

Тема на дисертационния труд

Давидов К. Сравнително проучване на ефективност и безопасност на трансуретрална лазерна енуклеация на тростатата с диоден лазер (DiLEP) и трансуретрална резекция на простата (TURP); Дисертационен труд за придобиване на научна и образователна степен ДОКТОР, София, 2017, Научна организация <<Аджибадем Сити Клиник МБАЛ Токуда>> Автореферат

Изследван е новият терапевтичен метод (DiLEP) като реална алтернатива на досегашния стандартен метод TURP при уродинамично доказана ОДПП, предизвикана от ДПХ на жлези с размер по-малък от 100 g. Направено е сравнение на двата оперативни метода при лечението на ОДПП, предизвикана от симпотаматично и уродинамично изразена ДПХ. Наблюдавани са следните сравнителни параметри: МПСИ, МУД, остатъчна урина, продължителност на оперативната процедура, кръвозагуба, серумен натрий, катетеризационно време, болничен престой, усложнения. Показателите са сравнени непосредствено и при контролни прегледи на 1, 6 и 12 месец след операцията. Наблюдавани са общо 150 пациенти (по 75 за всяка група). Резултатите показват, че DiLEP е ефективен ендоскопски метод, щадящ за пациента.

Предимствата му в сравнение с TURP варират и са свързани преди всичко с хемостатичните качества на Diode-лазера, определени от дължината на вълните му. Значително намалената кръвозагуба в хода на операцията води до по - малка нужда от кръвопреливане и снижена необходимост от следоперативна промивка на пикочния мехур. В сравнение с TURP уретралният катетър се отстранява в двукратно по-къс срок след операцията, което позволява болничният престой да бъде значително скъсен, водещ до редукция на обема дейности по санитарно обслужване и на разходите за материали и консумативи. Продължителността на лазерната операция е значимо по - голяма от тази при TURP. Въвеждането в употреба на тъканния морселатор в рутинната практика следва да замени раздробяването на енуклеирания аденом с електрическа примка в края на диод-лазерната енуклеация, което ще повиши ефективността на тази част от операцията и ще направи възможно прилагането на метода при простати с много по - голям обем от представения в това проучване.

ДАВИДОВ, К. РОБОТ-АСИСТИРАНА ОРГАНОСЪХРАНЯВАЩА ХИРУРГИЯ ПРИ СОЛИДНИ ТУМОРИ НА БЪБРЕКА

Бързото развитие на технологиите в последните десетилетия се характеризира с навлизането на високите технологии в медицината и по-специално, в хирургичната практика. Стремежът към мининвазивността на процедурите и съчетаването на прецизността на роботизираните механизми и телемедицината с мининвазивността на достъпа на лапароскопията води до прилагането на робот-асистираната хирургия в урологичната практика като по отношение на органсъхраняващата хирургия на бъбреца, резултатите, постигнати с този метод показват използването на достъпна и безопасна процедура. Отбелязва се, че тези операции стават възможни благодарение на напредъка в разбирането на туморната биология, методите за образна диагностика и не на последно място - на развитието на хирургичните техники и технологии.

Развитието на органсъхраняващата хирургия на бъбреца следва общото развитие на хирургичните процедури в посоката на минимална инвазивност, ограничаване на интраоперативната кръвозагуба, намаляване на следоперативния престой и необходимостта от обезболяване. Въвеждането на лапароскопски методи в урологията е логична стъпка в тази посока.

Робот-асистираната хирургия започва своето развитие в редица хирургични дисциплини. Понастоящем намира все по-широко приложение в урологията, гинекологията, коремната хирургия, гръдената хирургия и кардиохирургията.

В монографията се проследява развитието на робот асистираната хирургия с подробно описание на различните етапи, виртуалната реалност, системите за робот-асистирана хирургия, миналото, настоящето и очакваното близко бъдеще. Описани са използваните материали и методи, роботизираните инструменти и консумативи, подготовката за операция.

Специалната клинична част на монографията е посветена на бъбречно-клетъчния карцином – неговата етиология, патохистология, стадиране и прогноза. Отделено е специално място и на диагностичния процес, включващ обсъждането на клинико-лабораторинте показатели, радиографската оценка на ренални тумори, приложението на компютърната томография.

Отбелязва се, че нефректомията е основният хирургичен метод за лечение на злокачествените новообразувания на бъбреца. Парциалната нефректомия е метод с еквивалентна онкологична значимост, който позволява запазване на функциониращ бъбречен паренхим и съответно на функцията на органа. Това насочава към подробното

описание в отделни раздели на оперативната техника, включваща описание на дисекция на левия съдов педикул, дисекция на десния съдов педикул, дисекция и отпрепариране на тумора, описание на ретроперитонеален достъп, клампиране на бъбренчната артерия, полагане на шев на резекционната повърхност, възникването на усложнения и тяхното разрешаване.

Хирургичното отстраняване на туморите на бъбрека остава основен лечебен метод и днес. По отношение на органосъхраняващата хирургия на бъбрека, резултатите, постигнати с робот-асистираната хирургия насочват към прилагането на достъпна и безопасна процедура.

The Many Faces of Renal Sarcoidosis - Minireview and Case Presentation

M. K. Nikolova¹, K. M. Davidoff²

¹Clinic of Nephrology, University Hospital Alexandrovska, Medical University, Sofia, Bulgaria, ²Clinic of Urology, Medical Faculty, Tokuda University Hospital, Sofia University St. Kliment Ohridski, Sofia, Bulgaria

ABSTRACT

Sarcoidosis is a multisystemic immune-mediated inflammatory disease characterized by the development of non-caseating epithelioid granulomas in different organs. Sarcoidosis can affect all tissues and organs in the human body but most commonly involves the lungs, lymphoid organs (lymph nodes and spleen), skin, liver, central nervous system, and kidneys. The authors discuss the different types of renal involvement in sarcoidosis and present typical ultrasound and X-ray images of patients with sarcoidosis.

Key words: Glomerulonephritis, renal failure, renal involvement, sarcoidosis, tubulointerstitial nephritis

INTRODUCTION

Sarcoidosis is a multisystemic immune-mediated granulomatous inflammatory disorder of unknown origin.^[1-4] Its name is related to the typical histological changes resembling sarcomatous tissue. Sarcoidosis is also known as Boeck's disease, Besnier-Boeck-Schaumann disease, and lupus pernio. The hallmark of sarcoidosis is the typical non-caseating epithelioid cell granulomas that can develop in every tissue and organ of the human body but is usually found in the reticuloendothelial structures and lungs.^[2] The intrathoracic structures - mediastinal and hilar lymph nodes and lungs - are the most commonly affected organs. Sarcoidosis can affect the skin, eyes, joints, central nervous system, liver, and kidneys.^[2,3] The disease can develop in all age groups but young females, especially of African descent, are more commonly affected.^[2,3] The disease shows positive association with HLA A1, B8, and DR3, the association with HLA B27 correlates with the presence of lung involvement, and HLA B12 and DR4 seem to correlate negatively with the development of sarcoidosis.^[2]

Over 95% of the patients show intrathoracic and lung involvement^[2,3] that is classified in four major

clinicoradiological stages: I - bilateral hilar lymphadenopathy; II - bilateral hilar lymphadenopathy plus renal parenchymal involvement (reticulonodular parenchymal infiltrates); III - interstitial lung disease (pulmonary infiltrates); and IV - advanced lung fibrosis.

The etiology of sarcoidosis remains unclear. Certain bacterial agents have been suspected to induce granuloma formation, including mycobacteria, mycoplasma, and propionobacteria.^[2,3] The progression of the disease is thought to be influenced by changes in CD4+ cells and interleukin (IL) 2 and 12 expression (with proliferation and activation of T-cells), IL6 and IL8, and IL15 (produced by macrophageal cells and stimulating T- and B-cells). Increased IL4 secretion (with subsequent production of matrix proteins), IL5 and IL13 (with increase in Immunoglobulin E synthesis), and chemotaxin secretion have been described. Alterations of the dendritic cells have also been described, and approximately 10% of the patients with sarcoidosis develop common variable immunodeficiency.^[2]

Clinically significant renal involvement can develop in less than half of sarcoidosis patients and is associated with:^[1-3,5-19,30-38]

Address for correspondence:

Dr. Milena Krasimirova Nikolov, Clinic of Nephrology, University Hospital Alexandrovska, Medical University, Sofia, 1431, Bulgaria. E-mail: milena_i_dani@abv.bg

© 2018 The Author(s). This open access article is distributed under a Creative Commons Attribution (CC-BY) 4.0 license.

CASE REPORT

RHABDOMYOLYSIS AS A CAUSE OF ACUTE RENAL INJURY

M. Nikolova, N. Guerguinova, T. Tsocheva, D. Vasilieou, M. Hristova, N. Hubanov, V. Papazov, Al. Kirilov, V. Mushekov, E. Manov, Y. Vlahov, V. Bogdanova, K. Petkov, K. Davidov, D. Yosifov, D. Ivanova, R. Krasteva, B. Bogov

Medical University – Sofia

Abstract. Rhabdomyolysis (RM) is defined as striate muscle-cell damage with disintegration of skeletal muscles and release of intracellular constituents to the circulation, with or without subsequent kidney injury. RM is one of the leading causes of acute kidney injury and is associated with substantial morbidity. The major signs of acute kidney injury in rhabdomyolysis are: pain, weakness and swelling of the injured muscle or muscle groups and myoglobinuria with reddish discoloration of the urine and decrease in urine output to anuria. The authors describe three cases of rhabdomyolysis with acute renal injury and discuss the current knowledge on the etiopathogenesis, clinical manifestations, diagnosis and treatment of this condition.

Key words: rhabdomyolysis, acute kidney injury, diagnosis, treatment

Corresponding author: Dr. Milena Nikolova, MD, PhD, Clinic of Nephrology, University Hospital Alexandrovska, Medical University – Sofia, 1 G. Sofiiski St. 1431 Sofia, Bulgaria, EU, e-mail: milena_l_dani@abv.bg

INTRODUCTION

The term "rhabdomyolysis" describes striate muscle-cell damage and refers to disintegration of skeletal muscles with release of intracellular constituents to the circulation, with or without subsequent kidney injury [1-4]. The key markers of striate muscle damage that are released and detected in the extracellular fluid and the circulation are myoglobin, creatin phosphokinase (creatine kinase) and lactate dehydrogenase [1-5]. Myoglobin is an 18.8 kDa oxygen-binding protein that binds plasma proteins and small amounts reach urine. In massive skeletal muscle damage the plasma protein binding capacity is exceeded and myoglobin reaches the tubuli where it can cause tubular obstruction and toxicity with subsequent development of acute renal failure

[1, 5]. Moreover, the muscle swelling in rhabdomyolysis can lead to interstitial and muscle cell edema with decrease in effective circulating volume and renal hypoperfusion [1, 2, 3]. Rhabdomyolysis (RM) is one of the leading causes of acute kidney injury accounting for 7-10% of the cases of acute renal injury per year [3]. The prevalence of RM is unknown and probably significantly underestimated [3], as in most of the cases the condition subsides spontaneously. In the US approximately 26 000 new cases are reported every year [3]. The incidence of acute kidney injury among RM patients is also unclear but is assumed to develop in between 4% and 33% of all RM patients [3]. RM could be classified as traumatic and non-traumatic (associated with seizures or strenuous physical activity, muscle compression, alcohol and/or drug abuse, dehydration, and inborn metabolic de-

Obesity rates in renal stone formers from various countries

Elenko Popov¹, Murtadha Almusaeer², Arben Belba³, Jibril O. Bello⁴, Kamran Hassan Bhatti⁵, Luca Boeri⁶, Kaloyan Davidoff¹, Adam Haliński⁷, Hongyi Hui⁸, Ita Pfeferman Heilberg⁹, Kremena Petkova¹⁰, Fernanda Guedes Rodrigues⁹, Bapir Rawa¹¹, Iliya Saltirov¹⁰, Francisco R. Spivacow¹², Alberto Trinchieri¹³, Noor Buchholz¹³



¹Acibadem City Clinic Tokuda Hospital, Sofia, Bulgaria;

²University of Basrahm, College of Medicine, Basrah, Iraq;

³Ospedale Santo Stefano, Prato & Casa di Cura Villa Donatello, Sesto F.no, Italy;

⁴Department of Surgery, Urology Unit, University of Ilorin Teaching Hospital, Nigeria;

⁵Urology Unit, City Hospital Pakpattan, Pakistan;

⁶Department of Urology, IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, University of Milan, Milan, Italy;

⁷Private Medical Center "Klinika Wiśniewa" Zielona Góra; Poland;

⁸Department of Urology, Renji Hospital, Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Shanghai, China;

⁹Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brazil;

¹⁰Department of Urology and Nephrology, Military Medical Academy, Sofia, Bulgaria;

¹¹Urology Department, Sulaymaniyah Surgical Teaching Hospital, Sulaymaniyah, Iraq;

¹²Instituto de Investigaciones Metabólicas (IDIM), Buenos Aires, Argentina;

¹³U-merge Ltd. (Urology for emerging countries), London, UK.

Summary

Objective: To collect evidence on the rate of obesity in renal stone formers (RSFs) living in different climatic areas and consuming different diets.

Materials and methods: Data of adult renal stone formers were retrospectively collected by members of U-merge from 13 participant centers in Argentina, Brazil, Bulgaria (2), China, India, Iraq (2), Italy (2), Nigeria, Pakistan and Poland.

The following data were collected: age, gender, weight, height, stone analysis and procedure of stone removal.

Results: In total, 1689 renal stone formers (1032 males, 657 females) from 10 countries were considered. Average age was 48 (+14) years, male to female ratio was 1.57 (M/F 1032/657), the average body mass index (BMI) was 26.5 (+ 4.8) kg/m². The obesity rates of RSFs in different countries were significantly different from each other. The highest rates were observed in Pakistan (50%), Iraq (32%), and Brazil (32%), while the lowest rates were observed in China (2%), Nigeria (3%) and Italy (10%). Intermediate rates were observed in Argentina (17%), Bulgaria (17%), India (15%) and Poland (22%). The age-adjusted obesity rate of RSFs was higher than the age-adjusted obesity rate in the general population in Brazil, India, and Pakistan, whereas it was lower in Argentina, Bulgaria, China, Italy, and Nigeria, and similar in Iraq and Poland.

Conclusions: The age-adjusted obesity rate of RSFs was not higher than the age-adjusted obesity rate of the general population in most countries. The relationship between obesity and the risk of kidney stone formation should be reconsidered by further studies carried out in different populations.

KEY WORDS: Urinary calculi; Obesity; Diet, Body mass index.

Submitted 1 April 2021; Accepted 25 May 2021

No conflict of interest declared.

INTRODUCTION

Obesity is considered a risk factor for urinary stone formation. A recent meta-analysis based on 7 large cohorts in the United States, China and Japan computed a relative risk for kidney stone formation of 1.21 per 5 units of increment in body mass index (BMI) (1). This scientific evidence is robust although it is mainly dependent on observations collected from cohorts in the United States. For this reason, one might question the extension of these findings to other countries. In fact, the population of the United States is characterized by a dietary pattern that contains important risk factors for stone formation (a high animal protein load, a significant acid load due to lack of fruit and vegetable consumption).

Furthermore, morbid obesity (BMI > 40) is much more prevalent in the population of the United States than in any other country excluding Pacific Islands (2). In fact, the prevalence of morbid obesity in the United States is high and is constantly increasing. From 2000 to 2010 the prevalence rate of a BMI > 40 increased by 70% (from 3.9% to 6.6%) and the prevalence of BMI > 50 has increased even more (from 0.27 to 0.55%) (3). Morbid obesity levels are also increasing in other countries but with much lower rates (< 2%) (4-6). Morbid obesity or type III obesity has a different impact on health than moderate obesity by increasing the risk and severity of many cardiovascular and non-cardiovascular comorbidities. Particularly, it was observed that 98% of subjects with morbid obesity have at least one lithogenic risk factor identified on 24-hour urine collection (7). The obese population of the United States is therefore a different population from obese populations observed in other countries in that it includes a higher percentage of morbid obese

Доклади на Българската академия на науките
Comptes rendus de l'Académie bulgare des Sciences

Tome 74, No 1, 2021

MEDICINE
Clinical medicine

PERCUTANEOUS SUPER-SELECTIVE EMBOLIZATION OF
IATROGENIC LESIONS OF RENAL VASCULATURE
FOLLOWING PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY

Kaloyan Davidoff, Adrian Popov, Valeri Gelev*,
Ivayla Zheleva-Kyuchukova*, Milena Staneva**

(Submitted by Corresponding Member Y. Topalov on June 18, 2018)

Abstract

During the last decades, percutaneous nephrolithotomy (PCNL) has become one of the methods of choice for the treatment of renal stones. One specific complication of PCNL is hemorrhage, which varies from self-limiting (in most cases) to life-threatening which necessitates urgent measures. Percutaneous angiographic approach including renal angiography and selective embolization of renal vessels is the method of choice in cases of massive hemorrhage or persisting hematuria following PCNL.

Our objective was to evaluate the effectiveness of percutaneous transarterial embolization for the treatment of renal arterial post-PCNL bleeding.

This retrospective study was performed between March 2014 and April 2017 and included 568 patients treated with PCNL in our institution. In 12 of those patients (2.1%) percutaneous angiographic approach with renal selective angioembolization was needed, due to significant post-PCNL renal artery bleeding. The site, number, and type of bleeding lesions, and the result of the embolization procedure were recorded. We report on the incidence, treatment, radiological and clinical results of these serious vascular injuries at our institution.

From 568 patients included in the study, 12 (2.1%) had massive hemorrhage, necessitating angiographic embolization. Of those 12 patients 7 were male and 5 female. In our group of patients angiographic success has been observed in 91.6% of the cases (11 of 12 patients).

DOI:10.7546/CRABS.2021.01.17

SUMMARIES

Encephalitis and Encephalopathias in Childhood- Characteristics in Clinical Course, Diagnostics and Treatment - Guidelines and Algorithms

V. Bojinova, I. Ivanov, I. Litvinenko, I. Pacheva

Encephalitis (acute, subacute and chronic) have a viral cause in most of the cases (enteroviruses, herpes simplex viruses, influenza viruses, adenoviruses, measles viruses, varicella-zoster viruses etc). They are clinically characterized by fever, focal neurologic symptomatic, quantitative and/or qualitative impairment of consciousness, epileptic seizures. Diagnosis is made by evaluation of the cerebrospinal fluid examination, virologic or microbiologic verification, brain MRI, EEG. The treatment is with antiviral, antiedemic and antiepileptic drugs.

Autoimmune encephalitis can be characterized by monophasic, multiphasic or most frequently chronic progression. According to their etiology these disorders can be classified as idiopathic, postinfectious, paraneoplastic or forms with genetic predisposition. They are caused by autoimmune presynaptic or postsynaptic blockage of voltage-dependent ion channels or receptors by anti-neuronal or antiglia antibodies in the CNS. Autoimmune encephalitis can present as a combination of neurologic and psychiatric symptoms: sleep disorders (lethargy, sleep inversion), cognitive disorders, amnesia, drug resistant epilepsy, myoclonus, myokymia, mutismus, extrapyramidal syndromes (parkinsonism, oculogyral crises, chorea, dystonia and dyskinesia), ataxia; catatonia, mood and behavior changes, obsessions and compulsions, anorexia or bulimia, anxiety, depression, psychosis. The diagnosis is based on autoantibodies in the CSF and in most cases CSF pleocytosis, oligoclonal bands and MRI lesions of the brain and spinal cord. New diagnostic criteria and algorithms for diagnosing possible and definite autoimmune encephalitis, and probable antibody-negative encephalitis have been elaborated. The treatment includes corticosteroids, i.v.Ig, Rituximab, plasmapheresis.

Acute virus associated encephalopathias (AVAE) are diseases caused by virus infections /mainly, influenza A virus or human herpes simplex virus 6 (HHV-6)/, in cases where virus replication in the brain is not found and virus encephalitis, acute disseminated encephalomyelitis, autoimmune encephalitis and posterior reversible encephalopathy are excluded. The CNS symptoms are caused by inflammatory mediators as consequence to „cytokine storm”, metabolic disturbances or disbalance in excitatory and inhibitory neuronal systems. Diagnostic criteria of AVAE are: 1. Acute CNS symptoms; 2. Development in the course of virus infection; 3. Lack of cerebrospinal fluid (CSF) pleocytosis; 4. Presence of CSF hyperproteinorachia and/or neuroimaging data for brain oedema; 5. Lack of other disease explaining the encephalopathy. Presented are the criteria for diagnostics and treatment of the different types of AVAE.

Key words: acute viral encephalitis, Herpes simplex encephalitis, enterovirus encephalitis, acute disseminated encephalomyelitis (ADEM), subacute sclerosing panencephalitis (SSPE), autoimmune encephalitis, anti-NMDAR encephalitis, limbic encephalitis, progressive encephalomyelitis with rigidity and myoclonus (PERM), neuromyelitis optica, Bickerstaff's brainstem encephalitis, acute virus associated encephalopathias

Address for correspondence:

Clinic of Child Neurology, University Hospital of Neurology and Psychiatry „St. Naum” Sofia
1, „Dr. Ljuben Rousev”, Str.
1113, Sofia, Bulgaria
e-mail: vsbojinova@abv.bg

Current Statements in Diagnosis and Treatment of Cryptorchidism (Undescended Testicle)

O. Brankov, K. Davidov, D. Zlatanov

Undescended testis is one of the most common congenital malformations encountered in male neonates and is the most common genital anomaly in boys. The incidence varies and depends on gestational age affecting 1 - 5 % of full term and 30 - 45 % of preterm neonates. 80% of the testes are clinically palpable and 20% are nonpalpable. A testis may be impalpable when it is located in the inguinal canal or abdomen, or when it is dysgenetic or absent. A thorough clinical assessment, and imaging studies like ultrasonography, and magnetic resonance imaging are performed to confirm the diagnosis. Diagnostic laparoscopy is useful to detect nonpalpable and abdominal testis simultaneously performing an orchidopexy. The early surgical placement of the undescended testis in the scrotal position (orchidopexy) prevents potential impairment of fertility and reduces the risk of testicular malignancy. Hormonal treatment is not recommended. Current guidelines recommend surgery between the 6-th and 12-th months of age but no later than 18-th month, in order to maximize fertility and potentially reduce the risk of future malignancy.

Key words: Undescended testes, cryptorchidism, descent, hormonal treatment, age of orchidopexy, surgical outcome

Address for correspondence

Department of abdominal surgery,
Department of urology Acibadem City Clinic TOKUDA Hospital
51B, „Nikola Vapzarov”, Blvd.
1407, Sofia
Bulgaria

Deontological Aspects and Burnout Syndrome in Specialists Working in Pediatric Oncohematology

I. Georgieva

„Burnout is the price of excellence“ Herbert J. Freudenberger

The purpose of this article is to present current deontological aspects in the field of pediatric onco-hematology, which examine the relations between medical specialists, patients, family and close ones. The matters of communication and informedness of the ill child about his/her illness, treatment and prognosis, specific psychological and behavioural characteristics of the patient and the people around him/her in the stages of diagnosis, complex treatment, rehabilitation and palliative care are discussed. Pediatric clinical hematology and oncology is one of the most difficult and stressful fields of medicine. Medical specialists working with that pathology are exposed to a high risk of burnout or burnout syndrome - emotional exhaustion, moral suffering and even fatigue from compassion towards patients. Each pediatrician has to face oncological and hematologic diseases in children during their practice. The article examines the symptoms, phases/stages and manifestations of the burnout syndrome. Leading scientific research and discussions are presented, was well as recommendations in the field of prevention of burnout for the preservation of the mental health of medical specialists, devoted to onco-hematology as a clinical field, but who daily face not only the challenges of stress at the workplace and communication with the patient and the family, but also the necessity of keeping up with the fast pace of development of the science of oncology..

Доклади на Българската академия на науките
Comptes rendus de l'Académie bulgare des Sciences

Tome 71, No 12, 2018

MEDICINE
Clinical medicine

INCIDENCE AND CLINICAL SIGNIFICANCE OF DOUBLE
POPLITEAL VEIN

Milena Staneva, Svetoslav Iovev*, Iliya Karagyozov**,
Kaloyan Davidoff***

(Submitted by Corresponding Member Y. Topalov on June 21, 2017)

Abstract

Deep venous thrombosis (DVT) and chronic venous insufficiency (CVI) of the lower limbs are widespread medical conditions with a great social impact. The study of the different variations in the development of the venous system is of great importance for the diagnosis and management of the DVT and CVI of the lower limbs. The aim of our study is determining the incidence and type of anatomical variants of popliteal vein in adult patients by using duplex ultrasound examination. Using Duplex ultrasound to examine successively, the superficial and deep venous vessels of both lower limbs, transversally and longitudinally, of 220 individuals, presenting with discomfort in the calves area, bilaterally.

In prospective cross-sectional study were included 118 (53.6%) female and 102 (46.4%) male participants at the age of 23 to 72 years old, median age of 54.3 yr, of Caucasian race. Four hundred and forty lower limbs of 220 individuals were examined. The popliteal vein is found to be formed distally from knee joint in 296 (67.3%) out of 440 examined limbs, and above the knee joint – in 144 (32.7%). In the popliteal fossa, one vein is visualized in 260 (59.1%) limbs, two veins in 132 (30.0 %) and three and more veins – 48 (10.9 %). True duplication of popliteal vein (dPV) is diagnosed in 39 (8.8%) limbs. There is no statistically significant difference by sex and side location of the above indicators. A significant difference was found in the diameter of the main (7.3 ± 0.7 mm) and the accessory branch (4.3 ± 0.5 mm) of the popliteal vein ($p < 0.05$). DVT was diagnosed in 12 (2.7%) out of 440 limbs, from which sPV 4 (0.9%) and dPV 8 (1.8%) ($p < 0.05$). DVT of the left limb 5 (2.3%) was found more often, versus right 7 (3.2%) ($p < 0.05$).

DOL:10.7546/CRABS.2018.12.17

Перфорация на колон при перкутанна нефролитотомия: предотвратяване, диагноза и лечение

К. Давидов, Е. Попов, А. Попов, Д. Златанов, В. Иванов, Н. Стоянов, К. Ибрахимов

Отделение по урология, МБАЛ Адрибадем, Сити Клиник,
Токуда Болница, София

Colon perforation in percutaneous nephrolithotomy: prevention, diagnosis and treatment

K. Davidov, E. Popov, D. Zlatanov, V. Ivanov, N. Stoyanov, K. Ibrachimov

Department of Urology, MBAL Acibadem, City Clinic,
Tokuda Hospital, Sofia

РЕЗЮМЕ

Перфорацията на кишата е изключително рядко усложнение при перкутантната бъбречна хирургия с частота под 1%, но тя може да има тежки животогастрашаващи последствия.

Целта на нашето изследване е да проучим възможностите за предотвратяване, бавдевината диагностика и терапевтичното поведение при възникване на това сериозно усложнение, като анализираме клинични случаи от нашата практика и направим литературен обзор по темата.

Перфорацията на кишон при перкутантната бъбречна хирургия може да се предотврати с адекватна преоперативна оценка и идентифицирането на пациентите с висок риск за него. Най-важните рискови фактори са: напредналата възраст и аномалии на пикочната система, като на пример подковообразен бъбрец.

Ранната диагноза и лечение при настъпване на това усложнение са изключително важни. При навременно поставена диагноза и екстратропонеалино нараняване на дебелото черво, около 85% от случаите могат да бъдат лекувани консервативно. Активното наблюдение на пациентите за клинично влошаване със симптоми на перитонит или сепсис, може да позволява ранно поставяне на диагнозата и навременно хирургично лечение при необходимост.

Ключови думи: перфорация на кишона, перкутантна нефролитотомия, усложнение.

ABSTRACT

Although colonic perforation is an extremely rare complication of percutaneous kidney surgery, with a 1% incidence, it can have potentially serious consequences.

The objective of this article is to emphasize the most important points for the prevention, diagnosis and management of this serious complication by presenting an illustrative case. Prevention is based on adequate preoperative evaluation and the identification of high-risk patients. Among the most important risk factors are: advanced age and abnormalities such as horseshoe kidney.

Early diagnosis and treatment are extremely important since approximately 85% of cases can be managed conservatively. However, strict vigilance should be carried out in order to detect any sign of clinical deterioration such as peritonitis or sepsis and thus establish aggressive and opportune treatment.

Key words: colon perforation, percutaneous nephrolithotomy, complications.

ДИАГНОЗА И КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА УРИНАРНАТА СТРЕС-ИНКОНТИНЕЦИЯ ПРИ ЖЕНИ



Въведение

К. Давидов,
Е. Попов,
д. аспирант
А. Попов,
В. Розлев, Н.
Стоянов,
В. Иванов,
К. Ибрахимов

Отделение по
урология МБАА „Ар-
жентински Свети Клиник“
Тоюра Болница,
гр София

Международното дружество по континентност (International Continence Society (ICS)) дефинира уринарната стрес-инконтиненция (СУИ) като оплакване от неволево изпускане на урина при напъване или физически усилия (напр. спорт), или при кихане и кашляне^[1]. Инконтиненцията на урина засяга 17-45% от жените по света и СУИ обхваща 48% от случаите^[2]. Проблемът може да се наблюдава във всяка възраст, но честотата и тежестта на уринарната инконтиненция при жените нарастват с напредването на възрастта. Епидемиологически проучвания показват общата честота от 4.3%, но във възрастовата група 50-65 години тази честота достига 25%^[3]. СУИ представлява социална стигма и е доказано, че намалява социалните дейности на жените, страдащи от този проблем. Едва 27% от жените със СУИ търсят помощ, тъй като често този проблем се възприема като нормално следствие на процеса на стареене.

СУИ се причинява от отслабване на мускулите на тазовата диафрагма, които поддържат уретра-

та и базата на пикочния мехур (хи-пермисиленост на уретрата) и/или слабост на уретралния сфинктер [intrinsic sphincter deficiency (ISD)]. Рискови фактори за развитие на СУИ са напреднала възраст, обезитас, вагинално раждане, вагинална или тазова хирургия, хронична кашлица и хронична констипация^[4-5]. СУИ се диагностицира чрез клиничния преглед и уродинамични изследвания (УД). Поставянето на мид-уретрален слинг е процедура, смятана за „златен стандарт“ при лечението на СУИ, тъй като тя е минимално-инвазивна процедура с висок процент пълно излекуване на един етап и продължава по-малко от 30 минути. Тази процедура би могла да се провежда и в амбулаторни условия^[6]. Все още обаче началната линия на лечение на СУИ е консервативното лечение с упражнения за мускулите на тазевото дъно (УМТД) (pelvic floor muscle training – PFMT) и промени в начина на живот. Следва да се има предвид, че хирургичното лечение не е подходящо за всички пациенти. Особено жените с изразена коморбидност често не са кандидати за евентуално хирургично лечение. Освен това някои иначе здрави пациенти

ти със СУИ могат да оценят как непръемливи съвързаните с хирургия рискове, болка, време на възстановяване, ограничение на физическа активност (напр. вдигане на тегли над 5 kg) и сексуална активност за 6 седмици, и могат да изберат отложат хирургията въпреки твърдължащите симптоми на СУИ.

В този обзор се разглеждат диагнозата и консервативното лечение на СУИ.

Диагноза

Според Blaivas пикочният мехур „ненадежден свидетел“. Това се дължи на факта, че симптомите на пикочни пътища са слаб диктор на подлежащата диагноза. Поради това анамнезата и физикаят преглед са водещи при установяване на диагнозата. Водеща до симптомите на инконтиненция и оттогава се избере ефективна терапия.

Анамнеза

Според дефиницията жените с СУИ имат основно оплакване

СВРЪХАКТИВЕН ПИКОЧЕН МЕХУР

Демографска характеристика, диагностика, клинично поведение



Введение

К. Дафисов,
Е. Попов,
Д. Златанов,
А. Гонев,
В. Роглев,
Н. Стоянов,
В. Иванов,
К. Ибрахимов

Отделение по
урология, УМАА, Ад-
министративният център
Тоура Базар, г.
София

Патологичното състояние „Свръхактивен пикочен мехур“ (СПМ) е сравнително ново понятие в медицинската наука и практика. Симптомите на това състояние – неустойчив позиб за уриниране, със или без изпускане на урина (инконтиненция), често уриниране, уриниране през нощта – водят до сериозни физиологични и психологически разстройства, влошаващи в значителна степен качеството на живота на пациентите^[1].

От СПМ са засегнати над 100 милиона жени и мъже по света, 22 милиона от които в Европа. По своята честота (12-17%) СПМ изпреварва такива социално-значими заболявания като захарен диабет и астма^[2,3]. Мъжете и жените са засегнати почти в еднакъв степен, а заболеваемостта се увеличава с напредване на възрастта^[4]. Финансовите разходи от това състояние се изчисляват на 4 милиарда евро само в Германия^[5].

Понастоящем това страдание може да се лекува с тренировки на пикочния мехур, поведенческа терапия, bio-feedback, електростимулация, фармакотерапия или комбинирана терапия^[6]. Терапията с бета-адреномиметици и/или антимускари-

тични препарати е първа линия на клинично поведение. Възприета в световната медицинска практика^[7].

Диагнозата се основа основно на базата на симптомите, получвани чрез пациентна анамнеза и попълване на въпросници. При малка част от пациентите е уместно провеждането на уродинамично изследване, а при всички мъже над 50 години – изследване по отношение ДПХ и свързани с него СДГП.

Симптомите, които обособяват СПМ са дефинират, като:

• Неоизлъжност – това е състояние

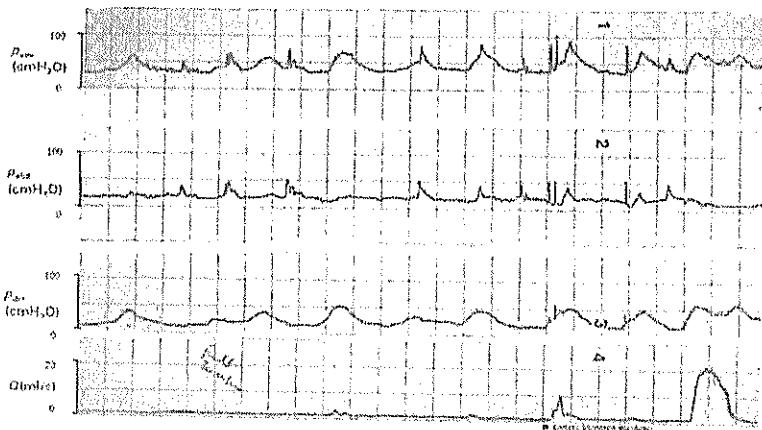
на внезапно и неудържимо желание да се уринира, което троици може да се отложи повече от 2 мин.

• Често уриниране през деня – от лакване от пещента, че уринир често през деня – повече от 8 пъти за 24 часа.

- Нуктуря – оплакване от пациент, че се събужда да уринира през нощта повече от 1 път.
- Urge-инконтиненция – оплакване от неволно изпускане на урина заедно със или следната след усещането за неотложност.

Фигура

Уродинамична характеристика на диагнозата



1 – Налгане в пикочния мехур; 2 – Абдоминално налягане; 3 – Дептузорно налягане (налягане в пикочния мехур – абдоминално налягане); 4 – Урион

ЛАПАРОСКОПСКА ПИЕЛОПЛАСТИКА ПРИ ДЕЦА

К. Давидов, Ад. Попов, Д. Златанов

Отделение по урология, Аджибадем Сити Клиник МБАЛ „Йокуда“

Вродената хидронефроза е една от най-честите причини за обструктивна уропатия при деца. Минимално инвазивните хирургични методи като балонната дилатация и ендопиелотомията са описани и прилагани с цел да бъде избегната заболеваеността от конвенционалната отворена процедура, но с нисък успех. Конвенционалната отворена пиелопластика по метода на Anderson-Hynes си остава златен стандарт за лечение на вродената хидронефроза при деца, с успеваемост над 90%. Лапароскопската пиелопластика е добре позната процедура, използвана при възрастни пациенти, която притежава същия процент на успеваемост както отворената пиелопластика, но със значително по-малко усложнения.

Лапароскопската пиелопластика в детска възраст е описана със сходен процент на успеваемост, но опитът с метода остава ограничен.

Клиничен случай

Представяме клиничен случай на 5-годишно момче с лапароскопска пиелопластика по метода на Anderson-Hynes, извършена по повод вродена хидронефроза, причинена от наличието на аберентен съд. Целта е да се определи сигурността, ефективността и дългосрочните резултати от приложението на лапароскопска пиелопластика в детската възраст.

Детето бе насочено към урологичен кабинет от педиатър по повод коремни и лумбални болки и диагностицирана посредством ултразвуков преглед левостранна хидронефроза. След провеждане на ядрено-магнитен резонанс и установяване на левостранна хидронефроза от наличен аберентен съд, детето бе индицирано за планова пиелопластика. Поради богатия опит на Отделението по урология и екипа с лапароскопска

пиелопластика при възрастни, се взе решение за извършването на лапароскопска трансперитонеална пиелопластика и при епизодния случай. При детето бе извършена предоперативна подгответка с широкоспектърен антибиотик. Предоперативно бе фиксиран фолиев катетър 10 СН. Не бе извършена ретроградна пиелография поради данните от проведената магнитен резонанс. Не се постави уретерален стент JJ предоперативно поради възможността да бъде поставен такъв антеградно интраоперативно или да бъде фиксирана нефростома.

Детето бе оперирано трансперитонеално в латерална позиция на дясно. Супраумбиликално бе фиксиран 5 mm троакар за камера, бяха въведени и три допълнителни 5 mm троакари. Бе използвано интраоперативно налягане от 10-12 mmHg. Колонът бе изместен медиално, а лявото бъбреично легенче и проксималният уретер – освободени от околните тъкани. Аберентният съд, захранващ долния събренен полюс, бе идентифициран и внимателно дисекиран и подгответен за транспозиция. Извърши се пиелон-редуцираща пиелопластика с транспозиция на аберентния кръвоносен съд. Интраоперативно бе предпочетено използването на pig-tail нефростома 8СН за дренаж на урината.

Детето бе изписано на 3-ти следоперативен ден с оттушен нефростомен дрен. На 21-ви следоперативен ден, след провеждане на проградна пиелография и верifiциране на герметичността на анастомозата, нефростомата бе свалена.

Заключение

Отчитаме лапароскопската пиелопластика като сигурен, ефективен и възпроизведим в детската възраст метод за лечение на вродена хидронефроза. Методът допринася за

значително по-бързия възстановителен период и по-краткия болничен престой. Оперативното време на лапароскопската пиелопластика е съизмеримо с това на конвенционалния отворен метод. Като недостатък отчитаме все още малкия опит с лапароскопията в детската възраст.

Библиография

1. Maheshwari, R., Ansari, M.S., Srivastava, A., Kapoor, R. Laparoscopic pyeloplasty in pediatric patients: The SGPGI experience.
2. Craig, A. P., Schlusser, R.N., Retik, A.B. Pediatric laparoscopic dismembered pyeloplasty. Journal of Endourology, Vol. 18:9. Endoscopy and laparoscopy.
3. Pasquale, C., Grady, R.W., Joyner, B.D. Comparison of dismembered and nondismembered laparoscopic pyeloplasty in the pediatric patient; Published online. 2004, 24 Nov. <https://doi.org/10.1089/end.2004.18.875>
4. Stacy, T., Grantham, J.A., Thomas, J.C., Adams, M.C. A comparison of open vs laparoscopic pediatric pyeloplasty using the pediatric health information system database – do benefits of laparoscopic approach recede at younger ages?
5. Mallikarjunreddy, R.B., Nerlirajeevashetty, I., Ravish, R. Laparoscopic dismembered pyeloplasty in children. The Journal of urology. Vol. 178:4, Supplement, 2007, October. 1579-1583.
6. Lisandro, P.A., Frane-Guimond, J., NohMarkWehry, P. H. T. Transperitoneal laparoscopic pyeloplasty for primary repair of ureteropelvic junction obstruction in infants and children: Comparison with open surgery. Pediatric Surgery International. 1998, August. Vol. 13:7, 497-500.
7. Schier, F. Laparoscopic Anderson-Hynes pyeloplasty in children. European Urology. Vol. 56: 5, 2009, November. 848-855.
8. Braga, L., Pace, K., De Maria, J., Lorenzo, A.J. Systematic review and meta-analysis of robotic-assisted versus conventional laparoscopic pyeloplasty for patients with ureteropelvic junction obstruction: effect on operative time, length of hospital stay, postoperative complications and success rate. Journal of Endourology. Vol. 21:12, Endoscopy and laparoscopy.
9. Po, L., Wong, C., Mulholland, T.L., Campbell, J.B. Pediatric laparoscopic pyeloplasty: 4-year experience. Journal of Endourology. Vol. 23:7. Laparoscopy and endoscopy.
10. Ravi, M., Sosa, R.E. Laparoscopic pyeloplasty: history, evolution and future.

Д. Златанов,
К. Даидов, д.м.
Отделение по Урология,
„Аджибадем Сити Клиник
Болница Токуда“ -
София

Лапароскопия при крипторхизъм В детската възраст – литературен обзор

Въведение: Крипторхизмът или недесцендиралият тестис е най-честото вродено заболяване при момчета. С напредването на лапароскопската техника и лапароскопските инструменти, лапароскопската орхипексия се превърна в златен стандарт за лечение на непалпиращи се крипторхизъм.

Цел: Да се опише ролята и специфичността на лапароскопията в локализирането и палпацията на недесцендиралият тестис. Да се опишат основните варианти, стоящи зад непалпирани тестиси.

Материали и методи: Ретроспективен литературен обзор на публикациите за изложението на лапароскопията за диагностика и лечение на непалпирани тестиси.

Заключение: Лапароскопията отлично демонстрира анатомията и предоставя диагностична информация, на базата на която, може да бъде взето най-правилното решение за оперативна корекция.

ВЪВЕДЕНИЕ

Крипторхизмът или недесцендиралият тестис представляват най-честото вродено заболяване при момченца^[1]. Честотата на крипторхизма при деца на 1-годишна възраст е около 1%. Около 2/3 от новородените с недесцендирал тестис имат спонтанно тестикуларно слизане скротално, на около 4-6-месечна възраст^[2]. Около 20% от децата с крипторхизъм са непалпиращи се тестис. Позицията и наличието на тестиса невинаги могат да бъдат установени посредством физикален преглед^[2]. Непалпиращият се тестис може да попадне в някоя от следните категории: агенезия, изчезващ тестис (*vanishing testis*), интраабдоминален тестис или ингвинално разположен тестис.

Ултразвукът, ядрено-магнитният ре-

зонанс и компютърната томография са образни изследвания, използвани за локализиране на непалпирания се тестис, но нико едно от тях не е толкова точно, колкото лапароскопията. В опитни ръце, лапароскопията има 100% чувствителност в намирането на непалпиращи се тестиси. С развитието на лапароскопските техники и инструменти, лапароскопската орхипексия се превърна в златен стандарт за лечението на непалпирания се тестис.

Интра-абдоминално разположеният тестис може да е със затворен или отворен вътрешен отвор на ингвиналния канал. При затворения вътрешен отвор на ингвиналния канал, процесус вагиналис е недоразвит, губернакулумът е липсващ. При отворения вариант на вътрешния ингви-

нален отвор, процесус вагиналис е излизал през вътрешния отвор, губернакулумът е наличен. Изчезналото също се създава при който, тестикуларните съдови и семепроводът са налични, но не липсва. Намирането на действително непалпирани се тестиси е особен редиант, при който е необходимо ключването на хермафродитски

ТЕХНИКАТА ЗА ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ КРИПТОРХИЗЪМ Е СЛЕДНАТА

Разположение по гръб с 30° Тренебург. Въвежда се уретрален портър. Първият видеопорт се разполага посредством пара-умбиликална трансверзална инцизия. Две 5 mm порта се позиционират от всяка страна на медио-клавикуларната линия в долните квадранти под нивото на пъпа.

Д. Златанов,
К. Давидов, д.м.
Отделение по Урология,
„Адексибадем Сити
Клиник МБАЛ Токуда“
ЕАД - София

Обезболяване при екстракорпорална литотрипсия

Ключови думи:
екстракорпорална
литотрипсия,
обезболяване, ЕКЛТ,
аналгезия.

Въведение: Бъбречно-каменната болест е едно от най-разпространените заболявания, засягащо около 13% от световното население^[1]. България е сред ендемичните страни за заболяването. Екстракорпоралната литотрипсия (ЕКЛТ) е сред най-честите методи за лечение на бъбречно-каменната болест. Въпреки неинвазивността на метода и модернизирането на апаратите за ЕКЛТ, пациентите изпитват различна по степен болка по време на процедурата.

Цел: Да разгледа и опише основните методи и медикаменти, използвани за обезболяване по време на ЕКЛТ, техните предимства и недостатъци.

Материали и методи: Литературен обзор на публикациите относно обезболяването при провеждане на екстракорпорална литотрипсия.

Заключение: Независимо от критичното значение, за изхода от лечението, все още не съществува стандартизиран протокол за обезболяване при ЕКЛТ. Нашият екип смята, че обезболяването по време на процедурата трябва да бъде индивидуализирано и пациент-специфично. Не съществува идеален метод, приложим във всеки един случай.

ВЪВЕДЕНИЕ

При първото поколение литотриптери Dornier HM3 - Human Model 3 (Фиг. 1), въведени в практиката от Chaussy и съструдници, лечението е болезнено, поради кое то бе необходимо, да се провежда под обща или спинална анестезия^[8]. Последващите поколения апарати за екстракорпорална литотрипсия (ЕКЛТ) са оптимизирани в посока комфорт на пациента, с което процедурата стана по-безболезнена. Модифицирането на генераторите довежда до редуциране на интензивността на ударните вълни на ниво кожа, по-малка фокална зона на удара и намаление на енергията. Извършването на литотрипсия започва да се осъществява по-скоро под аналгезия, отколкото под ан-

тезия^[8]. Въпреки напредъка, дори с второто поколение литотриптери Dornier HM4, 95% от пациентите изпитват болезненост^[11].

Успехът от провеждането на ЕКЛТ, измерен чрез индекса на свободни от камъни пациенти (stone free rate) кореспондира строго с болката, която пациентът изпитва по време на процедурата^[10]. Болката по време на ЕКЛТ води до разфокусиране, посредством волеви и неволеви движения от страна на пациента. Може да причини повишенна респираторна подвижност, водеща до редуциране на броя на ударите, редуциране на фрагментацията на конкремента и успеваемостта в изчистването на конкремента. В допълнение, болката води до намаля-

ване на къмплайънса от страна на пациента и по-висок риск от усложнения, например хематоми от повишеното артериално налягане. Очевидно е, че независимо от новите поколения машини за ЕКЛТ, процедурата е болезнена и адекватната аналгезия е основополагаща за постигане на оптимален резултат и комфорт на пациента.

Оптималната анестезия трябва да бъде лесна за приложение, да е високо ефективна и да има минимални странични ефекти. Адекватна аналгезия, достатъчна седация и бързо възстановяване са необходими, особено в условията на амбулаторно провеждане на ЕКЛТ (Фиг. 2). За да се постигне максимален контрол на болката, пациент-

Ц. Цветанов¹,К. Димитров²¹Клиника по ангиология,
„Аджибадем Сити Клиник

МБАЛ „Токуда“ ЕАД

²Клиника по урология, „Ад-

жибадем Сити Клиник

МБАЛ „Токуда“ ЕАД

Дълбока венозна тромбоза - диагностика и лечение

Ключови думи:
 дълбока венозна
 тромбоза,
 посттромбозен
 синдром

Дълбоката венозна тромбоза (ДВТ) остава социално значим здравен проблем. Венозната тромбоэмболия (ВТЕ), включваща две взаимосвързани заболявания - белодробната тромбоэмболия (БТЕ) и ДВТ, е третата по честота кардиоваскуларна болест след миокардния инфаркт и инсулта. Голяма част от случаите на ДВТ са асимптомни, а най-честите оплаквания, като оток, болка и еритем на крайника, са крайно неспецифични. Поне 2/3 от пациентите с клинични симптоми на долните крайници, наподобяващи ДВТ, имат не-тромботична причина за симптоматиката. Поставянето на точна и бърза диагноза е от фундаментално значение за навременното и правилно лечение на пациентите с ДВТ, а също и за избегване на правилното антикоагулантно лечение при пациенти с друго заболяване. Честотата на ДВТ нараства с възрастта. Посттромбозният синдром е най-важното късно усложнение на ДВТ, включващ симптоми като болка, оток, промени на кожата на крайника и улцерации. ДВТ е мултифакторно заболяване с множество екзогенни и генетични рискови фактори. Въпреки наличието на алгоритми за диагностика, лечение и профилактика, ВТЕ продължава да бъде животозастрашаващо заболяване, водещо до множество усложнения за индивида, както и до големи финансови разходи за обществото.

ВЪВЕДЕНИЕ

Дълбока венозна тромбоза е заболяване, при което се формира тромб в лumena на дълбока вена. Това води до оствър механичен стоп на венозното кръвообращение, което предизвиква постепенен или внезапен оток на засегнатия крайник. Тежестта на клиничната картина зависи от обхвата на засегнатите сегменти на венозната система на крайника. В остраия стадий на ДВТ, част от новосформирания тромб може да се „откъсне“ и по пътя на кръвния ток да достигне до белодробните артерии и техните клонове - белодробен тромбемболизъм (БТЕ)^[4,7]. ДВТ и БТЕ са етиопатогенетично свързаните етапи на единния болестен процес венозен тромбоэмболизъм (ВТЕ)^[1]. Около 5

млн. случаи годишно с ДВТ възникват в САЩ, като 10% се усложняват с БТЕ. В около 90% от случаите с БТЕ източник на емболия са вените на долнi крайници^[8].

ЕТИОЛОГИЯ И РИСКОВИ ФАКТОРИ

Редица заболявания и състояния на организма могат да доведат до или да повишат риска за ДВТ. Условно рисковите фактори за ДВТ могат да бъдат разделени на вродени, придобити или ситуациялни (временни)^[5,6] (Табл. 1).

ПАТОГЕНЕЗА

Образуването на тромб в дълбока вена е резултат от нарушаване на поне един от следните три компонента на кръвсъобщението (т. нар.

триада на Вирхов)^[3]:

- нарушение на съдовата стена
- промени в кръвотока
- нарушения на хемостазата

КЪМ ДИАГНОЗАТА

Клиничната картина при ДВТ може варира в широк диапазон – от липса на оплаквания и физикални белези за смутен венозен дранаж до phlegmasia cerulea dolens или веноенна гангrena. Симптомите, като болка, чувствителност, оток, зачерявяне или положителен симптом на Хоманс имат сензитивност и чувствителност от 30 до 80%. Клиничното поставяне на диагноза ДВТ е точно в около 50% от случаите^[9]. При съмнение за ДВТ и ВТЕ най-често се използва Wells за определяне на клинична вероятност

К. Давидов, д.м.
Отделение по урология,
„Аджибадем Сини Клиник УМБАЛ Токуда“ –
София

Медикаментозна терапия на доброкачествена хиперплазия на простатната жлеза

Ключови думи:
добротечествено хиперплазия на простатата (ДПХ), симптоми на долните пикочни пътища (СДПП), медикаментозно лечение

Добротечествена хиперплазия на простатата (ДПХ) е прогресиращо състояние на увеличаване на обема на простатната жлеза, което в зависимост от степента на обструкция, може да доведе до сериозни промени в уринарния тракт и да предизвика тежки усложнения. ДПХ и симптомите на долните пикочни пътища (СДПП) повлияват значимо и сексуалната функция, което се отразява също на качеството на живот както на мъжа, така и на неговия партньор.

Медикаментозното лечение на СДПП, предизвикани от ДПХ се прилага успешно повече от двадесет години.

За медикаментозно симптоматично лечение на симптоми на долните пикочни пътища, при пациенти с доброкачествена хиперплазия на простатната жлеза (ДПХ), разполагаме със следните възможности: алфа-адренергични блокери; инхибитори на 5-алфа редуктазата; инхибитори на фосфодиестераза-5; комбинирани препарати; растителни екстракти.

Съвременните лекарствени средства за лечение на СДПП, предизвикани от ДПХ, не оказват толкова непосредствен и бърз ефект, както хирургичното лечение, но както пациентите, така и лекарите ги възприемат като по-безопасни и като първи избор за лечение, особено в ранните стадии на развитие на ДПХ, преди да са настъпили усложнения, свързани с това състояние.

Добротечествена хиперплазия на простатата (ДПХ) е прогресиращо състояние на увеличаване на обема на простатната жлеза, което, в зависимост от степента на обструкция, може да доведе до сериозни промени в уринарния тракт и да предизвика тежки усложнения. По тази причина се налага мъжете над 50-годишна възраст да бъдат изследвани и наблюдавани по отношение на наличността и тежестта на симптомите на долните пикочни пътища (СДПП). Извършени

са редица клинични изследвания с цел установяване на предиктивните фактори за прогресия на ДПХ, които да определят активното поведение и необходимостта от лечение при пациентите, при които има риск от прогресия и настъпване на усложнения. ДПХ и СДПП повлияват значимо и сексуалната функция, което се отразява също на качеството на живот както на мъжа, така и на неговия партньор.

Медикаментозното лечение на СДПП, предизвикани от ДПХ се при-

лага успешно повече от двадесет години. До средата на 90те години на ХХ век трансуретралната резекция на простатата (ТУРП) и трансвезикалната хирургична простатектомия бяха методите на избор за лечение при повечето симптоматични пациенти с ДПХ. В следващите години постепенно медикаментозната терапия започна широко да се използва като първа линия за лечение на СДПП, с изключение на усложнените случаи с доброкачествена субвезикална обструкция или леките случаи, при които се предпочиташе изчаквател-

К. Давидов¹, д.м.,
С. Пеев, д.м.²,
Д. Златанов¹

¹Отделение по Урология, „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда“

ЕАД - София

²Клиника по детска урология, УМБАЛСМ „Пирогов“ - София

Лазерна аблация на кондиломи при деца

Ключови думи:
човешки папилома вирус
(HPV), деца, холмиум
лазерна аблация.

Въведение: Човешкият папилома вирус (HPV) представлява голям спектър от вирусни генотипове (около 120), засягащи кожата и лигавицата на генитоуринарния тракт. Един от новите методи за терапия на урогениталните кондиломи е лазерното лечение, което се използва при редица урологични заболявания.

Цел: Да представим нашия начален опит при лазерна аблация на урогенитални брадавици и да се оцени ефективността и сигурността на метода.

Материали и методи: Между м. 01.2018 г. до м. 03.2021 г., 6 деца постъпиха в Отделение по Урология на „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда“ с наличието на урогенитални брадавици, при които бе приложена холмиум-лазерна аблация.

Резултати: Всичките шест пациенти бяха момчета на възраст от 2-8 години. Кондиломите бяха третирани успешно и при 6 пациенти. Само при един се установи рецидив, на една от лезиите, което наложи повторяне на процедурата. Не бяха наблюдавани усложнения, независимо от наличието или не на уретрален катетър по време на процедурата.

Заключение: Нашите случаи, макар и малко на брой, показват, че аблацията с холмиум лазер води до радикална ексцизия на брадавиците и липса на рецидиви. Можем да кажем, че холмиум-лазер аблацията на урогенитални брадавици при деца е сигурен и ефективен метод.

Човешкият папилома вирус (HPV) представлява голям спектър от вирусни генотипове (около 120), засягащи кожата и лигавицата на генитоуринарния тракт. Най-често разпространени са ниско-рисковите тип 6 и тип 11, а най-опасните се класифицират като високо-рискови, като например тип 16 и тип 18.

Ниско-рисковите човешки папилома вируси (HPV) тип 6 и 11 са най-честата причина за появя на кондиломи (*condylomata acuminata*) или т. нар. генитални брадавици. При сексуално активните индивиди, урогениталните кондиломи се срещат при 1-2% от общата популация^[2]. Откриването на урогенитални кондиломи при деца повдига съмнението за сексуално насилие, въпреки това в повечето случаи в детската популация начинът на предаване остава неизяснен.

НАЧИНИ НА ТРАНСМИСИЯ НА ИНФЕКЦИЯТА С ЧОВЕШКИ ПАПИЛОМА ВИРУС В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

Сексуално трансмисивен

Докладите за сексуално насилие при деца с урогенитални брадавици в литературата варираят от 0-80%. Оценяването е трудно, защото при повечето деца, жертви на сексуално насилие, може да не бъде открито наличието на вируса или доказателство за физическо насилие^[1]. Все пак трябва да се има предвид, че единствено наличието на урогенитални кондиломи, без съпътстваща социална история, не е доказателство за сексуално насилие.

Перинатална трансмисия

Перинаталната трансмисия се дължи на директен контакт с инфициран майчин генитален тракт по време на раждането. ДНК на HPV е изолира-

на от продукти от спонтанни аборт, което може да представлява доказателство за контаминация, при преминаването през майчиния генитален тракт^[4]. При бременни жени ДНК на HPV е изолирана от амниотична течност при трансабдоминална амнионентеза.

Автоинокулация

Съществуват доказателства за хоризонтално предаване на HPV. Автоинокулацията от негенитални брадавици може да бъде източникът на появя на генитални брадавици при деца. Наскоро беше доказано, че мукозни HPV субтипове 2, 27 и 57, познати като филогенетично свързани, причиняват генитални лезии.

Фомити – предмети съдържащи вируса

Предполага се, че HPV инфекцията може да бъде предавана с фомити.

К. Давидов, д.м.
Отделение по Урология,
„Аджисибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда“ ЕАД
- София

Инконтиненция на урината при жени

Ключови думи:
 инконтиненцията на урината, жени.

Увод. Инконтиненцията на урината (ИУ) е състояние на неволево изтичане на урина по естествения й ход. Състоянието може да се дължи на множество причини и представлява значимо увреждане на качеството на живот на жената, както и тежък социален, психически и икономически проблем.

Цел. Да се представят съвременните схващания за скрининг, диагностика и възможности за лечение на ИУ при жените.

Материали. Направен е обзор на литературата, касаеща съвременните разбирания за ИУ при жени.

Резултати. ИУ се разделя най-често на три вида - стрес инконтиненция, urge инконтиненция и смесена такава. Препоръчително е да се провежда т. нар. положителен скрининг - целенасочено търсение в анамнезата на оплаквания, свързани с ИУ. Диагнозата се поставя с физикален преглед за изследване на различните компоненти на тазовото дъно на жената, както и прилагане на тест с кашляне и за оценка на мобилността на уретрата. Терапията включва упражнения на Кегел, физиотерапия, медикаментозно (антихолинергици, бета-агонисти, онан ботулинов токсин А, естрогени) и оперативно лечение.

Заключение. Всички жени, особено тези в менопауза, би трябвало да бъдат скринирани за ИУ при профилактичните си прегледи. Лечението е уместно да следва от консервативни към инвазивни методи. Основната цел е подобряване на качеството на живота на пациента.

Инконтиненцията на урината (ИУ) е състояние на неволево изтичане на урина по естествения й ход. Състоянието може да се дължи на множество причини и представлява значимо увреждане на качеството на живот на жената, както и тежък социален, психически и икономически проблем.

Тук са представени съвременните схващания за скрининг, диагностика и възможности за лечение на ИУ при жените.

С напредването на възрастта епизодите и тежестта на ИУ при жените се задълбочават^[1]. Около 50% от тях имат някаква форма на ИУ през живота си.

ИУ се разделя най-често на три вида - стрес инконтиненция, urge инконтиненция и смесена такава.

Стрес инконтиненцията се изразява в неволно изпускане на малки порции урина при физическо на товарване, включващо напрягане на коремната мускулатура – кихане, кашляне, смях. Дължи се на отслабване

на мускулатурата на тазовото дъно и хипермобилност на уретровезикалния ъгъл. Много фактори могат да доведат до стрес инконтиненция, като два от тях са най-значими - раждания по естествен път и наднормено тегло.

Urge инконтиненцията се проявява със силен, внезапен позив за уриниране. Типична е неотложността (императивността) на позива. В много от случаите причините са идиопатични и се дължат на невъзможност за потискане на детрузорната контрак-

**К. Дасидов, д.м.,
Д. Златанов**
Отделение по Урология,
„Адъксибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда“ ЕАД
- София

Етиология на уроинфекциите при жени

Ключови думи:
уроинфекции,
етиология, диагноза,
лечение.

Увод. Уроинфекциите (УИ) са чести сред женската популация. Около една трета (1/3) от жените >18-годишна възраст изпитват епизод на цистит поне веднъж. Много типично е за тези епизоди да рецидивират. Ако предразполагащите фактори за възникването на рецидиви не се установят, УИ могат да имат сериозни последствия, като бъбречнаувреда и прогресия към бъбречна недостатъчност.

Цел: Целта на настоящия обзор е да анализира най-честите фактори, колериращи с уринарни инфекции при жени и да разгледа възможните решения.

Материал. Направен е анализ на литературата за етиологията на УИ при жени.

Резултати. Основните етиологически фактори за развитие на уроинфекция са *Escherichia coli* и *Staphylococcus saprophyticus*, на които се дължат около 80% от обществено-придобитите неусложнени уроинфекции (УИ), при жени под 50-годишна възраст. Други често срещани причинители са *S. saprophyticus*, други Грам отрицателни уропатогени са *Pseudomonas* spp, *Enterobacter* spp, *Serratia* spp, *Citrobacter* spp, както и уреаза-продуциращите *Klebsiella* spp, *Proteus* spp, *Corynebacterium urealyticum* и *Providencia* spp. Нарастващ е броят и на гъбични уроинфекции, причинени от *Candida*, *Aspergillus* и *Cryptococcus*. Рисковите фактори за развитие на УИ са имунен отговор, анатомия, вагинална дисбактериоза, генетични фактори, бременност, менопауза, захарен диабет, дисфункционално уриниране, сексуални контакти.

Заключение. Добрата оценка и разбиране на възможните патогенетични фактори, допринасящи за развитието на уроинфекции и тяхното рецидивиране, би помогнало на общопрактикуващите лекари да идентифицират причината, водеща до уроинфекция и да изберат оптималната терапевтична стратегия.

Уроинфекциите (УИ) са чести сред женската популация. Около една трета (1/3) от жените >18-годишна възраст изпитват епизод на цистит поне веднъж. Много типично е за тези епизоди да рецидивират. Ако предразполагащите фактори за възникването на рецидиви, не се установят, УИ могат да имат сериозни последствия, като бъбречнаувреда и прогресия към бъбречна недостатъчност.

ЕТИОЛОГИЯ НА УРОИНФЕКЦИИТЕ

На *Escherichia coli* и *Staphylococcus saprophyticus* се дължат около 80% от обществено-придобитите неусложнени уроинфекции (УИ), при жени под 50-годишна възраст^[1,2]. *E. coli* е грам-негативен коменсал на дисталния колон. Уропатогенните *E. coli* се различават от интестинално патогенните *E. coli* в зависимост от наличието на специфични вирулентни фактори. Около 80% от уропатогенните *E. coli* експресират фимбрии, които

се залавят за гликопептидите на външната мембра на уриепителните клетки^[3,4]. Важен вирулентен фактор представляват фимбриите тип 1. Това е много важен бактериален механизъм на адхезия. Състоят се от няколко субтипове, най-важният от които е Fim H. Медиира едновременно целуларната инвазия на *E. coli* и адхезията.

S. saprophyticus е чест уропатоген при млади жени. Колонизира ректума и

Ц. Цветанов¹
К. Давидов²

¹Клиника по Анергология,
„Аджибадем Сини
Клиник УМБАЛ Токуда“ ЕДД

²Клиника по Урология,
„Аджибадем Сини
Клиник УМБАЛ Токуда“ ЕДД

Методи на диагностика при съдова еректилна дисфункция

Ключови думи:
еректилна
дисфункция, методи на
диагностика

Нормалната еректилна функция изисква нормално психично здраве, нормална ендокринна функция, интактна инервация на пениса, нормални кавернозни синусоиди, адекватен артериален кръвен поток и нормална венозна оклузия при ерекция. Нарушенето в която и да е от тези функции може да доведе до еректилна дисфункция. Импотенцията се класифицира като органична, когато има физиологична аномалия и психогенна, която е резултат от психогенни фактори. Съвременните методи за диагностика на еректилната дисфункция се стремят да открият етиологичната причина и съответно да се започне адекватна терапия.

Eректилна дисфункция (ЕД) се определя като състояние на невъзможност за постигане и/или поддържане на ерекция на пениса достатъчно дълго време за задоволително сексуално представяне. Според етиологията причините могат да бъдат разделени на психогенни, органични и смесени^[4,5]. Честотата на ЕД при мъже на възраст под 40 години е между 1–10%, като повечето се смятат за психогенни ЕД, докато при около 40% от мъжете на възраст над 40 години причината за ЕД е органична, като при мъжете на възраст над 70 години честотата на ЕД варира от 50% до 100%^[6,7,8,9].

Голяма част от случаите с органична ЕД се дължат на съдови нарушения, водещи до артериална или венозна недостатъчност/дисфункция или на ендотелна дисфункция (Fig. 1)^[10,40]. Рисковите фактори за съдова ЕД са общи с тези за сърдечно-съдови заболявания – затъняване, тютюнопушене, липса на физическа активност, захарен диабет, артериална хипертония и хиперлипидемия^[11]. Трябва да се изключат хронични инфекции на уринарния тракт и простатна хи-

перплазия^[2,3]. Появата на съдова ЕД в млада възраст е предиктор за значително повишен рисък от сърдечно-съдови инциденти в бъдеще^[12,13].

Според The International Society for Sexual Medicine и The European Association of Urology, диагностицирането на ЕД се основава на следната последователност – Таблица 1.

За диагностицирането на ЕД е необходим пълен физикален преглед, както и лабораторни изследвания с цел установяване на възможната етиология на ЕД. Необходимо е снемане на пълна медицинска история, разговор с партньора, сексуална история. За диагностицирането на съдова ЕД могат да се използват редица методи, всеки от които има предимства и недостатъци спрямо другите.

I. ИНТРА-КАВЕРНОЗНО ИНЖЕКТИРАНЕ НА ВАЗОАКТИВНИ АГЕНТИ

Първият предложен метод за диагностика на ЕД е интра-кавернозното инжектиране на вазоактивни лекарства, който става основа за всички останали тестове. Инжектирането на

папаверин в пениса може да предизвика незабавна ерекция с настъпване на никовата тумесценция на пениса след 2–15 минути^[15]. Вазоактивните лекарства могат да увеличат артериалния приток и да намалят венозния отлив. Интра-кавернозното инжектиране на вазоактивен агент се счита за първа линия за лечение на ЕД преди въвеждането на перорални phosphodiesterase type 5 inhibitorи (PDE5) през 1998 г. и все още е важно лечение от втора линия при ЕД. Десет минути след инжектиране в кавернозното тяло, дължината и обиколката на пениса са измерват, както и ъгълът между бедрото и пениса в изправено положение. Ако ъгълът е по-голям от 90° и продължителността на ерекцията е повече от 30 минути, това предполага липса на съдова лезия. Ако ъгълът е по-малък от 60°, това показва възможност за съдова ЕД, а ако ъгълът е между 60° и 90° са необходими последващи изследвания. Бавната ерекция на пениса след 15 минути от инжектирането показва артериална недостатъчност. Ако пенисът бързо еректира, но бързо губи ерекция, може да се предположи дисфункция на венозната оклузия.

Докладваните резултати от метода показват повишена чувствителност при откриването на клинично значими карциноми, при подходящо подбрани пациенти. От м. февруари 2019 година в Катедрата по урология на ВМА - София беше въведен метода на МРТ/УЗ (fusion) биопсия на простатата. Нашата цел е да разгледаме технологичната обезпеченост, оперативната техника, технологията и условията за извършване на трансперинеална ЯМР /УЗ насочена простатна биопсия.

was introduced the method of the prostate biopsy. Our purpose is to present the technology, operating technique and conditions for performing transperineal MRI / US-guided prostate biopsy.

Работ - асистирана парциална нефректомия – начален опит, резултати и сравнителен анализ с лапароскопска парциална нефректомия след преминаване на началната крива на обучение

К. Давидов, Е. Попов, А. Попов, В. Роглев, Н. Стоянов, В. Иванов, Д. Златанов, К. Ибрахимов
Отделение по Урология, МБАЛ „Аджибадем Сити Клиник Токуда Болница – София”

Въведение: Парциалната нефректомия (ПН) се утвърди през последните десетилетия като метод на избор при лечението на бъбречно клетъчен карцином в Стадий T1. Тя дава отлични онкологични резултати и в дългосрочен план намалява риска от развитие на бъбречна недостатъчност. В последните 10 години въвеждането на робот-асистираната парциална нефректомия (РАПН) се утвърди като технически най-усъвършенствания метод за извършването на тази оперативна интервенция с допълнително разширяване на възможностите и на спектъра и на приложение

Цел: целта на настоящето проучване е да представи нашия начален опит с приложението на РАПН и да сравни нейните резултати с оперирани през същия период пациенти чрез лапароскопска ПН (ЛПН) след преминаване на началната крива на обучение

Материал и методи: за периода 3.2018 – 2.2019 РАПН бе извършена при 14 пациенти (8 мъже и 6 жени) на възраст 44 - 69 години (средна възраст 58,9 години) (група А). Използваната оперативна техника е стандартна трансперитонеална с използване на 5 порта (1x12 mm и 2x8 mm използвани от робота и два порта за асистента 1x10 mm и 1x5mm). Резултатите наблюдавани в периоперативния период при тези пациенти бяха сравнени с 16 пациента (9 мъже и 7 жени) оперирани в същия период чрез ЛПН (група Б), като преди този период са извършени 74 такива операции. Проследени са честотата на интра- и постоперативни усложнения в двете групи, честота на конверсия към отворена операция, честотата на конверсия към радикална нефректомия, наличието на позитивни резекционни линии, оперативно време, време на топла исхемия на бъбреца, серумен креатинин и гломерулна филтрация.

Резултати: Демографските показатели на пациентите в двете групи и оценката по нефрометричен скор на туморите е еквивалентна. Оперативното време варира от 158 до 230 минути (средно 175 минути) в група А, сравнено с 112 до 207 минути (средно 142 минути) в група В ($p<0=001$). Средното време на исхемия варира от 7 до 18 минути (средно време 11,3 мин) в група А, сравнено с 11 до 28 минути (средно време 17,5 мин) в група В. В група А (РАПН) няма случаи на конверсия към радикална нефректомия, докато при ЛПН са наблюдавани 2 такива случая (12.5%) ($p<0=01$). В нашата група пациенти не са наблюдавани случаи на конверсия към отворена операция. Нивата на наблюдаваните периоперативни усложнения са еквивалентни при двете групи пациенти. Не са наблюдавани позитивни резекционни линии и в двете групи. Не е наблюдавана значима интраоперативна кръвозагуба при нито един от пациентите, постоперативното спадане на хемоглобина варира от 0 до 14 г/л, като при нито един от пациентите не е имало нужда от хемотрансфузия. Повишаването на кретинина варира от 0 до 85 мкмоль/л, без да се наблюдава разлика в двете групи.

Заключение: Робот-асистираната и лапароскопската парциална нефректомия са щадящи бъбречната функция методи с доказана онкологична ефективност. В първите извършени в нашата институция случаи на РАПН не са наблюдавани периоперативни усложнения и резултатите са еквивалентни и дори понякога надминават резултатите от лапароскопската парциална нефректомия, въпреки значителния предходен опит с последната.

Ключови думи: бъбречно-клетъчен карцином, лапароскопска парциална нефректомия, нефрон-съхраняваща хирургия, робот-асистирана хирургия

Резюмета/Abstracts

Робот-асистирана радикална цистектомия с интракорпорално създаване на ортоподичен неомехур, при пациент с мускулонивазивен уротелен карцином на пикочния мехур: Първи случай и оперативна техника

К. Давидов, А. Александров, А. Попов, Е. Попов, Д. Златанов, В. Иванов, Н. Стоянов, К. Ибрахимов

Отделение по урология, МБАЛ "Аджибадем Сити Клиник", Токуда Болница, София

ВЪВЕДЕНИЕ: Лапароскопските методи за радикално лечение на мускулонивазивен уротелен карцином на пикочния мехур наричат все по-широко приложение в съвременната медицинска практика. Въвеждането на робот-асистираната оперативна техника е нов етап в развитието на минимално инвазивната хирургия при лечението на неоплазиите на долните пикочни пътища.

ЦЕЛ: Имаме за цел да представим нашия първи случай на робот-асистирана радикална цистектомия с напълно интракорпорално създаване на ортоподичен неомехур при пациент с мускулонивазивен уротелен карцином на пикочния мехур.

МЕТОДИ: След информирано съгласие, на 19.01.2018 в болница Acibadem City Clinic Tokuda беше проведена робот-асистирана радикална цистектомия с напълно интракорпорална континентна уринна деривация. Ние осъществихме операцията чрез трансперitoneален достъп (шест поста) в Тре идеален бург с помощта на робот DaVinci Si. Поставихме три порта 12 mm, два порта по 8 mm и един

порт за аспирация 5 mm. След отпредваряване на пикочния мехур и пристатата последва обширна двустранна лимфна дисекция и последваща до напълно интракорпорална уринна деривация с ортоподичен илео-неомехур.

РЕЗУЛТАТИ: Кръвогубата по време на оперативната интервенция беше 400 ml и не се наложи кръвопреливане. Без проблемен постоперативен период. Същевременно възстановяване на чревния пасаж. Уретералните катетри бяха отстранени на 10-ия и 11-ия следоперативен ден и пациентът беше изписан на 12- постоперативен ден.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Робот-асистирана радикална цистектомия с напълно интракорпорално създаване на ортоподичен неомехур можела бъде извършена с приемлива продължителност и без съществени интра- и постоперативни усложнения. Необходимо е провеждането на допълнителен брой операции за оценка на функционалните и онкологични резултати.

Лапароскопска пиелолитотомия на подковообразен бъбреck

Д. Анакиевски, Р. Маринов, И. Гочева, В. Николов, П. Абушев

Урологична клиника, УМБАЛ "Св. Марина"
Варненски Медицински Университет

ВЪВЕДЕНИЕ: Целта на настоящето съобщение е да представим случай на 28 годишен мъж с подковообразен бъбреck и отливъчен конкремент на десния бъбреck, опериран чрез лапароскопска пиелолитотомия, и да установим ефективността и безопасността на метода при този случай.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Представяме клинически случай на 28 го-

Laparoscopic pielolithotomy in horseshoe kidney

**D. Anakievski, R. Marinov, I. Gocheva,
W. Nikolov, P. Abushev**

Clinic of Urology, UMBAL "St. Marina"
Medical University of Varna

дишен мъж, с подковообразен бъбреck, който бе опериран в клиниката чрез лапароскопска пиелолитотомия по повод отливъчен конкремент на десния бъбреck. Преди 2 месеца на същия пациент му бе извършено в клиниката PCNL на левият бъбреck, където също имаше отливъчен конкремент. Операцията бе извършена чрез трансперитонеален метод, като пациентът бе в дясно лумботомично

Необичайна клинична презентация на перфорация на колона при перкутанска нефролитотомия – клиничен случай

К. Давидов, Е. Попов, А. Попов, Д. Златанов, В. Иванов, Н. Стоянов, К. Ибрахимов

Отделение по урология, МБАЛ „Аджибадем Сити Клиник“
Токуда Болница, София

ВЪВЕДЕНИЕ: Перфорацията на колона при перкутанска нефролитотрипсия (ПСНЛ) е рядко но сериозно усложнение, което налага специално внимание за търсене и разпознаване на симптомите му с оглед бързо разпознаване и лечение на състоянието. Ние представяме клиничен случай с необичайна изява на перфорация на колона при ПСНЛ, характеризираща се сърдебол, пневмомедиастинум, подкожен емфизем и подкожен емфизем в областта на шията и торакса.

ЦЕЛ: Имаме за цел да представим клиничен случай на необичайна клинична презентация на перфорация на колон при ПСНЛ с водеща симптоматика на гъргобол, пневмомедиастинум, подкожен и шиен емфизем и липсващи прояви на локална и системна инфламаторна реакция.

МЕТОДИ: Ретроспективно бяха систематизирани данните от проведените физикални, лабораторни и ендоскопски диагностични методи при пациентата, довели до разпознаването на това усложнение въпреки силно атипичната клинична картина, като впоследствие бе

Проспективно сравнително проучване на уретероскопия срещу екстракорпорална литотрипсия при конкременти в проксимална трета на уретера с размери 5-10mm

К. Петкова, И. Салтиров

Катедра Урология и нефрология
Военномедицинска академия - София

ВЪВЕДЕНИЕ И ЦЕЛ: Екстракорпоралната литотрипсия (SWL) и ретроградната уретероскопия (URS) са методите на избор в лечението на конкременти в проксимална трета на уретера. Целта на това проспективно рандомизирано проучване е да се сравни ефективността и безопасността на уретероскопия и екстракорпорална литотрипсия при лечение на солитарни рентгенопозитивни конкременти в проксимална трета на уретера с размер < 10 mm.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Извършено е проспективно рандомизирано проучване в периода Януари 2017 – Юли 2017 година, включващо 77 пациенти със солитарен рентгенопозитивен конкремент < 10 mm в проксимална трета на уретера. При 36 пациенти беше извършена SWL, а при 41 – URS. Извърши се сравнителен анализ на предоперативните характеристики на двете групи пациенти и ефективността и безопасността на методите.

An unusual presentation of colon perforation following percutaneous nephrolithotomy

K. Davidov, E. Popov, A. Popov, D. Zlatanov,
V. Ivanov, N. Stojanov, K. Ibrahimov

Department of Urology, MBAT Acibadem City Clinic Tokuda Hospital, Sofia

извършена и литературна справка, която установи само един публикуван подобен случай.

РЕЗУЛТАТИ: На базата на наличните пневмомедиастинум, шиен и торакален подкожен емфизем и гърлобол първоначално внимание бе насочено към патология в рамките на торакса. След провеждането на съответните рентгенографски и ендоскопски изследвания и изключването на такава патология, се установи наличието на покрита перфорация на колона при проведенния ПСНЛ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Нестигната пронва на перфорацията на колона при ПСНЛ в описание от нас „клиничен случай“ значително затрудни първоначалната диагноза с насочване на диагностичния процес основно към интракорпорална патология. С разпознаването на лезията на колона при пациента бе проведено съответното минимално инвазивно лечение, което доведе до относително бързо и неусложнено възстановяване на пациента.

Prospective comparative study on ureteroscopy versus shockwave lithotripsy in proximal ureteral stones 5-10mm

K. Petkova, I. Saltirov

Department of Urology and Nephrology
Military Medical Academy of Sofia

РЕЗУЛТАТИ: Средният размер и повърхност на конкремента биха по-големи в URS-групата (6.9 ± 1.6 срещу 6.1 ± 1.1 mm; $p=0.012$), като не се установиха съществени различия в средната възраст на пациентите, степента на хидронефроза и предоперативния дренаж на бъбреца. Ефективността на методите след една процедура беше сходна, но по-висока в URS-групата (87.8% срещу 83.4%; $p=0.822$). Честотата на повторно лечение беше по-висока в SWL-групата (2.4% срещу 8.3%; $p=0.245$). Не се установи съществена разлика в честотата на постоперативните усложнения между двете групи пациенти (12.4% срещу 11.1%; $p=0.309$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Резултатите от това проспективно рандомизирано проучване показваха, че SWL и URS са високо ефективни и безопасни методи за лечение на конкременти в проксимална трета на уретера с размер 5-10 mm.

Сравнителен анализ на ретроградна интранефрална хиургия (RIRS) и екстракорпорална литотрипсия (SWL) за лечение на конкременти в бъбреца с размери 10-20 mm

П. Петров, К. Петкова, И. Салтиров

Катедра Урология и нефрология
Военномедицинска академия - София

ВЪВЕДЕНИЕ И ЦЕЛ: Екстракорпоралната литотрипсия (SWL) и ретроградната интранефрална хиургия (RIRS) са високоефективни методи за лечение на конкременти в бъбреца с размери до 20 mm. Целта на настоящето проучване е да се направи сравнителен анализ на ефективността и безопасността на SWL и RIRS за лечение на камъни в бъбреца с размери 10-20 mm.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Извърши се ретроспективен анализ на данните на 102 пациенти с конкременти в бъбреца с размер 10-20 mm, лекувани в периода Януари 2016 - Март 2017 година. При 60 пациенти (58.8%) беше извършена SWL, а при 42 (41.2%) - RIRS. Ретроспективно се анализираха и сравниха предоперативните характеристики на пациентите, ефективността на двета метода оперативното време и честотата на интра- и постоперативните усложнения.

РЕЗУЛТАТИ: Предоперативните характеристики на пациентите бяха сравними в двете групи. Средната повърхност на конкрементите беше съществено по-висока в RIRS групата (съответно, $101.4 \pm 65.3 \text{ mm}^2$ срещу $72.0 \pm 34.0 \text{ mm}^2$, $p=0.004$). Ефективността на RIRS след една процедура беше 88.1%, а на SWL - 75.0% ($p=0.10$). Оперативното време беше съществено по-дълго в RIRS група-

та ($62.5 \pm 21.8 \text{ min}$ срещу $50.5 \pm 10.8 \text{ min}$; $p=0.000$). Повторно лечение беше извършено при 1 пациент от RIRS групата (2.4%) и при 8 (13.3%) в SWL-групата ($p=0.055$). При 4 пациента от RIRS групата (9.5%) беше извършена SWL на остатъчни фрагменти, а при 5 пациента (8.3%) от SWL-групата резидуалните фрагменти бяха лекувани с флексибилна уретерореноскопия ($p=0.010$). Честотата на допълнителни процедури беше съществено по-висока в RIRS групата, поради необходимостта от екстракция на поставен уретерален стент ($p=0.000$). Честотата на постоперативни усложнения беше съществено по-висока в RIRS групата ($p=0.042$), като най-честото усложнение след RIRS беше фебрилитет (7.1%), а след SWL - бъбречна колика (5.7%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Резултатите от това проучване предполагат, че RIRS и SWL са високоефективни методи за лечение на конкременти в бъбреца 10-20 mm. SWL е неинвазивен метод с по-кратко оперативно време, но с по-висок процент на повторни и допълнителни процедури за лечение на остатъчни фрагменти. RIRS е с по-висока ефективност след една процедура, но с по-висок процент на следоперативни усложнения и допълнителни процедури за екстракция на поставения интраоперативно уретерален стент.

ЕКЛТ в неотложен порядък като метод на бъбречна дезобструкция при ренална колика

К. Давидов, Е. Попов, В. Роглев, А. Попов, Д. Златанов, Н. Стоянов, Б. Божков

Отделение по урология, МБАЛ "Аджъбадем Сити Клиник Токуда Болница" - София

ВЪВЕДЕНИЕ: Приложението на спешна екстракорпорална литотрипсия (ЕКЛТ) в условията на генална колика е да се постигне дезобструкция на бъбреца в максимално кратък срок с минимална болестност, като се цели намаляване на нуждата от аналогии и болничния престой, като това е съпроводено с възможността за ранно откриване на случаите на неуспех на ЕКЛТ, които биват леку-

Urgent ESWL as first line treatment for kidney decompression in the setting of acute renal colic

K. Davidoff, E. Popov, V. Roglev, A. Popov, D. Zlatanov, N. Stoyanov, B. Bojkov

MHAT "Acibadem City Clinic Tokuda Hospital" – Sofia,
Department of Urology

вани с допълнителни ендоурологични процедури.

ЦЕЛ: Целта на нашето проучване е да оцени ефективността и безопасността на спешната ЕКЛТ като метод за дезобструкция на бъбреца в ситуацията на ренална колика.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: В период Септември 2015 - Януари 2017, 47 пациенти бяха лекувани чрез спешна ЕКЛТ по повод уретероли-

конкрементите ($25,7 \pm 3,6$ mm за стандартна PCNL и $22,6 \pm 2,7$ mm за mini-perc; $p=0.000$) и по-честата локализация на конкрементите в долната група чашки на бъбреца в mini-perc групата. Ефективността на mini-perc беше сравнима с тази на стандартната PCNL без статистически значими разлики на тези следоперативен ден (92% срещу 98%; $p=0.151$) и на тези следоперативен месец (96% срещу 98,7%; $p=0.374$). Не се установиха статистически значими разлики и в средното оперативно време между двете групи пациенти ($147,9 \pm 10,2$ min в mini-perc групата срещу $46,1 \pm 10,4$ min за стандартната PCNL; $p=0,423$). Сравнителният анализ на безопасността на двете метода не установи сигнificantни разлики в честотата на интра- и постоперативни усложнения между двете групи пациенти. Средният постоперативен спад на Hb беше значимо по-нисък в mini-

perc групата ($11,2 \pm 9,5$ g/l срещу $16,6 \pm 9,3$ g/l; $p=0,008$), но не беше установена значима разлика в честотата на хемотрансфузия между двете групи пациенти (0% срещу 1,3%; $p=0,733$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Резултатите от настоящето сравнително проучване предполагат, че mini-perc и стандартната PCNL са високо ефективни и безопасни методи за лечение на конкременти в бъбреца с размери 20-30 mm. Mini-perc техниката показва тенденция за удължено оперативно време, но има предимствата на по-малък постоперативен спад на хемоглобина и по-ниска честота на хемотрансфузии в сравнение със стандартната PCNL.

Достъп до горен полюс при PCNL при частични или пълни отливъчни конкременти: оценка на ефективността и безопасността

К. Давидов, Е. Попов, В. Роглев, А. Попов, Д. Златанов, Н. Стоянов, Б. Божков

Отделение по урология, МБАЛ "Аджъбадем Сити Клиник Токуда Болница" - София

ВЪВДЕДЕНИЕ: Основното предимство на достъп през горния полюс на бъбреца при PCNL е директният достъп до по-голямата част от бъбречните кухини и проксималната уретер. Достъпът през горен полюс позволява лесно насочване на хидрофилния водач по хода на уретера поради съвпадането на оста на пункция и оста на уретера. Този факт позволява подобрена визуализация на по-голяма част от бъбречните кухини с гамалсна травматичност за бъбреца поради измалената нужда от манипулиране на ригидните инструменти. Достъпът през горен полюс, особено когато е извършен супракостално, е съпроводен с увеличен процент белодробни усложнения поради анатомичното разположение на бъбречите.

ЦЕЛ: Целта на нашето проучване е да оцени ефективността и безопасността на PCNL с достъп през горен полюс в случаи на значителна по обем липаза.

ПАЦИЕНТИ И МЕТОДИ: В периода 6.2014 – 6.2016 в нашата институция бяха извършени 349 процедури PCNL. При 217 пациенти (61,3%) PCNL беше извършен през достъп до горен полюс (група I) а при 132 пациента (37,8%) PCNL беше извършен чрез достъп до средна или долната група чашки (група II). И при двете групи PCNL беше извършен по стандартна оперативна техника, с флуороскопски контрол на осъществяването на достъплът. Извършено е сравнение на обема на нефролитиазата, успеваемостта и усложненията в двете

Upper-pole access for PCNL in partial or complete staghorn calculi: evaluation of effectiveness and safety in a contemporary series

K. Davidoff, E. Popov, V. Roglev, A. Popov, D. Zlatanov, N. Stoyanov, B. Bojkov

MBAI "Acibadem City Clinic Tokuda Hospital" – Sofia,
Department of Urology

группи.

РЕЗУЛТАТИ: Пациентите са свободни от конкременти съответно в 84,3% и 76,2% от случаите в групи I и II, но тази разлика в успеваемостта добива статистическа значимост в подгрупата пациенти с пълни или частични отливъчни конкременти – 78,3% пациенти свободни от конкременти в група I спрямо 55,3% в група II. Не са наблюдавани статистически значими разлики между двете групи по отношение на оперативно време, и усложненията свързани с хеморагия и инфекция. Клинично значим хидро/пневмоторакс налагаш торакален дренаж бе наблюдан при 8 пациенти (5,06%) от група I. При един от тези пациенти (0,4%) се наблюдава хемоторакс, който наложи оперативна ревезия. В група II не са наблюдавани белодробни усложнения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Извършването на чрез достъп през горен полюс е високо ефективно в случаите на значителна по обем нефролитиаза, с по-висок процент на свободни от конкременти пациенти в сравнение с достъпа през долн полюс, с приемливо ниво на белодробни усложнения. Използването на маньоврите за ограничаване на възможността от белодробни усложнения – използването на субкостална пункция за достъп през горен полюс, пункция в състояние на инспириум, каудално изместване на бъбреца с втора пункционна игла – правят този достъп още по-безопасен.