномалии.

Обсъждане

Характерни за синдрома на Майер-Рокитански-Кюстер-Хаузер (MRKH) тип I (типичен/изолиран) са: първична аменорея при нормално пубертетно развитие, 46,XX кариотип, запазени яйчници и доказана чрез образно изследване маточна агенезия/аплазия с късо влагалище. Диференциалната му диагноза е представена на Фигура 1.

При първична аменорея и нормално развити вторични полови белези диференциалната диагноза се структурира около два основни въпроса: има ли матка и има ли данни за обструкция/DSD.



Фигура 1. Алгоритъм за диагностика и терапия на първична аменорея.

При обструкция на изходния генитален тракт аномалии като неперфориран химен или напречна вагинална септа типично се представят с циклична тазова болка, хематоколпос/хематометра и налична матка при образните изследвания. При настоящата пациентка липсват анамнестични данни за циклична болка и няма образни данни за задръжка на менструална кръв, което прави тази група по-малко вероятна.

Вродени мюлерови аномалии с липса/тежка хипоплазия на матка (MRKH) е най-вероятната диагноза при фенотипно момиче с нормална естрогенизация, нормални яйчници, късо влагалище и липса на матка.

При тип I липсват екстрагенитални малформации, а при тип II са възможни бъбречни и скелетни аномалии, поради което е важно да се търсят целенасочено.

При пълна андрогенна нечувствителност пациентките са с женски фенотип и първична аменорея, но обичайно имат оскъдно/липсващо пубисно и аксиларно окосмяване и 46,XY кариотип, с андрогенен профил, съответстващ на тестикуларна продукция. Други 46,XY DSD, които могат да имитират картина с липса на матка и късо влагалище, включват дефицит на 5 α -редуктаза тип 2, дефицит на 17 β -HSD3 и хипоплазия на Лайдиговите клетки.

В конкретния случай 46,XX кариотип и данни за нормална естрогенизация изключват 46,XY DSD.

Хипогонадотропен хипогонадизъм, хипергонадотропен хипогонадизъм, тежка хиперпролактинемия, тиреоидни дисфункции и други ендокринни причини са по-типични за аменорея с нарушено пубертетно развитие или с несъответстваща естрогенизация. При пациентката гонадотропините

и естрадиолът са в пубертетни граници, което прави тези причини малко вероятни като водещ механизъм. Умереното повишение на пролактина се интерпретира като съпътстваща находка, подлежаща на контрол и клинична преценка.

Особен интерес представлява вариабилността на предходните ехографски находки. Трансабдоминалната ехография в юношеска възраст е оператор-зависима и може да бъде ограничена при неблагоприятни акустични условия (включително наднормено тегло), което увеличава риска от противоречиви интерпретации при оценката на мюлеровите структури.

При несъответствие между клиничните данни и ехографията международната практика препоръчва високоспециализирани методи за анатомично уточняване като МРТ на малък таз, който се разглежда като метод с висока информативност за детайлна оценка на мюлеровата анатомия и евентуални рудиментарни структури. В представения случай КТ потвърждава липсата на маточно тяло и описва хипопластично влагалище при нормални яйчници и без ренални аномалии, което подкрепя MRKH тип I.

Съобщаването на диагнозата изисква внимателен подход и включване на комплексни грижи от мултидисциплинарен екип (педи-

атър, ендокринолог, психолог/психотерапевт, гинеколог и хирург), който да обясни на пациентката и да планира възможните интервенции, касаещи сексуалността и репродуктивните перспективи.

При девойката е проведена психологична консултация непосредствено след поставяне на диагнозата. Терапевтичната цел в юношеска възраст е създаване на функционално влагалище в момент, когато пациентката е психосексуално готова. Като първа линия се препоръчва неоперативна прогресивна вагинална дилатация поради висока ефективност и нисък риск, а хирургични техники се обсъждат при непоносимост или неуспех на консервативния подход. В конкретния случай е препоръчано започване на дилатационна терапия при налична вагинална дължина около 2.5 – 3 cm. Клиничната картина при нашата пациентка е типична за MRKH: първична аменорея при нормална естрогенизация и напълно завършен пубертет, съчетани с липса на матка и късо влагалище при запазени яйчници. Случаят илюстрира практическата стойност на ранното структуриране на диагностичния алгоритъм около въпроса за наличие на матка. При липса на матка следва ранно кариотипиране и андрогенен профил с цел разграничаване на MRKH (най-често

46,XX) от 46,XY DSD, особено при клинични белези като оскъдно окосмяване, ингвинални маси или данни за вирилизация.

Заклучение

MRKH е водеща структурна причина за първична аменорея при пациентки с нормално пубертетно развитие. Представеният случай подчертава необходимостта от ранно изясняване на наличие/липса на матка и последващо кариотипиране и хормонален профил при липса на матка, ролята на високоспециализираната образна диагностика при противоречиви ехографски данни и значението на мултидисциплинарния подход, включително психологична подкрепа и първолинейна дилатационна терапия при подходяща готовност.

Библиография

1. Сираков М, Пехливанов Б, Кедикова С. Алгоритъм за диагностика и терапия на първичната аменорея [Internet]. [cited 2026 Sep 14]. Available from: https://bsobgyn.com/wp-content/uploads/2019/03/1.Algoritam-Amenorrhoea-primaria_za_site.pdf
2. Committee on Adolescent Health Care. ACOG Committee Opinion No. 728: Müllerian Aggenesis: Diagnosis, Management, and Treatment. Obstet Gynecol. 2018 Jan;131(1).

3. Kapczuk K, Kędzia W. Primary amenorrhea due to anatomical abnormalities of the reproductive tract: molecular insight. *Int J Mol Sci.* 2021;22:11495.
4. Morcel K, Camborieux L. Programme de Recherches sur les Aplasies Müllériennes; Guerrier D. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome. *Orphanet J Rare Dis.* 2007 Mar 14;2:13.
5. Orphanet. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome [Internet]. [cited 2026 Sep 14]. Available from: <https://www.orpha.net/en/disease/detail/3109>
6. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Current evaluation of amenorrhea: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2024 Jul;122(1):52-61.
7. Prasad N, Narmatha M. An overview of amenorrhea. *J Med P'ceutical Allied Sci.* 2021;10(3):2724-2728.
8. Shraddha K, et al. Primary amenorrhea: aprospectivestudyfordiagnosisandmanagement at a tertiary care center. *IJMSCR.* 2022;5(4): 107-113.



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