

КЛИНИЧНА УРОЛОГИЯ



**Clinical
Urology**

ISSN: 2738-778X
clinicalurology.com

Том 7 • № 1 • 2026
vol 7 • № 1 • 2026



UROLOGY AND ANDROLOGY FOUNDATION

CYCLONAMINE

500 mg, твърди капсули
Etamsylate

съкращава
времето на
кървене

**3 x 500 mg
дневно**



Информация, относно това как Евофарма събира, обработва и съхранява лични данни може да получите тук: <https://www.ewopharma.bg/politika-za-poveritelnost/>
Съобщаване на нежелани лекарствени реакции: pharmacovigilance@ewopharma.bg; Медицинска информация: medenquiry@ewopharma.bg



Лекарствен продукт по лекарско предписание. КХП: 62935/05.07.2023

За допълнителна информация:
Евофарма ЕООД, 1700 София, ул. 8-ми Декември №13,
тел.: (02) 962 12 00, info@ewopharma.bg, www.ewopharma.bg



FSP GALENA

КЛИНИЧНА УРОЛОГИЯ



CLINICAL UROLOGY

Главен редактор: Проф. Боян Атанасов
Editor in chief: Prof. Boyan Atanasov

Зам. главени редактори: Проф. Николай Колев, Проф. Владислав Дунев, Проф. Пенчо Генев
Deputy Editor in chief: Prof. Nikolay Kolev, Prof. Vladislav Dunev, Prof. Pencho Genov

Научен секретар: Д-р Румяна Лъскова
Scientific Secretary: Dr. Rumyana Lyoskova

Редакционна колегия: Акад. Чавдар Славов / Acad. Chavdar Slavov
Editorial board: Проф. Деян Анакиевски / Prof. Deyan Anakievski
Проф. Димитър Шишков / Prof. Dimitar Shishkov
Проф. Иван Дечев / Prof. Ivan Dechev
Проф. Илия Салтиров / Prof. Iliya Saltirov
Проф. Калоян Давидов / Prof. Kaloyan Davidov
Проф. Красимир Янев / Prof. Krasimir Yanev
Проф. Красимир Нейков / Prof. Krasimir Neykov
Проф. Марин Георгиев / Prof. Marin Georgiev
Проф. Ненчо Смилов / Prof. Nencho Smilov
Проф. Петър Панчев / Prof. Petyr Panchev
Проф. Тошо Ганев / Prof. Tosho Ganev
Доц. Атанас Иванов / Assoc. Prof. Atanas Ivanov
Доц. Васил Василев / Assoc. Prof. Vasil Vasilev
Доц. Владислав Младенов / Assoc. Prof. Vladislav Mladenov
Доц. Борис Младенов / Assoc. Prof. Boris Mladenov
Доц. Емил Доросиев / Assoc. Prof. Emil Dorosiev
Доц. Кремена Петкова / Assoc. Prof. Kremena Petkova
Доц. Младен Дойков / Assoc. Prof. Mladen Doykov
Доц. Николай Евтимов / Assoc. Prof. Nikolay Evtimov
Доц. Николай Халачев / Assoc. Prof. Nikolay Halachev
Доц. Петър Антонов / Assoc. Prof. Petar Antonov
Доц. Пламен Димитров / Assoc. Prof. Plamen Dimitrov
Доц. Страти Стратев / Assoc. Prof. Strati Stratev
Д-р Александър Ванов / Dr. Aleksandar Vanov
Д-р Георги Георгиев / Dr. Georgi Georgiev
Д-р Жан Читалов / Dr. Zhan Chitalov
Д-р Житиан Атанасов / Dr. Zhitian Atanasov
Д-р Иван Велев / Dr. Ivan Velev
Д-р Иван Вълканов / Dr. Ivan Valkanov
Д-р Илия Калчев / Dr. Iliya Kalchev
Д-р Михаил Абаджиев / Dr. Mihail Abadzhiev
Д-р Николай Николов / Dr. Nikolay Nikolov
Д-р Стоян Пеев / Dr. Stoyan Peev

СЪДЪРЖАНИЕ

СТАТИИ	стр.
ПРЕДЕН СРЕЩУ ЗАДЕН ДОСТЪП ПРИ РОБОТ-АСИСТИРАНА РАДИКАЛНА ПРОСТАТЕКТОМИЯ – СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА СЪВРЕМЕННИ ДАННИ <i>Д. Колев, Б. Атанасов, Н. Колев</i>	3
ЛИМФЕН ВЪЗЕЛ НА ВИРХОВ – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ С ИЗКЛЮЧИТЕЛНО РЯДКО ПРОЯВЛЕНИЕ НА МЕТАСТАЗА ОТ СЕМИНОМ НА ТЕСТИСА <i>Явор Дечев, Георги Марков, Атанас Баташки, Александър Иванов, Иван Дечев</i>	9
СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ И УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО С FRIRS И MINIPCNL ПРИ ПАЦИЕНТИ С БЪБРЕЧНИ КОНКРЕМЕНТИ С ГОЛЕМИНА МЕЖДУ 2 И 3 CM. <i>И. Велев, П. Генов</i>	15
ВЛИЯНИЕ НА КУЛТУРНО ОБОГАТЕНАТА БОЛНИЧНА СРЕДА ВЪРХУ ПСИХОЛОГИЧНОТО БЛАГОПОЛУЧИЕ НА ПАЦИЕНТИ, МЕДИЦИНСКИ ПЕРСОНАЛ И ПОСЕТИТЕЛИ <i>Д. Дунева, Д. Антонова</i>	24

CONTENTS

ARTICLES	page
ANTERIOR VERSUS POSTERIOR FIRST APPROACH IN ROBOT-ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY – A COMPARATIVE ANALYSIS OF RECENT DATA <i>D. Kolev, B. Atanasov, N. Kolev.....</i>	3
VIRCHOW'S NODE: A CASE REPORT OF AN EXTREMELY RARE PRESENTATION OF METASTASIS FROM A TESTICULAR SEMINOMA <i>Yavor Dechev, Georgi Markov, Atanas Batashki, Aleksander Ivanov, Ivan Dechev</i>	9
COMPARATIVE ANALYSIS AND COMPLICATIONS IN THE TREATMENT WITH FRIRS AND MINIPCNL IN PATIENTS WITH KIDNEY STONES BETWEEN 2 AND 3 CM IN SIZE. <i>I. Velev, P. Genov</i>	15
IMPACT OF A CULTURALLY ENRICHED HOSPITAL ENVIRONMENT ON THE PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF PATIENTS, MEDICAL STAFF AND VISITORS <i>D. Duneva, D. Antonova¹.....</i>	24

ПРЕДЕН СРЕЩУ ЗАДЕН ДОСТЪП ПРИ РОБОТ-АСИСТИРАНА РАДИКАЛНА ПРОСТАТЕКТОМИЯ – СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА СЪВРЕМЕННИ ДАННИ

Д. Колев, *Б. Атанасов, Н. Колев

Медицински Университет Плевен

УМБАЛ „Д-р Г. Странски“, Клиника по Урология, Плевен

*УМБАЛ „Св. Марина“ Плевен

ANTERIOR VERSUS POSTERIOR FIRST APPROACH IN ROBOT-ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY – A COMPARATIVE ANALYSIS OF RECENT DATA

D. Kolev, *B. Atanasov, N. Kolev

Medical University Pleven

UMHAT “Dr. G. Stranski”, Urology Clinic, Pleven

*UMHAT “St. Marina” Pleven

РЕЗЮМЕ

Робот-асистираната радикална простатектомия (РАРП) е утвърден златен стандарт за хирургично лечение на локализиран и локално-напреднал простатен карцином. В зависимост от последователността на анатомичната дисекция, оперативната интервенция може да бъде изпълнена чрез два основни подхода. Предният достъп (anterior-first, AF) започва с дисекция на пространството на Ретциус, последвана от контрол на дорзалния венозен плексус и шийката на пикочния мехур, докато задният достъп (posterior-first, PF) започва с дисекция на семенните мехурчета и ректума през Дъгласовото пространство. Настоящият обзор има за цел да сравни тези две стандартни техники, базирайки се на систематичен анализ на международни клинични проучвания, както и на вътрешни данни от нашата клиника, натрупани в продължение на 15-годишен период и обхващащи 700 пациента. Анализът акцентира върху периоперативните показатели, онкологичната безопасност, функционалните резултати и техническите особености.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: рак на простатата, робот-асистирана радикална простатектомия, RARP, заден достъп, преден достъп, хирургични граници, континенция

ВЪВЕДЕНИЕ

Въвеждането на робот-асистираната хирургия в края на XX век революционизира лечението на рака на простатата. Робот-асистираната радикална простатектомия (RARP) днес представлява предпочитан метод в повечето високообемни центрове, благодарение на предимствата си, включващи

ABSTRACT

Robot-assisted radical prostatectomy (RARP) is the established gold standard for the surgical treatment of localized and locally advanced prostate cancer. Depending on the sequence of anatomical dissection, the procedure can be performed using two main approaches. The anterior-first (AF) approach begins with dissection of the Retzius space, followed by control of the dorsal venous complex and the bladder neck, whereas the posterior-first (PF) approach initiates the intervention with dissection of the seminal vesicles, vasa deferentia and rectum through the pouch of Douglas. This review aims to compare these two standard techniques based on a systematic analysis of international clinical studies, as well as internal data from our clinic accumulated over a 15-year period, encompassing over 700 procedures. The analysis focuses on perioperative parameters, oncological safety, functional outcomes.

KEY WORDS: Prostate cancer, Robot Assisted Radical Prostatectomy, RARP, anterior approach, posterior approach, surgical margins, continence

триизмерна визуализация с висока разделителна способност, филтриране на физиологичния тремор и седем степени на свобода на инструментите, което позволява прецизна дисекция в дълбокия таз (1). Въпреки че техниката е стандартизирана, съществуват значителни вариации в оперативния подход, които отразяват индивидуалните предпочитания на хирурга и специфичните клинични характеристики на пациента.

Анализът ни се фокусира върху двата основни подхода. Първият, класическият преден достъп (anterior-first, AF), следва хронологията, установена при отворената радикална ретропубисна простатектомия. При него хирургичната интервенция стартира с отваряне на пространството на Рециус, последвано от лигиране на дорзалния венозен комплекс и дисекция на шийката на пикочния мехур (2). Вторият, задният достъп (posterior-first, PF), започва с дисекция в Дъгласовото пространство на семенните мехурчета и семепроводите, последвана от отделяне на ректум и неврни снопчета (3). Всеки от тези два метода носи свои потенциални предимства и недостатъци.

Настоящият обзор си поставя за цел да предостави изчерпателен сравнителен анализ на преден и заден подход при RARP, като синтезира данните от ключови международни публикации и ги съпостави с дългогодишния ни клиничен опит. Чрез детайлно разглеждане на оперативната техника, периоперативните резултати, онкологичната безопасност и функционалните изходи, ние се стремим да предложим обективна основа за избор на подход в зависимост от приоритетите на хирургичния екип и анатомичните особености на пациента.

СЪКРАТЕНА ОПЕРАТИВНА ТЕХНИКА

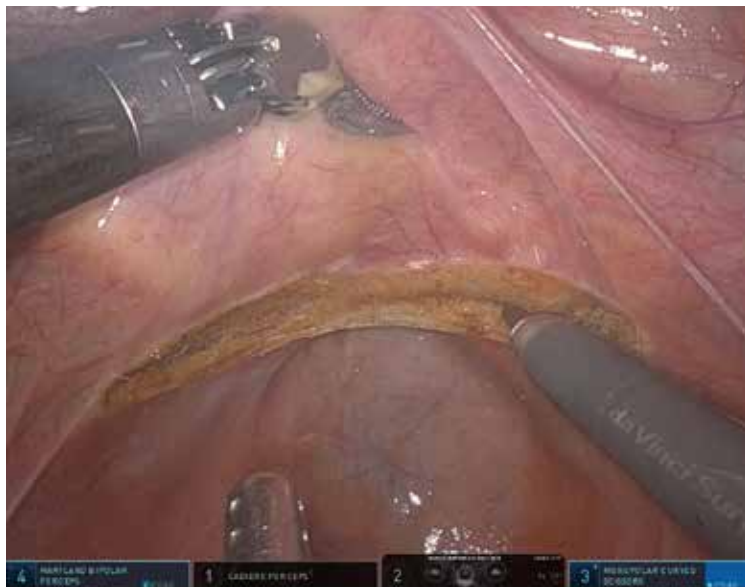
1. Преден достъп (Anterior-First, AF)

Първата стъпка е идентифициране и отваряне на пространството на Рециус чрез инцизия и тъпа дисекция, като се запазва перитонеалната гънка, когато е възможно. След визуализиране на предната простатна повърхност, дорзалният венозен комплекс (ДВК) се лигира. Последователно се извършва контрол на педикулите на простатата, които се лигират и пресичат. Следва дисекция на шийката на пикочния мехур, която се идентифицира чрез тракция върху катетъра на Фоли. Тя се отваря прецизно, като се стремим към максимално съхраняване на циркулярните влакна на детрузора. След дисекция на шийката се освобождава задната простатна повърхност и се достига до семенните мехурчета, които се мобилизират. Невроваскуларните снопове (NVB) се съхраняват според предоперативния риск и интраоперативните находки. Анастомозата между шийката на мехура и уретрата се изпълнява с 3/0 конец.

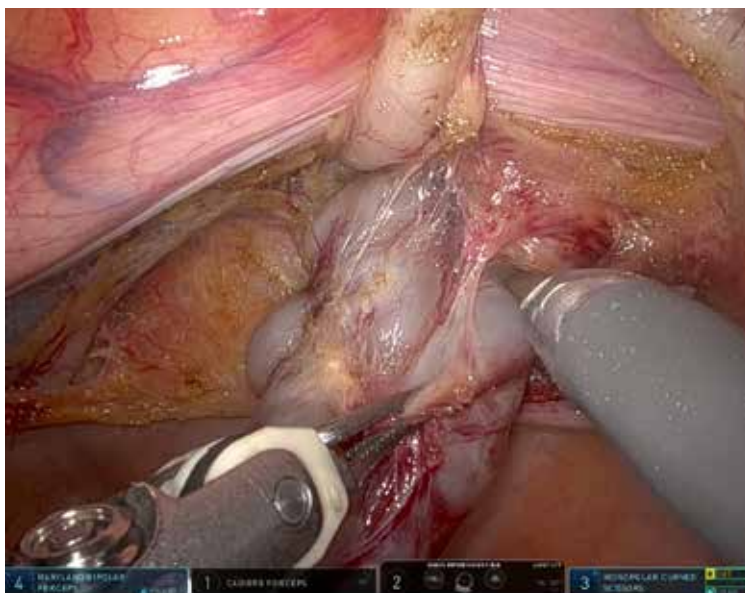
2. Заден достъп (Posterior-First, PF)

При тази техника, след въвеждане на портовете, операцията стартира с перитонеотомия в Дъгласовото пространство, дистално от семепроводите (фиг.1). Чрез тъпа дисекция се влиза в ретротригоналното пространство, като се мобилизират семепроводите и семенните мехурчета (фиг. 2). Тази маневра позволява ранно отделяне на задната простатна повърхност от ректума, с по-добрата му визуализация, идентификация и начална дисекция на съдово-нервните снопчета (фиг. 3). Поставят се клипсове на съдовете, в областта на основата, хранещи простатата. Пространството на Рециус се отваря по същия начин, както при AF, но сега простатата е вече мобилизирана дорзално. ДВК се лигира, педикулите се контролират, и шийката на пикочния мехур се дисецира. Поради предварително освободените семенни мехурчета и семепроводи, шийката на мехура често е по-добре мобилизирана и нейното съхраняване е технически по-лесно. Анастомозата се изпълнява по аналогичен начин.

Един от най-трудните аспекти на RARP е дисекцията между пикочния мехур и простатата (фиг. 4). Тази сложност е особено сложна при мъже с големи простати, ясно изразени медианни лобове или предходна трансуретрална хирургия. Ретротригоналният слой, наричан още везикопростатични мускули, се състои от надлъжни мускули, свързващи пикочния мехур и простатата. Този слой разграничава детрузорните мускули от семенните мехурчета и семепровода. Той играе ключова роля в RARP, като предлага ориентир за точно определяне на задната равнина на дисекцията на простатата, а също така действа като заден слой за последваща реконструкция. Неправилното идентифициране или дисекция на този слой може да доведе до увреждане на пикочния мехур или неправилна дисекция на простатата (6).



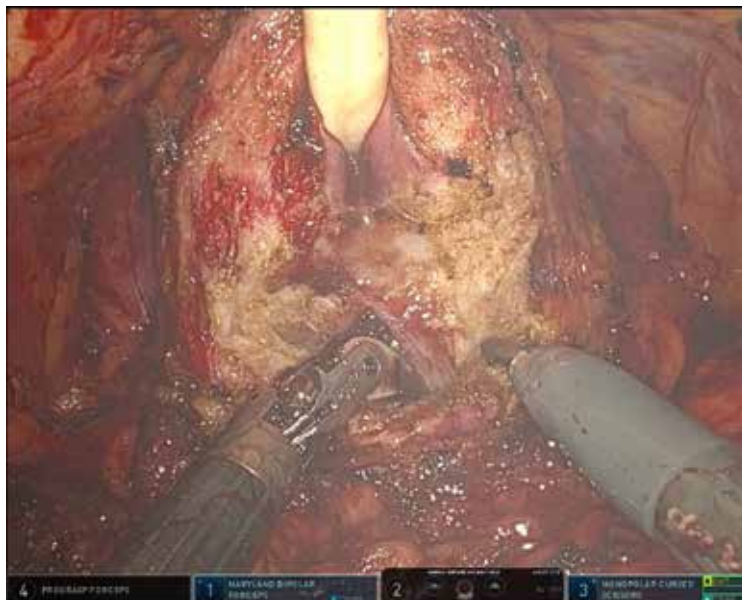
(фиг. 1) Инцизия на перитонеума в Дъгласовото пространство



(фиг. 2) Дисекция на дясно семенно мехурче.



(фиг. 3) Дисекция на ректум от задна простатна повърхност



(фиг. 4) Дисекция на мехурна шийка от простатна жлезеза.

МЕТОДОЛОГИЯ

За целите на този анализ извършихме преглед на достъпната литература, публикувана в базите данни PubMed/MEDLINE, Scopus и Web of Science за периода 2015-2025 г.

Основните анализирани публикации са:

Ретроспективно сравнително проучване на Pirzada et al., включващо 258 пациента (139 с AF и 119 с PF), което оценява периоперативните и функционални резултати (PMID: 41625790) (4).

Проучване с propensity score matching на Nakai Y et al., което сравнява 99 двойки пациенти, като акцентът е поставен върху онкологичната безопасност и съхраняването на шийката на пикочния мехур (PMID: 41151904) (5).

Ретроспективно проучване на Washino et al., включващо 238 пациента с извършени RARP със заден подход. (PMID: 38592074)(6).

Сравнително проучване на Maddox et al., включващо 404 пациента(217AF и 187PF) (PMID:23339394) (7).

Допълнително, ние анализирахме ретроспективни данни от собствената ни клиника, обхващащи 700 пациента, подложени на RARP между януари 2010 г. и декември 2025 г.

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Периоперативни показатели

В проучването на Pirzad et al. (PMID: 41625790), предният достъп (AF) демонстрира статистически значимо по-кратко общо оперативно време (средно 168 срещу 194 минути, $p=0.01$) и по-малка интраоперативна кръвозагуба (средно 215 mL срещу 278 mL, $p=0.03$) в сравнение със задния подход (4). Авторите приписват тези разлики на по-голямата техническа сложност на началната фаза на PF, която изисква дисекция в по-тесното и по-малко познато ретротригонално пространство и на по-оскъдния опит със задния подход. В същото проучване, продължителността на хоспитализация и честотата на интраоперативните усложнения са сравними между двете групи.

В проучването на Maddox et al (PMID:23339394) се съобщава по-кратко оперативно време при заден подход при по-големи простати (7).

Нашите данни подкрепят проучването на Maddox et al. В нашата серия от 700 пациента, наблюдавахме статистически значимо по-кратко конзолно време при PF техниката в сравнение с AF, при пациенти с по-голям обем на простатата (>80 mL) и уголемени семенни мехурчета. Ние предполага-

гаме, че това разминаване с някои от литературните данни може да се дължи на дългогодишния ни опит с PF техниката, която представлява основен метод в нашата клиника в продължение на повече от десетилетие. По отношение на интраоперативната кръвозагуба, ние не открихме значима разлика между двата подхода, което потвърждава, че и двата метода са безопасни и ефективни при опытен хирург.

Онкологична сигурност и хирургични граници

Проучването на Nakai et al. (PMID: 41151904) и Washino et al. (PMID: 38592074) е особено показателно по отношение на хирургичните граници. Използвайки propensity score matching, авторите демонстрират категорично превъзходство на задния подход при съхраняването на шийката на пикочния мехур (75% при PF срещу 42% при AF, $p < 0.001$). Това директно корелира със значително намаляване на положителните хирургични граници (positive surgical margins, PSM) в областта на шийката на мехура – само 1% (1/99) при PF срещу 8% (8/99) при AF ($p = 0.03$) (5), (6).

В проучването на Pirzad et al. (PMID: 41625790) онкологичните показатели, като PSM (25% срещу 29%, $P = 0,45$) и биохимичен рецидив (BCR-Biochemical Recurrence) (31,6% срещу 42,3%, $P = 0,28$), бяха сходни в двете групи, както и функционалните показатели за уринарна континенция (използване на една или по-малко превръзки) на 1 година (92,8% срещу 95%, $P = 0,06$) и резултатите от сексуалната функция (IIEF $5,99 \pm 3,26$ срещу $5,95 \pm 1,39$, $P = 0,47$).

Функционални резултати

Във всички разгледани проучвания, както и нашият опит, достигат до консенсус, че в дългосрочен план (12 месеца след операцията) няма статистически значими разлики между подходите по отношение на ключовите функционални изходи (4), (5), (6), (7).

ДИСКУСИЯ

Резултатите от анализираната литература подчертават специфичен компромис между двете техники. Според проучванията предният достъп (AF) е по-ефективен по отношение на времето и е по-малко зависим от опита на хирурга при работа в тясно пространство. Поради по-широката разпространеност на предния подход, това може да се дължи на по-обширния опит на операторите с него.

От друга страна, задният достъп (PF) максимизира онкологичната радикалност, особено в базалната част на простатата. Способността за прецизна дисекция на семенните мехурчета и ампулата на семепроводите преди достигане до шийката на мехура позволява не само по-висок процент на анатомично съхранение на шийката, но и намалява риска от позитивни граници към базата на простата, който е добре познат предиктор за биохимичен рецидив (8). Това е от особено значение при пациенти с високорисков локално-напреднал карцином (cT3a-b), където туморната инвазия често е локализирана в базата или семенните мехурчета (9). В нашата практика, задният подход е предпочитаният метод при всички пациенти със съмнение за екстракапсуларна екстензия в основата на простатата, базирано на мултипараметричен ЯМР, уголемени семенни мехурчета, простата и трети лоб.

Важен извод от всички анализирани източници е, че независимо от първоначалния път на достъп, функционалните резултати накрая се изравняват. Това предполага, че крайната анатомична реконструкция – включително внимателното съхраняване на външния уретрален сфинктер, максималното запазване на невровакуларните снопове и изграждането на надеждна водонепропусклива анастомоза – е по-важна за дългосрочната континенция и потентност от началната стъпка на операцията (10). Следователно, хирургът трябва да се фокусира върху прецизното изпълнение на тези критични стъпки, независимо кой достъп е избран.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изборът на подход при робот-асистирана радикална простатектомия остава централен елемент от хирургичната стратегия. Предният достъп предлага предимства по отношение на оперативно време и може да бъде предпочитан при пациенти с по-нисък риск и в центрове, където този метод е стандарт. Задният достъп демонстрира доказано превъзходство по отношение на онкологичната

радикалност в базалната област на простатата, благодарение на по-високия процент на съхраняване на шийката на пикочния мехур и свързаното с това намаляване на положителните хирургични граници. Липсата на дългосрочна разлика в континенцията, потентността, функционални и онкологични резултати между двата метода дава свобода на хирурга да избере техниката, в която се чувства най-уверен, като същевременно подчертаваме, че крайният функционален успех зависи от прецизната анатомична реконструкция.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Yaxley JW, Coughlin GD, Chambers SK, Occhipinti S, Samaratunga H, Zajdlewicz L, et al. Robot-assisted laparoscopic prostatectomy versus open radical retropubic prostatectomy: early outcomes from a randomised controlled phase 3 study. *Lancet*. 2016;388(10049):1057-1066. doi:10.1016/S0140-6736(16)30592-X. PMID: 27474375.
2. Menon M, Shrivastava A, Kaul S, Badani KK, Fumo M, Bhandari M, et al. Vattikuti Institute prostatectomy: contemporary technique and analysis of results. *Eur Urol*. 2007;51(3):648-657; discussion 657-658. doi:10.1016/j.eururo.2006.10.055. PMID: 12771773.
3. Washino S, Saito K, Nakamura Y, Miyagawa T. Retrotrigonal Layer Dissection from a Posterior Approach Enables Bladder Neck Preservation in Robot-Assisted Radical Prostatectomy. *J Clin Med*. 2024 Feb 22;13(5):1258. doi: 10.3390/jcm13051258. PMID: 38592074; PMCID: PMC10931727.
4. Pirzada FM, Seth A, Nayyar R, Nayak B, Kumar R. Anterior versus posterior first approach for robot assisted radical prostatectomy-perioperative, functional, and oncological outcomes. *Prostate Int*. 2025 Sep;13(3):137-141. doi: 10.1016/j.prnil.2025.01.001. Epub 2025 Jan 4. PMID: 41625790;
5. Nakai Y, Tanaka N, Onishi K, Goto D, Morizawa Y, Hori S, Miyake M, Fujimoto K. The Posterior First Approach in Robot-assisted Radical Prostatectomy for Prostate Cancer Reduces Positive Surgical Margins on the Bladder Neck Side. *Anticancer Res*. 2025 Nov;45(11):5177-5184. doi: 10.21873/anticanres.17857. PMID: 41151904. Schlomm T, Heinzer H, Steuber T, Salomon G, Engel O, Michl U, et al. Full functional-length urethral sphincter preservation during radical prostatectomy. *Eur Urol*. 2011;60(2):320-329. doi:10.1016/j.eururo.2011.02.040. PMID: 21397388.
6. Washino S, Saito K, Nakamura Y, Miyagawa T. Retrotrigonal Layer Dissection from a Posterior Approach Enables Bladder Neck Preservation in Robot-Assisted Radical Prostatectomy. *J Clin Med*. 2024 Feb 22;13(5):1258. doi: 10.3390/jcm13051258. PMID: 38592074; PMCID: PMC10931727.
7. Maddox M, Elsamra S, Kaplon D, Cone E, Renzulli J 2nd, Pareek G. The posterior surgical approach to robot-assisted radical prostatectomy facilitates dissection of large glands. *J Endourol*. 2013 Jun;27(6):740-2. doi: 10.1089/end.2012.0596. Epub 2013 May 21. PMID: 23339394.
8. Patel VR, Coelho RF, Rocco B, Orvieto M, Sivaraman A, Palmer KJ, et al. Positive surgical margins after robotic-assisted radical prostatectomy: a multi-institutional study. *J Urol*. 2011;186(2):511-516. doi:10.1016/j.juro.2011.03.115. PMID: 21680001.
9. Bostrom PJ, Bjartell A, Catto JW, Eggener SE, Lilja H, Loeb S, et al. Genomic Predictors of Outcome in Prostate Cancer. *Eur Urol*. 2015;68(6):1033-1044. doi:10.1016/j.eururo.2015.04.008. PMID: 25913390.
10. Novara G, Ficarra V, Rosen RC, Artibani W, Carroll PR, Costello A, et al. Systematic review and meta-analysis of studies reporting urinary continence recovery after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol*. 2012;62(3):405-417. doi:10.1016/j.eururo.2012.05.045. PMID: 22749853.

Адрес за кореспонденция:

Проф. Николай Колев
Клиника по урология
УМБАЛ „Георги Странски“
E-mail: kolevmd@yahoo.com

Corresponding Author:

Prof. Nikolay Kolev
Clinic of Urology
University Hospital "Georgi Stranski"
E-mail: kolevmd@yahoo.com

ЛИМФЕН ВЪЗЕЛ НА ВИРХОВ – КЛИНИЧИН СЛУЧАЙ С ИЗКЛЮЧИТЕЛНО РЯДКО ПРОЯВЛЕНИЕ НА МЕТАСТАЗА ОТ СЕМИНОМ НА ТЕСТИСА

Явор Дечев, Георги Марков, Атанас Баташки, Александър Иванов*, Иван Дечев

Катедра по пропедевтика на хирургичните болести, Медицински факултет, Медицински университет - Пловдив
Първа клиника по хирургия, УМБАЛ Св. Георги – Пловдив

*Катедра по обща и клинична патология, Медицински факултет, Медицински университет- Пловдив

*Отделение по обща и клинична патология, УМБАЛ Св. Георги – Пловдив

VIRCHOW'S NODE: A CASE REPORT OF AN EXTREMELY RARE PRESENTATION OF METASTASIS FROM A TESTICULAR SEMINOMA

Yavor Dechev, Georgi Markov, Atanas Batashki, Alexsander Ivanov*, Ivan Dechev

Department of Propedeutics of Surgical Diseases, Section of General Surgery, Medical Faculty, Medical University of Plovdiv
First Surgery Clinic, St. George University Hospital – Plovdiv

*Department of General and Clinical pathology, Medical Faculty, Medical University of Plovdiv

*Department of General and Clinical Pathology, St. George University Hospital – Plovdiv

РЕЗЮМЕ

Вирховият лимфен възел е лимфен възел в лявата надключична ямка. Той получава лимфно снабдяване от коремно-тазовата област и следователно уголемяването му показва метастази от първично злокачествено новообразувание или в стомашно-чревния тракт, или в пикочо-половия тракт. Освен общоприетите първични места, 4.5-5% от първичните ракови заболявания на тестисите метастазират в левия надключичен лимфен възел. Това съобщение хвърля светлина върху важността на обсъждането на първичния герминативноклетъчен тумор на тестиса като една от диференциалните диагнози на лява супраклавикуларна лимфаденопатия, особено при млади мъже и подчертава необходимостта от задълбочен клиничен преглед.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: Вирхов възел, метастази, герминативноклетъчен тумор, тестикуларен тумор

ВЪВЕДЕНИЕ

Тестикуларните тумори са най-честите злокачествени новообразувания при мъже на възраст 15-44 години и трета водеща причина за раково обусловена смъртност в тази възрастова група (1). Въпреки относителната им рядкост (1-2% от всички малигнени неоплазми при мъжа) заболяемостта от герминативноклетъчни неоплазми на тестиса показва тенденция за нарастване през последните 20 г. (2, 3). Герминативноклетъчните тумори са 95% от всички тестикуларни тумори и средно семиномите се диагностицират при пациенти с десетилетие по-възрастни от тези с несеминомни герминативноклетъчни тумори (4). Семиномът е най-честият хистологичен вариант – 40-45% от герминативноклетъчните тумори на тестиса. Хистологично той може да се раздели на класически,

ABSTRACT

Virchow's node is a lymph node in the left supraclavicular fossa. It receives lymphatic supply from abdominopelvic region and therefore it's abnormal enlargement signifies metastasis from a primary malignancy either in gastrointestinal tract or genitourinary tract. Apart from the commonly recognized primary sites, 4.5-5% of primary testicular cancers metastasize to the left supraclavicular lymph node. This case report throws light on the importance of considering primary germ cell tumor of the testis as one of the differential diagnoses of left supraclavicular lymphadenopathy, especially in young men and emphasizes the need for a thorough clinical examination.

KEY WORDS: Virchow's node, metastasis, germ cell tumour, testicular tumor I

анапластичен и сперматоцитен подтип (2, 5). Лумбалните ретроперитонеални лимфни възли се считат за регионални лимфни възли за тумор на тестиса и по-късно метастазите се разпространяват към медиастиналните и супраклавикуларните лимфни възли (Virchow's nodes). Туморите на десния тестис обичайно се дренират в интераортокавалната лимфна група, под съдовете на бъбречния хилус. Туморите от лявата страна се дренират в парааорталните и преаортални (4). Увеличеният супраклавикуларен лимфен възел в ляво разположен до съединението на ductus thoracicus и vena subclavia sinistra е известен като възел на Вирхов (или симптом на Troisier при физикално изследване) и е характерна метастаза най-вече при стомашен рак, затова той е означен още като сентинелен или сигнален. От друга страна Вирховият възел или Троазиеровият възел може да се наблюдава и при лимфом, рак на гърдата, хранопровода, таза и в 4.5-5% от първичен тумор на тестисите (6, 7).

Настоящият клиничен случай подчертава това познание и засилва необходимостта от включване на метастатични герминативноклетъчни тумори в диференциалната диагноза на лявата надключична лимфаденопатия. Освен това, той също така подчертава необходимостта от задълбочено снемане на анамнеза и подробен клиничен преглед, колкото и трудно да изглежда това в натоварена хирургична клиника.

ОПИСАНИЕ НА СЛУЧАЯ

Мъж на 46 години постъпва в Първа клиника по хирургия на УМБАЛ "Св. Георги" ЕАД-Пловдив за екстирпация на супраклавикуларен лимфен възел над лявата ключица. Палпаторно се установява солитарен лимфен възел, умерено подвижен, неболезнен, без промяна на надлежащата кожа с приблизителни размери над два сантиметра и давност от един месец. Лимфният възел запазва характеристиките си и след парентерално и ентерално антибиотично лечение. Системното изследване беше нормално и общо състояние добро – ECOG Performans status 0.

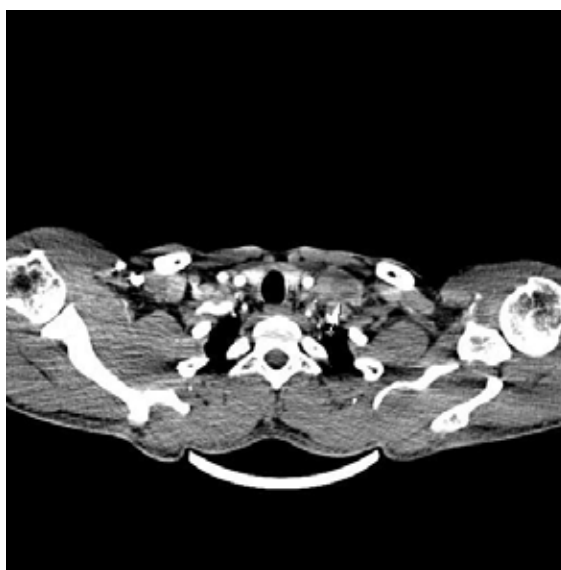
Представяме последователно общ преглед на диагностичния и лечебен процес и резултатите от заболяването на пациента за период на проследяване от 3 месеца след първото му посещение при нас (Таблица 1).

Таблица 1: Хронология на диагностичните и терапевтичните интервенции и резултатът от случая.

Изследвания и операции	Дата	Резултат
КТ на органите на шията - нативно и след и.в. контрастиране	11.11.2025	В ляво супра – и отчасти ретроклавикуларно овална формация с р-ри в аксиален план 33/18 мм, която след апликация на контрастна материя усилва плътността си с наличие на овална централна хиподенсна зона – суспекция за супурирал л.в. Костни структури и органи в обема на изследване – без видими патологични лезии (фиг. 1)
КТ на гръден кош- нативно скениране	11.11.2025	Без КТ данни за патологични промени и медиастинална аденопатия.
Екстирпация на л.в.	28.11.2025	Хистологично и ИХИ – лимфен възел с наличие на метастаза от семином.
Физикален преглед на скротум	15.12.2026	В горната половина на десния тестис се палпира неболезнена твърда солидна маса. До момента на диагностициране заболяването е протичало напълно безсимптомно.
Серумни туморни маркери	15.12.2025	β -human chorionic gonadotropin (β -hCG), α -fetoprotein (AFP), lactate dehydrogenase (LDH) – нива в нормални граници

УЗД на скротум	16.12.2025	Десен тестис – добре очертана, хипоехогенна в сравнение с фовия тестис, лобулирана маса, типична за семином (фиг. 2)
Стадираща КТ на корем и малък таз – нативно и след интравенозно контрастиране	18.12.2025	Сигнификантно увеличен интераортокавален ретроперитонеален л.в. с р-ри 7×4.7×8.7см, v.cava inf. е изместена вентрално и представена със стенозиран лумен (фиг. 3а). Не се установяват уголемени малкотазови и ингвинални л.в. Коремни и малкотазови органи без патологични промени. В дясна скротална област наличие на окръглена солидна лезия, резки и гладки контури, демаркираща се добре в артериална фаза, добиваща хомогенен хиперденсен образ и плътност 83ХЕ, р-ри 1.2×1см. (фиг. 3б)
Радикална десностранна орхифуникулектomia с ингвинален достъп	19.12.25	Пациентът претърпя висока ингвинална орхиектомия за тестикуларен тумор (фиг. 4)
Резултат от хистопатологично изследване	08.01.2026	Класически семином на тестиса с лимфоваскуларна инвазия. Туморът ангажира rete testis с пейтжетоидно разпространение (фиг. 5). ИХИ – АлфаFP и CD30 негативни, отхвърля наличието на втора компонента (фиг. 6)
Финално патологично стадиране	13.01.2026	pT2N3M1aS0 ECOG performance status 0 за проследяване от 3 месеца.
Адjuвантно лечение	Януари 2026	Химиотерапия, Лъчелечение

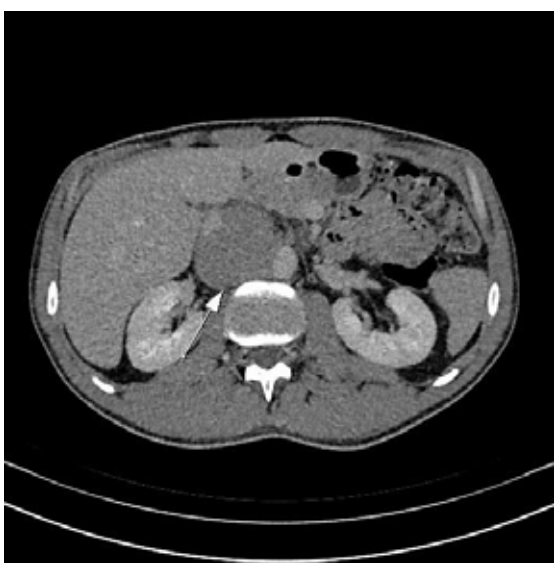
Легенда: КТ-компютърна томография л.в. – лимфен възел ИХИ- имунохистохимично изследване



Фигура 1. КТ на органите на шията, разкриваща увеличен супраклавикуларен лимфен възел в ляво (Virchow's node; Troisier's sign).



Фигура 2. УЗ изображение на десен тестис, показващо добре отграничена лобулирана хипоехогенна хомогенна маса, типична за семином.



а)



б)

Фигура 3. КТ на корем и малък таз, показваща: а) интераорто-кавална ретроперитонеална лимфаденопатия точно под нивото на *a. renalis dex.*; б) очертана хомогенна окръглена солидна лезия в десния тестис, представляваща първичен тестикуларен семином.

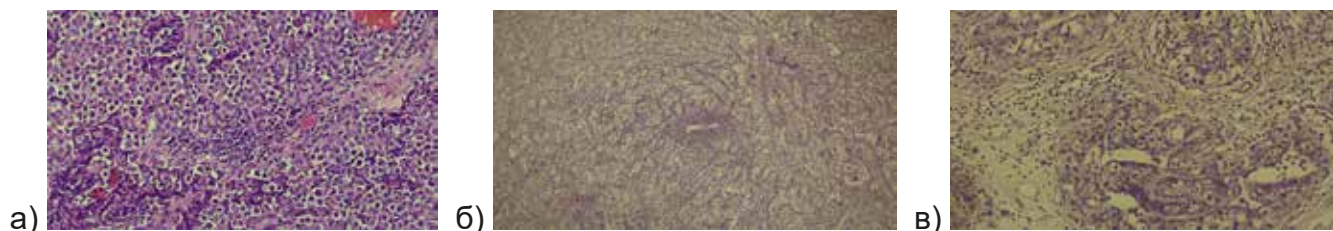


а)



б)

Фиг. 4. Снимка на макроскопския изглед на: а) оперативно отделения материал; б) добре отграничена лобулирана с вид на рибено месо маса с характеристика на семином и обграждаща нормална тестикуларна тъкан.



Фигура 5. Класически семином на тестиса. Относително едри кръгли клетки с гликогенно просветена цитоплазма, аранжирани в гнезда и повлечка. Последните са сепарирани от фиброзни септи, като са налични и умерени мононуклеарни възпалителни инфилтрати. а) H&E (40×); б) H&E (5×); в) Туморът инфилтрира rete testis с характерно пейтжетоидно разпространение H&E (20×).



Фигура 6. Имунохистохимия. а) CD117 – дифузен цитоплазмен сигнал; б) Негативен CD30 – отхвърля ембрионален карцином; в) Негативен AFP – отхвърля тумор на Teilum.

ДИСКУСИЯ

Ние представяме изключително рядък необичаен модел на солитарна лимфна метастаза от първичен тестикуларен тумор, протекъл безсимптомно, което представлява необичайна клинична находка. Този случай е нетипичен и от факта, че липсват солидни органни метастази от първичния тестикуларен тумор. Метастази в шийните лимфни възли винаги определят напреднал туморен стадий на болестта (7).

Метастази в нерегионалните лимфни възли и белите дробове се приемат като M1a заболяване, докато други далечни метастази се обсъждат като M1b заболяване (4,8). Наблюдението ни показва, че в нашия специфичен случай и подобни клинични сценарии е важно да се мисли за първичен гонаден тумор.

Младата възраст на пациента е другият важен показател за шийна метастаза от първичен герминативноклетъчен тумори. Все пак е установено, че метастазите от герминативноклетъчни тумори се появяват при млади пациенти, а карциномите са склонни да засягат пациенти в напреднала възраст. Това подчертава факта, че при метастази в лимфните възли на врата при мъж, възможността за метастатичен герминативноклетъчен тумор също трябва да се има предвид наред с другите общоизвестни диференциални диагнози.

Увеличен твърд лимфен възел на Вирхов като сигнално проявление се съобщава основно при онкологични заболявания в коремно-тазовата област (1).

Нашият случай придава съществено значение на детайлно снетата анамнеза и физикален преглед при интерпретиране на палпаторна находка от лява надключична лимфаденопатия. В такива случаи компютърната томография (КТ) не се използва за оценка на първичната тестикуларна лезия (9).

По време на радикална ингвинална орхиектомия хирургът трябва да минимизира манипулирането с тестиса и осигуряване на висока лигатура на funiculus spermaticus до anulus inguinalis profundus за редуциране на риска от ингвинални метастази.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поради повърхностното разположение и следователно достъпно изследване, увеличението на Virchow's node е указание не само за рак на стомаха, но и при други не гастроинтестинални неоплаз-

ми (като лимфом, белодробен, езофагиален, тазов или тестикуларна неоплазма).

В онкологичната практика, при симптом на Troisier на врата при мъж и особено млад мъж, възможността за метастатичен герминативно-клетъчен тумор също трябва да се има предвид наред с другите общоизвестни диференциални диагнози с акцент върху правилно снетата анамнеза и задълбочено клинично изследване.

Симптомът на Troisier е индикатор за злокачествено новообразувание в напреднал стадий на болестта.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Sulegaon R, Kulkarni D. Virchow's node: A mystery in young adults. *Perspectives in Medical Research* 2018; 6(3): 78- 79.
2. Ismail M, Zaman F, Baithun S, Nargund V, Pati J, Masood J. Inguinal lymph node metastases from a testicular seminoma: a case report and a review of the literature. *Journal of medical case reports* 2010; 4(1): 378.
3. Trabert B, Chen J, Devesa SS, Bray F, McGlynn K A. International patterns and trends in testicular cancer incidence, overall and by histologic subtype. 1973–2007. *Andrology* 2015; 3(1) :4-12.
4. Marko J, Wolfman DJ, Aubin AL, Sesterhenn IA. Testicular seminoma and its mimics: from the radiologic pathology archives. *Radiographics* 2017; 37(4): 1085-1098.
5. Moch H, Cubilla AL, Humphrey PA, Reuter VE, Ulbright TM. The 2016 WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs: part A—renal, penile, and testicular tumours. *Eur Urol* 2016;70(1):93–105.
6. Sundriyal D, Kumar N, Dubey SK, Walia M. Virchow's node. *Case Reports*, 2013, bcr2013200749.
7. Hemalatha AL, Batra N, Ramesh DB, Shashikumar SD. Virchow's node not always signifies a primary gut or lung malignancy. Look further and farther. *International Journal of Case Reports in Medicine* 2013; Vol. 2013: 1-4.
8. European Association of Urology 2025. EAU Guidelines on Testicular Cancer. TNM Classification of Malignant Tumours, 8th Edition, UICC 2016.
9. Kreydin EI, Barrisford GW, Feldman AS, Preston MA. Testicular cancer: what the radiologist needs to know. *AJR Am J Roentgenol* 2013;200(6):1215–1225.

Адрес за кореспонденция:

Проф. Иван Дечев
УМБАЛ "Св. Георги" ЕАД
Зам.-директор ДЛД
Бул. "Пещерско шосе" 66
4002 Пловдив
e-mail: ivandechev@yahoo.com

Corresponding Author:

Prof. Ivan Dechev
UMHAT "Saint George"
Deputy director
66 Peshtersko shose Blvd
4002 Plovdiv, Bulgaria
e-mail: ivandechev@yahoo.com

СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ И УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО С FRIRS И MINIPCNL ПРИ ПАЦИЕНТИ С БЪБРЕЧНИ КОНКРЕМЕНТИ С ГОЛЕМИНА МЕЖДУ 2 И 3 CM.

И. Велев, П. Генов

УМБАЛ „Софиямед“, Клиника по Урология, София

COMPARATIVE ANALYSIS AND COMPLICATIONS IN THE TREATMENT WITH FRIRS AND MINIPCNL IN PATIENTS WITH KIDNEY STONES BETWEEN 2 AND 3 CM IN SIZE.

I. Velev, P. Genov

UMHAT Sofamed, Clinic of Urology, Sofia

РЕЗЮМЕ

С подобренията в технологиите и визуализацията, ретроградната интраренална хирургия (RIRS) придоби значителна популярност при лечението на бъбречни камъни. Първоначално тя се използваше за лечение на малки (<2 cm) камъни. Индикациите ѝ като първо средство на избор се разширяват постоянно с нарастващия опит и иновациите, постигнати в лазерната технология. Камъни, по-големи от 2 cm, започват все по-често да се лекуват с RIRS като предпочитан метод както от лекарите така и от пациентите. От друга страна мини Перкутанната нефро-литотрипсия (miniPCNL) е метод, който има няколко предимства пред други методи за лечение като ендоскопска литотрипсия с по-висока ефективност при отстраняване на камъните, възможност за премахване на по-големи и кораловидни конкременти, както и по-нисък риск от повторно им образуване. Перкутанна нефролитотомия (miniPCNL) е метод на избор при големи по обем камъни в бъбрека – над 2 cm или отливъчни, които биват много често и усложнени. Нашата цел беше да представим сравнителен анализ и усложненията с флексибилната интрареналната ретроградна хирургия (fRIRS) и мини Перкутанната нефро-литотрипсия (miniPCNL) при бъбречни конкременти с големина между 2 и 3 cm.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: Бъбрек, Ретроградна интраренална хирургия, мини Перкутанна нефро-литотрипсия, Конкремент 2-3 cm

ABSTRACT

With improvements in technology and visualization, retrograde intrarenal surgery (fRIRS) has gained significant popularity in the treatment of kidney stones. Initially, it was used to treat small (<2 cm) stones. Its indications as a first-line treatment are constantly expanding with increasing experience and innovations in laser technology. Stones larger than 2 cm are increasingly being treated with RIRS as a preferred method by both physicians and patients. On the other hand, mini Percutaneous Nephrolithotripsy (miniPCNL) is a method that has several advantages over other treatment methods such as endoscopic lithotripsy with higher efficiency in removing stones, the ability to remove larger and coral-like concretions, as well as a lower risk of their re-formation. Percutaneous nephrolithotomy (miniPCNL) is the method of choice for large kidney stones – over 2 cm or cast stones, which are very common also complicated. Our aim was to present comparative analysis and complications with flexible intrarenal retrograde surgery (fRIRS) and mini Percutaneous Nephrolithotripsy (miniPCNL) for renal calculi between 2 and 3 cm in size.

KEY WORDS: Kidney, Retrograde intrarenal surgery, mini Percutaneous nephron-lithotripsy, Stone 2-3 cm

ВЪВЕДЕНИЕ

Развитието на миниинвазивното лечение на уринарни камъни е тясно свързано с технологичното усъвършенстване на фиброоптиките и рентгенологична апаратура, дизайна, механиката на уретроскопите. Първите ригидни уретероскопи са били големи от 10 до 16 Fr със система от твърди лещи като след замяната им с фиброоптични влакна се създава възможност да се огъва shaft им по вертикалната им ос без изкривяване на образа и са получили наименованието си семиригидни. В края на 1980-те години употребата на гъвкави уретероскопи е получава своето развитие с въвеждането на такива с канал за иригация и гъвкав край (с активно и пасивно отклонение). Първия такъв е въведен в практиката през 1989 год., след което бързо появяват различни усъвършенствани модели. Първоначалните флексибилни уретерореноскопи също са били технически ограничени – само с пасивна дефлексия, липса на работен и иригационен канал, но съвременните вече са с двойна дефлексия до 3600, имат 3,5 Fr и по-голям канал, върха на уретерореноскопа стига до 7,5 Fr, а дължината от 54 до 70 cm. Bagley и др. публикуват първото си проучване през 1987 г., след това Kavoussi и др. докладват за своята серия от 76 флексибилни процедури на при 68 пациента през 1989 г. Развитие на гъвкавите уретерореноскопи по това време са свързани основно с намаляване на диаметъра на устройствата и увеличаване на ъглите на отклонение. През 1994 г. Grasso и Bagley докладват за началния си опит с уретероскопи с работни канали с диаметър 7,5 Fr и 3,6 Fr, където отбелязват, че в 48% от пациентите не е било необходима дилатация на уретера поради употребата на устройство с по-малък диаметър. През 2001 г. е произведен уретерореноскоп с двупосочно отклонение (270 °), който позволява достъп до цялата пиелокаликсна система на бъбрека. Издръжливостта им е увеличена, така че те да могат да се използват без нужда от поддръжка до 50 случая, но въпреки това е все още скъпа технология.

През 2006 г. е произведен първия флексибилен уретерореноскоп с цифрово образно изображение. По-късно Zilberman et al. публикуват своята серия с използването на по-нови цифрови уретероскопи с по-висока резолюция и качество на цветовете, които могат да показват анатомичните структури 5,3 пъти по-големи от стандартните уретероскопи. Другото подобрение е постигнато с добавянето на втори работен канал, който позволява увеличаване на мощността на иригацията. С подобренията в технологиите и визуализацията, ретроградната интрауретрална хирургия (RIRS) придоби значителна популярност при лечението на бъбречни камъни. Първоначално тя се използваше за лечение на малки (<2 cm) камъни. Индикациите ѝ като първо средство на избор се разширяват постоянно с нарастващия опит и иновациите, постигнати в лазерната технология. Камъни, по-големи от 2 cm, започват все по-често да се лекуват с RIRS като предпочитан метод както от лекарите така и от пациентите. През 1980-те години бяха разработени първите методи на перкутанна нефролитотомия, които позволяваха минимално вмесителство при отстраняване на камъни от бъбреците. Тези методи, като перкутанна нефролитотомия и нефролитотрипсия, бяха относително инвазивни и изискваха високо ниво на хирургическо майсторство. През 1990-те години бяха разработени по-ефективни и по-малко инвазивни методи, като перкутанна нефролитотрипсия с използване на литотриптери, ултразвукова нефролитотрипсия и лазерна нефролитотрипсия. Тези методи бяха по-точни и позволяваха да се минимизира увреждането на околните тъкани. През последното десетилетие минимално инвазивните хирургически методи, като ендоскопична нефролитотомия и перкутанна нефроскопия, стават все по-популярни. Тези методи позволяват да се отстранят камъни от бъбреците с минимални разрези и осигуряват бързо възстановяване след операцията. Така еволюцията на перкутанните методи за хирургическо лечение на камъни в бъбреците значително подобри прогнозата за пациентите с тази патология и намали риска от усложнения. За дълъг период от време отворената хирургия (Patel S., 2015) бе стандартният метод за отстраняване на камъни в бъбреците. "Наблюдението" бе основната препоръка за пациентите с безсимптомни големи и кораловидни камъни, които съставят от 3 до 30% от всички диагностицирани камъни. Въпреки това, прогнозата за пациентите с кораловидни камъни под наблюдение е общо взето неблагоприятна и може да доведе до бъбречна недостатъчност и, в някои случаи, до смърт на пациента (Koga S., 1991). Така, в едно изследване, след 8-годишно наблюдение, 67% от пациентите, отказали операция за камъни в бъбреците, са починали поради проблеми с бъбреците (Teichman J., 1995). Необходимостта от намиране на нови, по-ефек-

тивни и по-малко инвазивни хирургически методи стана основа за подобряването на перкутанната нефролитотомия и разширяването на показанията за нейното приложение.

ЦЕЛ: Нашата цел беше да представим сравнителен анализ и усложненията с флексибилната интрауретралната ретроградна хирургия (fRIRS) и мини Перкутанната нефро-литотрипсия (miniPCNL) при бъбречни конкременти с големина между 2 и 3 см.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

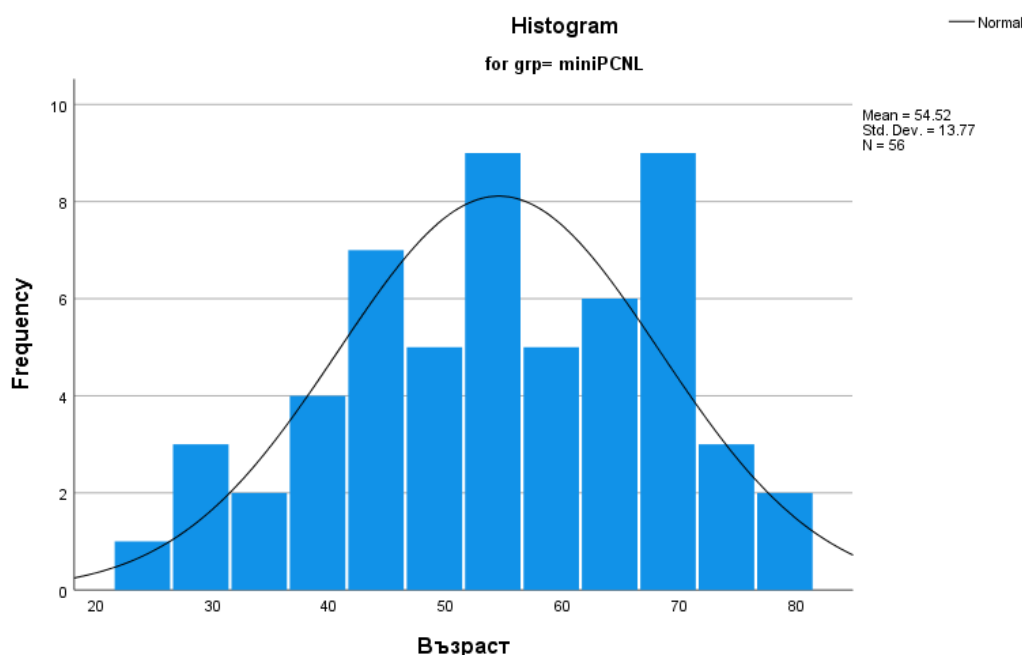
За периода от Март 2018 г. до Декември 2024 г. в Клиниката по урология на УМБАЛ Софиямед 109 пациенти бяха диагностицирани с конкременти в бъбреците между 2 и 3 см, които бяха селектирани и подложени на хирургическо лечение с fRIRS или miniPCNL. Пациентите бяха разделени на две групи, спрямо приложената терапия. За първата група използвахме оперативно лечение чрез ретроградна интрауретрална хирургия, а при втората група мини-перкутанна нефролитотомия. Всички пациенти бяха диагностицирани с бъбречни конкременти на базата на нискодозова компютърна томография или с контрастно усилване и понякога с последваща триизмерна реконструкция. На пациентите бяха описани щателна анамнеза, статус и подписано информирано съгласие за лечение. На тях беше разяснено подробно същността на патологичния процес и съвместно се преценяваха възможностите за оперативно лечение. Всички болни бяха оперирани с Лазерен литотриптор – Но: YAG -Revolix Duo.

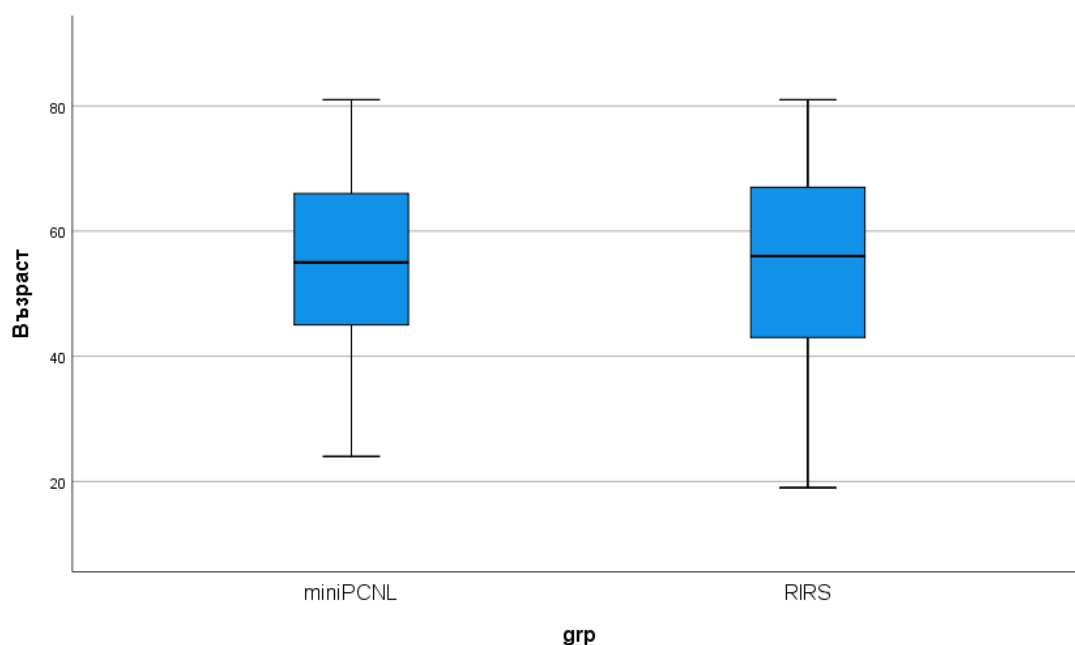
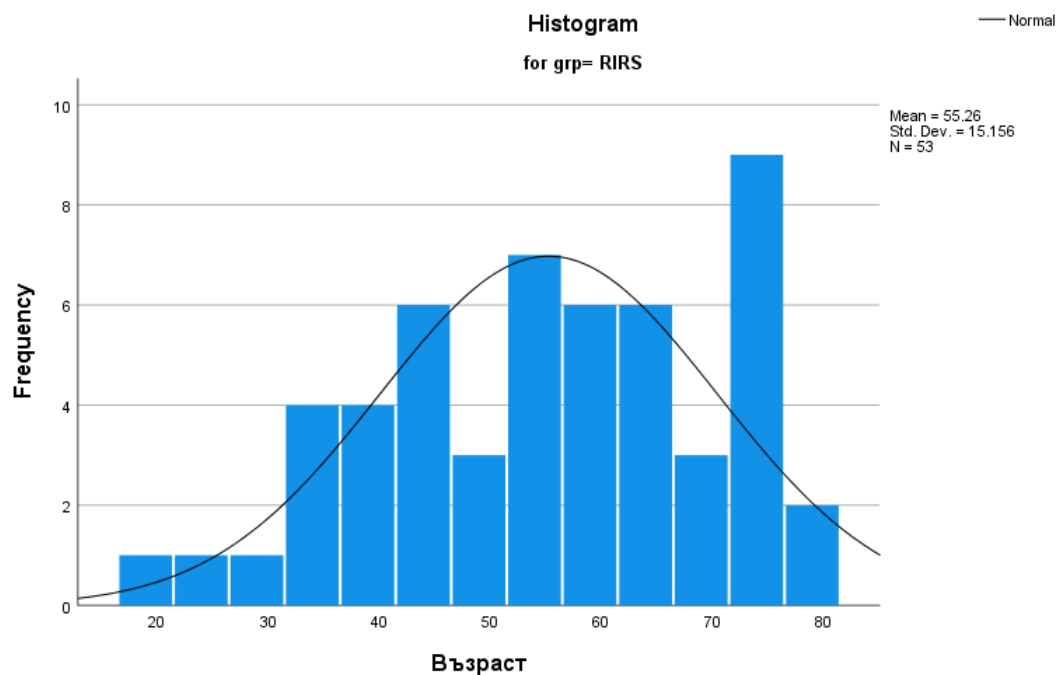
РЕЗУЛТАТИ

В зависимост от оперативния метод пациентите бяха групирани в две групи – 1) с ретроградна интрауретрална хирургия (RIRS) с лазерна фрагментация- 53 и 2) с минимално инвазивна перкутанна нефролитотомия (mini-PCNL) – 56.

grp	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
miniPCNL	56	100.0%	0	0.0%	56	100.0%
RIRS	53	100.0%	0	0.0%	53	100.0%

Брой пациенти, групирани според оперативния метод





Интраоперативни усложнения

Анализът е направен за всички пациенти като цяло и според вида на оперативната интервенция. Наблюдавани са следните интраоперативни усложнения: перфорация на уретер, перфорация на съседен орган, травма на бъбречен паренхим и интраоперативно кървене. Резултатите са обобщени на Таблица.

Интраоперативни усложнения	Mini-PCNL	RIRS
Кървене (хематом)	3	0
Уретерална перфорация (урином)	0	4
Руптура на форникса	7	0
Перфорация на съседни органи	2	0

Интраоперативни усложнения по групи

Постоперативен параренален хематом е наблюдаван при 3(2,7%) пациенти.

Уретерална перфорация само в групата на RIRS – 4(3,7%) пациента.

Травма на бъбречен паренхим е наблюдавана при 7(6,4%) единствено при групата на mini PCNL.

Перфорация на съседни органи само 2(1,8%) случая в групата на mini-PCNL.

Постоперативни усложнения

Степен на постоперативни усложнения по модифицираната класификация на Clavien-Dindo.

По скалата Clavien-Dindo, при пациента не се наблюдават усложнения (77.3%); при 17 (15,6%) съществуват усложнения от I-ва степен; при 1 (1,9%) усложнения от II-ра степен и при 4 пациента (3,7%) усложнението е от III-та степен.

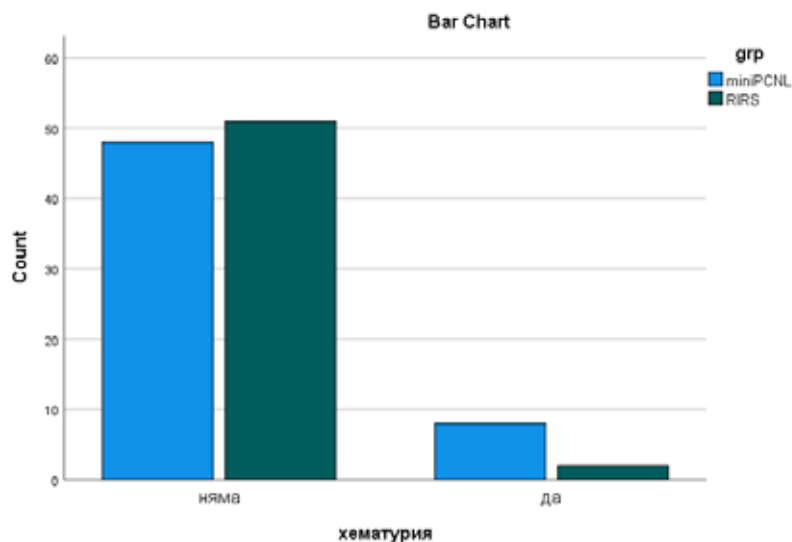
Интраоперативни усложнения описани по модифицирана Clavien-Dindo скала	Брой	Процент
Grade 1: фебрилитет	17	15,6
Grade 2: кръвопреливане	5	4,6
Grade 3a: урином (поставяне на JJ стент)	4	3,7
Grade 3b: необходимост от интервенция под обща анестезия	не	0
Grade 4a: органна увреда или дисфункция	не	0
Grade 4b: комбинирана органна увреда или дисфункция	не	0
Grade 5: смърт	не	0

Интраоперативни усложнения по модифицирана Clavien-Dindo скала

Макроскопска хематурия е отчетена при пациенти 10(9,2%) като от тях 8 са в групата с miniPCNL(14,3%) срещу 2(3,8%).

			miniPCNL	RIRS	Total
хематурия	няма	Count	48	51	99
		% within хематурия	48.5%	51.5%	100.0%
		% within grp	85.7%	96.2%	90.8%
	да	Count	8	2	10
		% within хематурия	80.0%	20.0%	100.0%
		% within grp	14.3%	3.8%	9.2%
Total		Count	56	53	109
		% within хематурия	51.4%	48.6%	100.0%
		% within grp	100.0%	100.0%	100.0%

Постоперативна хематурия по групи

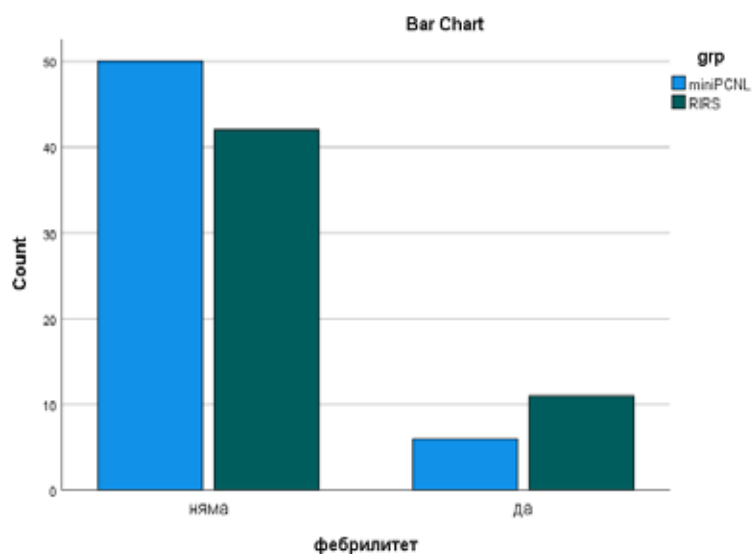


Номограма - постоперативна хематурия

Фебрилитет е наблюдаван при пациента 17 (15,6%) - от групата на miniPCNL 6 пациента (35,3%) и 11 (64,7%) пациента от RIRS гр.

			miniPCNL	RIRS	Total
фебрилитет	няма	Count	50	42	92
		% within фебрилитет	54.3%	45.7%	100.0%
		% within grp	89.3%	79.2%	84.4%
	да	Count	6	11	17
		% within фебрилитет	35.3%	64.7%	100.0%
		% within grp	10.7%	20.8%	15.6%
Total		Count	56	53	109
		% within фебрилитет	51.4%	48.6%	100.0%
		% within grp	100.0%	100.0%	100.0%

Постоперативен фебрилитет по групи



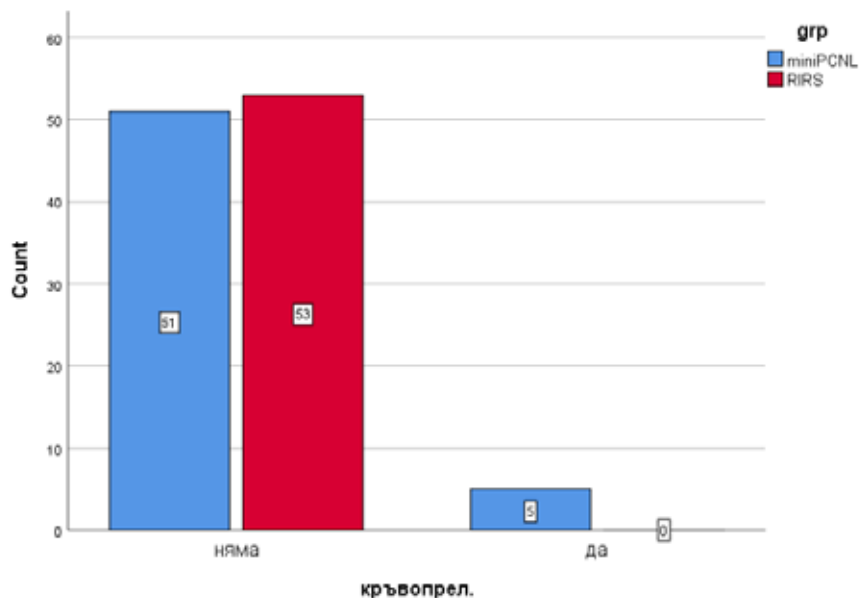
Номограма - постоперативен фебрилитет

Основание за малко по-високия постоперативен фебрилитет при ретроградната интравенална хирургия е при случаите с по-дълго оперативно време когато пиелокаликсната система е подложена на продължително на по високо иригационно налягане.

фебрилитет		брой	размер /mm/	Престой (дни)	Time /min/
няма	Mean	1.29	22.30	2.95	72.66
	N	92	92	92	92
	Std. Deviation	.504	2.237	.685	16.281
да	Mean	1.53	24.41	4.76	93.82
	N	17	17	17	17
	Std. Deviation	.717	3.203	1.522	20.580
Total	Mean	1.33	22.63	3.23	75.96
	N	109	109	109	109
	Std. Deviation	.545	2.515	1.086	18.590

Съотношение между постоперативната хематурия, оперативното време и болничния престой

В пет случая на mini-PCNL (2.9%) е имало сигнификантно кървене и се е налагало кръвопреливане на един сак кръв, без статистически значима разлика.

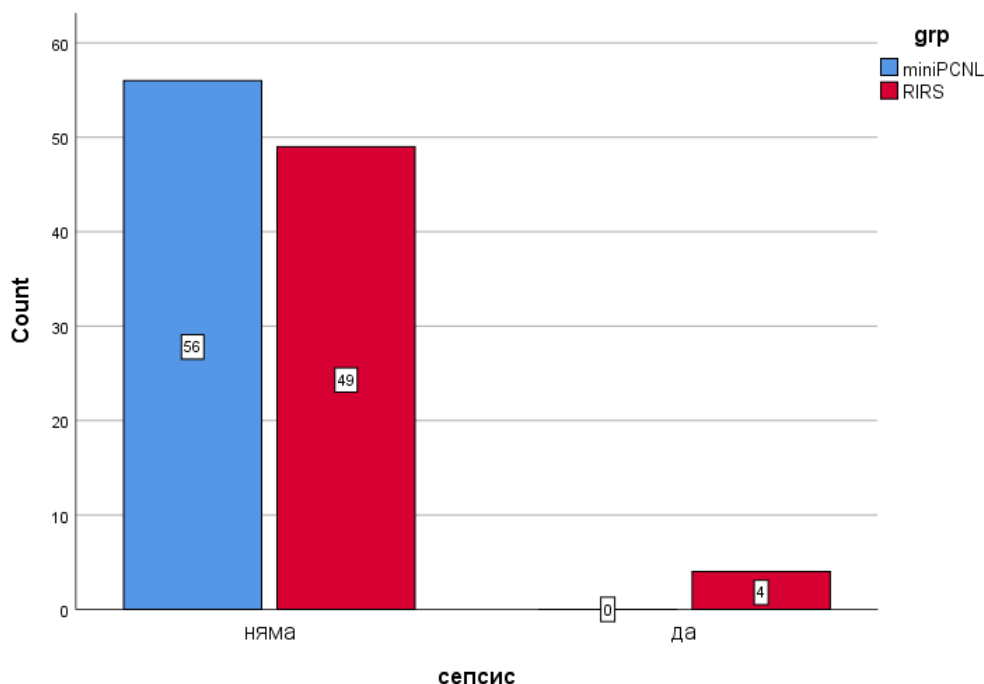


Номограма - Данни за кръвопреливане по групи

Сепсис бе наблюдаван единствено при 4 (7,5%) пациента в групата на RIRS, овладян успешно с антибиотици и реанимационни мероприятия.

			miniPCNL	RIRS	Total
сепсис	няма	Count	56	49	105
		% within сепсис	53.3%	46.7%	100.0%
		% within grp	100.0%	92.5%	96.3%
	да	Count	0	4	4
		% within сепсис	0.0%	100.0%	100.0%
		% within grp	0.0%	7.5%	3.7%
Total		Count	56	53	109
		% within сепсис	51.4%	48.6%	100.0%
		% within grp	100.0%	100.0%	100.0%

Постоперативен сепсис по групи



Номограма - данни за постоперативен сепсис по групи

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Bagley DH. Expanding role of ureteroscopy and laser lithotripsy for treatment of proximal ureteral and intrarenal calculi. *Curr Opin Urol* 2002;12:277-280.
2. Zengin K, Tanik S, Karakoyunlu N, Sener NC, Albayrak S, Tuygun C, Bakirtas H, Imamoglu MA, Gurdal M. Retrograde Intrarenal Surgery versus Percutaneous Lithotripsy to Treat Renal Stones 2-3 cm in diameter. *Biomed Res Int* 2015;2015:914231.
3. Lim SH, Jeong BC, Seo SI, Jeon SS, Han DH. Treatment outcomes of retrograde intrarenal surgery for renal stones and predictive factors of stone-free. *Korean J Urol* 2010;51:777-782.
4. Türk C, Knoll T, Petrik A, Sarica K, Skolarikos A, Straub M, Seitz C, Dabestani S, Drake T, Grivas N, Ruhayel Y, Tepeler AK. Guidelines EAU Guidelines on Urolithiasis© European Association of Urology 2016, Urolithiasis - Limited Update March 2016 Uroweb: <http://uroweb.org/guideline/urolithiasis/>.
5. Auge BK, Dahm P, Wu NZ, Preminger GM. Ureteroscopic management of lower-pole renal calculi: technique of calculus displacement. *J Endourol* 2001;15:835-838.
6. Stoller ML, Wolf JS Jr, St Lezin MA. Estimated blood loss and transfusion rates associated with percutaneous nephrolithotomy. *J Urol* 1994;152:1977-1981.
7. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* 2004;240:205-213.
8. Lee JW, Cho SY, Jeong CW, Yu J, Son H, Jeong H, Oh SJ, Kim HH, Lee SB. Comparison of surgical outcomes between laparoscopic pyelolithotomy and percutaneous nephrolithotomy in patients with multiple renal stones in various parts of the pelvocalyceal system. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2014;24:634-639.
9. Alkan E, Ozkanli O, Avci E, Turan M, Başar MM, Acar O, Balbay MD. Effectiveness of Flexible Ureterorenoscopy and Laser Lithotripsy for Multiple Unilateral Intrarenal Stones Smaller Than 2 cm. *Adv Urol* 2014;2014:314954.
10. Breda A, Ogunyemi O, Leppert JT, Schulam PG. Flexible ureteroscopy and laser lithotripsy for multiple unilateral intrarenal stones. *Eur Urol* 2009;55:1190-1196.
11. Shalaby MM, Abdalla MA, Aboul-Ella HA, El-Haggagy AM, Abd-Elsayed AA. Single puncture

percutaneous nephrolithomy for management of complex renal stones. *BMC Res Notes* 2009;2:62.

12. Singla M, Srivastava A, Kapoor R, Gupta N, Ansari MS, Dubey D, Kumar A. Aggressive approach to staghorn calculi-safety and efficacy of multiple tracts percutaneous nephrolithotomy. *Urology* 2008;71:1039-1042.

13. Takazawa R, Kitayama S, Tsujii T. Single-session ureteroscopy with holmium laser lithotripsy for multiple stones. *Int J Urol* 2012;19:1118-1121.

14. Michel MS, Trojan L, Rassweiler JJ. Complications in percutaneous nephrolithotomy. *Eur Urol* 2007;51:899-906.

15. Stav K, Cooper A, Zisman A, Leibovici D, Lindner A, Siegel YI. Retrograde intrarenal lithotripsy outcome after failure of shock wave lithotripsy. *J Urol* 2003;170:2198-2201.

16. Fabrizio MD, Behari A, Bagley DH. Ureteroscopic management of intrarenal calculi. *J Urol* 1998;159:1139-1143.

17. Bryniarski P, Paradysz A, Zyczkowski M, Kupilas A, Nowakowski K, Bogacki R. A randomized controlled study to analyze the safety and efficacy of percutaneous nephrolithotripsy and retrograde intrarenal surgery in the management of renal stones more than 2 cm in diameter. *J Endourol* 2012;26:52-57.

18. Treatment of Kidney Stones 2-3 cm", *Ind. Journal of Urology*, , 2019; p.23-36

19. Lee S.Y., Kim J.H., Park S.H.; "Age-related Trends in Treatment of Large Renal Stones" *End. Urol Jour. And Nephrol.*;2020; p 35-38

20. Johnson M., Patel S., Kumar R.; Age and Treatment Choice in Kidney Stone Management", *American Journal of Kidney Diseases Volume 82, Issue 5, November 2023, Pages 617-634*

21. Lee et al., 2019 — "Preoperative JJ stent placement facilitates renal stone removal in patients with large stones"; *BJU Int.* 2019 Apr;117(4):648-54. doi: 10.1111/bju.13250. Epub 2018 Sep 6.

22. Xie et al., 2021 — "Impact of preoperative ureteral stenting on outcomes of flexible ureterorenoscopy for large renal stones"; *Urol Int* 2022;106(7):679-687. doi: 10.1159/000518160. Epub 2021 Aug 25.

23. Shah et al., 2020 — "Comparison of outcomes in patients with large renal stones undergoing mini-PCNL with and without preoperative ureteral stenting" *TOATJ-183-197-13825, Pages 230-241*

24. Erkoc, Mehmet, Bozkurt, Osman et al. Comparison of Mini-Percutaneous Nephrolithotomy and Retrograde Intrarenal Surgery for Renal Pelvic Stones of 2–3 cm: A Prospective Randomized Study *Journal: Journal of Clinical Medicine Year: 2022 DOI / URL: <https://www.mdpi.com/2077-0383/11/17/5157>*

25. Liu, Yang, et al. Minimally Invasive Percutaneous Nephrolithotomy versus Retrograde Intrarenal Surgery for Upper Urinary Stones: A Systematic Review and Meta-Analysis *Journal: Urologia Internationalis Year: 2016 DOI / PMID: PMID: 27472274*

26. Pan, Yinghao et al. Mini-PCNL vs Standard PCNL: A Meta-analysis of Published Results *Journal: World Journal of Urology Year: 2018 DOI / PMID: PMID: 30008124*

Адрес за кореспонденция:

Проф. Д-р Пенчо Генов, д.м.
Клиника по Урология
УМБАЛ СОФИЯМЕД
ул. „Г.М. Димитров“ № 16
София 1000

Corresponding Author:

Prof. Pencho Genov, MD, Ph. D
Clinic of Urology
UMHAT SOFIAMED
16 G.M. Dimtrov str.
Sofia 1000

ВЛИЯНИЕ НА КУЛТУРНО ОБОГАТЕНАТА БОЛНИЧНА СРЕДА ВЪРХУ ПСИХОЛОГИЧНОТО БЛАГОПОЛУЧИЕ НА ПАЦИЕНТИ, МЕДИЦИНСКИ ПЕРСОНАЛ И ПОСЕТИТЕЛИ

Д. Дунева, Д. Антонова¹

ВТУ „Св. Св. Кирил и Методий“ – гр. Велико Търново
МБАЛ „Св. Иван Рилски Горна Оряховица“ ЕООД¹

IMPACT OF A CULTURALLY ENRICHED HOSPITAL ENVIRONMENT ON THE PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF PATIENTS, MEDICAL STAFF AND VISITORS

D. Duneva, D. Antonova¹

VTU „St. St. Cyril and Methodius“ – Veliko Tarnovo
„St. Ivan Rilsky Hospital, Cornea Oryahovitsa“ EOOD¹

РЕЗЮМЕ

Настоящото изследване изследва връзката между културно обогатената болнична среда и психологичното благополучие на пациенти, медицински персонал и посетители. Проучването е проведено в две болнични отделения с различия по наличие на визуални, естетически и музикални елементи и има сравнителен, наблюдателен дизайн. Психологичното благополучие, емоционалното състояние и възприятието за средата са оценени чрез валидирани и индикаторни инструменти, съобразени с болничния контекст. Резултатите показват по-благоприятно преживяване на средата при пациентите и посетителите в културно обогатеното отделение, както и по-голяма чувствителност на ситуативни показатели, свързани с работния климат при медицинския персонал, без съществени различия по показателя за професионално прегаряне. Получените данни следва да се интерпретират с оглед на пилотния характер на изследването и очертават възможности за бъдещи по-машабни проучвания.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: културно обогатена болнична среда; психологично благополучие; пациент; медицински персонал; посетители; психология на здравето.

ВЪВЕДЕНИЕ

Човешкото здраве и боледуване се преживяват не само на телесно, но и на психологично и социално ниво. В рамките на био-психо-социалния модел средата, в която човек живее и се лекува, се разглежда като значим контекст, който влияе върху начина, по който той осмисля случващото се, регулира емоциите си и се адаптира към предизвикателствата на заболяването. „Средата, в която живеем може или да подпомага, или да потиска нивото ни на ангажиране в свързано със здравето

ABSTRACT

The present study examines the association between a culturally enriched hospital environment and the psychological well-being of patients, medical staff, and visitors. The study was conducted in two hospital wards differing in the presence of visual, aesthetic, and musical elements and employed a comparative, observational design. Psychological well-being, emotional state, and perceptions of the environment were assessed using validated and indicator-based instruments appropriate for the hospital context. The results indicate a more favorable perception of the environment among patients and visitors in the culturally enriched ward, as well as greater sensitivity of situational indicators related to the perceived work climate among medical staff, without significant differences in professional burnout. The findings should be interpreted in light of the pilot nature of the study and point to opportunities for future, larger-scale research.

KEY WORDS: culturally enriched hospital environment; psychological well-being; patient; medical staff; visitors; health psychology.

поведение“ (Морисън& Бенет, 2013:229). В този смисъл пространството не е пасивен фон, а част от преживяването на здравето и болестта. Хоспитализацията представлява ситуация на повишена уязвимост, при която обичайните житейски опори са временно нарушени. Пациентът се оказва в среда, която е силно структурирана, непозната и често емоционално натоварваща. Това поставя допълнителни изисквания към психологичната адаптация и може да повлияе както на емоционалното състояние, така и на отношението към лечението и взаимодействието с медицинския персонал. От гледна точка на психологията на здравето все по-голямо внимание се отделя на характеристиките на болничната среда и тяхната връзка с психологичното благополучие. Наличието на визуални и културни елементи, както и по-щадяща сензорна среда, се разглежда като възможен ресурс за намаляване на възприетия стрес, за подпомагане на емоционалната регулация и за по-успешна адаптация по време на болничния престой. Тези фактори имат значение не само за пациентите, но и за медицинския персонал и посетителите, които са част от болничната екосистема и участват в ежедневните взаимодействия на лечебния процес. В болничните заведения човешкото съществуване често претърпява съществена промяна. Тази промяна има потенциал да бъде емоционално разрушителна, тъй като е съпътствана от обективни физиологични несгоди, социални притеснения и усещане за загуба на обичайните ориентири. Боледуването не засяга единствено тялото – то променя начина, по който човек възприема себе си, средата и собствената си уязвимост. В този контекст неизбежно възниква въпросът доколко болният изобщо е в състояние да запази обективност в преценките си. От психологическа гледна точка това се отнася до способността му да преживее хоспитализацията по рационален начин и да се справи с екзистенциалното осъзнаване за собствената тленност. Основният проблем е съхраняването на т.нар. когнитивна мярка – способността реалността да бъде възприемана без изкривяване, въпреки че самата среда често се преживява като чужда, заплашителна или дори деформирана. Болничната среда нерядко предизвиква полярни реакции, които могат да бъдат разграничени в няколко относително ясно очертани фази. Първата е фазата на постъпването в болница, когато пациентът е принуден, поради заболяването, рязко да прекъсне досегашния си начин на живот. Ежедневието, рутината и автономността са временно отнети. Контактът с обичайния ритъм се свежда почти изцяло до посещенията на близките. Следва фазата на същинския болничен престой, често съпроводена от шока на диагнозата и от необходимостта човек да се ориентира в нова реалност. Срещата с други пациенти, техните разкази и взаимоотношения оказва дълбоко въздействие – тя може да поражда благодарност и съпричастност, но също така и силно възмущение, тревожност или страх. Тези впечатления не остават неутрални, а се вписват в емоционалния живот на пациента и го променят. Естественният страх от болка, срамът от беззащитността и телесната оголеност, чувството за пълно безсилие пред липсата на контрол върху физиологичните реакции, както и необходимостта да се делегира пълно доверие на лекаря, създават силно психично напрежение. Това напрежение може да намери израз в различни когнитивни, емоционални и поведенчески защитни реакции. Постепенно онова, което преди е вълнувало, огорчавало или мотивирало пациента, може да загуби своята ценностна тежест. Преживяванията по време на болничния престой го принуждават да се приспособи към заобикалящата го среда. Когато тя се възприема като силно враждебна, адаптацията нерядко прераства в апатия – случващото се достига до съзнанието притъпено, емоционалният живот се свива до минимум, а вниманието остава насочено почти изцяло към въпросите на физическото съхранение. Подобна редукция на преживяването не бива да бъде подценявана. Обезценяването на всичко извън непосредственото телесно оцеляване оказва пряко влияние върху справянето с болестта и върху смисъла, който пациентът придава на процеса на възстановяване. Именно в този смисъл характеристиките на болничната среда придобиват особена психологична значимост. Толкова много е изписано за лекарската професия, че понякога самото натрупване на думи започва да заличава същинския въпрос. Къде се разполага тя в пространството на личностното разбиране – като средство за препитание, като кариера или като призвание? Обществото традиционно поставя към лекаря изключително високи изисквания, като същевременно остава сурово санкциониращо всяка грешка, колебание или човешка слабост. В този контекст лекарският труд се оказва не просто професионална дейност, а постоянно напрегнато поле между очаквания, отговорност и лична цена. В „Лекарят и душата“ Виктор Франкъл формулира една от най-точните екзистенциални перспективи върху лекарската професия, когато подчертава, че „лекарското изку-

ство не се състои единствено в постъпването според някакви предписания“. Според него самата професия предоставя рамката, но именно личното, човешкото присъствие на лекаря придава смисъл на тази работа и прави извършващия я незаменим (Франкъл, 2011:130). Тази позиция изважда лекаря от ролята на механичен изпълнител на медицински протоколи и го поставя в центъра на междуличностно и екзистенциално взаимодействие. За да е възможна подобен тип професионална реализация, не са достатъчни единствено личностните диспозиции и моралните нагласи. Необходим е и контекст, който да не разрушава, а да поддържа човешкото измерение на лекарския труд. Сред социалнопсихологическите фактори, които имат ключово значение, работната среда и условията на труд заемат особено място, тъй като именно те ежедневно оформят преживяването на професионалната роля. Емпирични данни потвърждават тази зависимост. В идиографично изследване сред здравни професионалисти с различен профил – неврологичен консултант, офталмологичен асистент, педиатър, психиатър и хирургична медицинска сестра – като най-стресиращи са посочени не толкова клиничните решения, колкото фактори на трудовата среда: монотонни задачи, необходимост от поддържане на постоянна чистота, силен времеви натиск, претоварване, постоянно пълни чакални, ниско заплащане и неблагоприятни условия на работа (Kirkcaldy et al., 2000). Тези данни ясно показват, че средата, в която лекарят упражнява професията си, може да се превърне във фактор, който постепенно ерозира именно онова „повече от чисто лекарското“, за което говори Франкъл. Въпреки нарастващия интерес към ролята на средата в клиничните условия, емпиричните изследвания, които систематично разглеждат влиянието на културно обогатената болнична среда върху различни групи участници, остават ограничени, особено в българския контекст. Настоящото изследване има за цел да допринесе към тази област, като изследва влиянието на културно обогатената болнична среда върху психологичното благополучие на пациенти, медицински персонал и посетители. В международен план ролята на болничната среда отдавна надхвърля разбирането за архитектурен или функционален фон на лечението. Още класическите изследвания на Roger Ulrich показват, че визуалните характеристики на средата – включително достъпът до естетически и „подкрепящи“ стимули – са свързани с по-ниски нива на стрес и по-добра адаптация по време на хоспитализация. В рамките на т.нар. evidence-based design болничното пространство се разглежда като фактор, който може да редуцира психологичното напрежение и да подпомогне преживяването на контрол и сигурност, както при пациентите, така и при медицинския персонал. Този подход ясно поставя болничната среда в полето на психологията на здравето и я разбира като активен участник в лечебния процес, а не като второстепенно допълнение. В българския научен контекст сходна логика се открива в изследванията, които разглеждат културните и артистични интервенции в клинична среда като фактор, повлияващ емоционалното състояние и адаптацията. Най-последователно документирана в това отношение е работата на екипа Иванова–Панайотова–Миланова, който чрез международно индексирани изследвания показва ефекта на музикотерапията като културна интервенция върху психологичното благополучие и симптоматиката в различни клинични групи, включително при депресия и шизофрения. Макар фокусът да е върху специфична терапевтична модалност, тези резултати концептуално съвпадат с по-широкото разбиране за средата като активен фактор в лечебния процес – разбиране, застъпено и в подхода на evidence-based design. В този смисъл българските данни не стоят изолирано, а се вписват в международната линия, която разглежда болничната среда не като второстепенно допълнение, а като контекст с реален потенциал да моделира преживяването на боледуването и възстановяването.

МЕТОДОЛОГИЯ: ДИЗАЙН НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Настоящото изследване е проведено като сравнително, наблюдателно проучване в условията на реална болнична практика. Сравняват се две болнични отделения, сходни по профил и организация на работа, които се различават по характеристиките на средата. В едното отделение е налице културно обогатена среда, включваща визуални естетически елементи (картини, поетични текстове) и релаксиращ музикален фон, докато в другото отделение подобни елементи отсъстват. Дизайнът цели да изследва връзката между характеристиките на болничната среда и показатели на психологичното благополучие при различни групи участници. Културното обогатяване на средата е ре-

ализирано в рамките на проект „Изкуството в болниците, създаден и координиран от организация Art for Heart, одобрен и финансиран от Национален фонд „Култура“ и Европейския съюз, с цел въвеждане на арт терапия и художествени форми в болнична среда. В рамките на този проект в отделението е представена художествената експозиция „От картина в стих“, създадена от ученици от Училище по изкуства и чужди езици „Артис“. Експозицията включва 25 художествени творби и е била разположена в болничното отделение в периода от 12.01 до 30.01. Наличието на експозицията и съпътстващите културни елементи формират контекста на културно обогатената болнична среда, която е предмет на настоящия сравнителен анализ.

УЧАСТНИЦИ

В изследването са включени три групи участници: пациенти, медицински персонал и посетители. Пациентската група включва хоспитализирани лица, пребиваващи в съответните отделения за период, достатъчен за формиране на преживяване на болничната среда. Медицинският персонал включва лекари и медицински специалисти, които осъществяват ежедневна работа в отделенията. Групата на посетителите обхваща близки на пациентите, които осъществяват посещения по време на болничния престой. Участието е доброволно и анонимно, като на всички участници е предоставена кратка инструкция за попълване на инструментите.

ИЗПОЛЗВАНИ ИНСТРУМЕНТИ И ПОКАЗАТЕЛИ

За оценка на психологичното благополучие при пациентите е използван WHO-5 Well-Being Index – кратък, валидиран инструмент, широко прилаган в клиничната и здравната психология за измерване на субективното благополучие и позитивния афект. Психологичното натоварване и преживяването на работната среда при медицинския персонал са оценени чрез Mini-Z single-item burnout measure, допълнен с единичен индикатор за възприемания работен климат и напрежение. Възприятията на посетителите са изследвани чрез единични индикатори, насочени към оценка на възприеманата подкрепяща атмосфера и общата удовлетвореност от болничната среда. Използването на кратки и индикаторни инструменти е съобразено с особеностите на болничния контекст и необходимостта от минимално натоварване на участниците.

ОПЕРАЦИОНАЛИЗАЦИЯ НА ПСИХОЛОГИЧНИТЕ ПОНЯТИЯ

С оглед коректната интерпретация на използваните показатели е необходимо уточнение относно начина, по който в изследването се използват ключовите психологични понятия. В настоящото изследване термините „психологично благополучие“, „емоционално състояние“ и „адаптация към болничната среда“ следва да се разбират в операционален, а не диагностичен смисъл. Те обозначават субективно преживявани психологични състояния, измерени чрез валидирани въпросници и индикаторни показатели, с цел сравнителен анализ между групи. Получените резултати не представляват клинична оценка и не служат за поставяне на диагнози или за вземане на терапевтични решения.

ПРОЦЕДУРА

Събирането на данните е осъществено в естествената среда на болничните отделения. Участниците са информирани за целта на изследването и за доброволния характер на участието. Въпросниците са попълвани индивидуално, без присъствието на медицински персонал или изследователя, с цел ограничаване на социално желаните отговори. Процедурата е съобразена с етичните изисквания за психологически изследвания в клинична среда.

АНАЛИЗ НА ДАННИТЕ

Данните са обработени чрез сравнителен анализ между двете отделения, с цел установяване на различия в показателите на психологичното благополучие при пациентите, медицинския персонал

и посетителите. Анализът е насочен към идентифициране на тенденции и групови различия. Авторите декларират липса на конфликт на интереси. Организацията и реализацията на културния проект са независими от изследователския процес, като настоящото изследване има за цел единствено аналитичното и сравнително изследване на въздействието на средата.

1. Описание на извадката

Изследването е проведено в Общинска многопрофилна болница „Св. Иван Рилски“ гр. Горна Оряховица. Участват медицински персонал (лекари и медицински сестри), пациенти и посетители на пациентите от две отделения – едното с културно обогатяване, другото без. Извадката е напълно балансирана от гледна точка на възможностите да се сравнят отделните оценявани конструкти (усещане за благополучие в пациентите, възприемането на подкрепяща среда у посетителите, удовлетвореност от свиждането, професионално напрежение в медицинските специалисти) спрямо отделението.

	Респонденти	Брой (n)
Отделение с културно обогатяване	Лекари	7
	Мед. Сестри	19
	Пациенти	50
	Посетители	50
Отделение без културно обогатяване	Лекари	7
	Мед. Сестри	19
	Пациенти	49
	Посетители	49
Общо	Лекари	14
	Мед. Сестри	38
	Пациенти	99
	Посетители	99

2. Оценка на преживяванията на медицинските специалисти.

Изследваните медицински специалисти (лекар и медицински сестри) от двете отделения са оценени с икономичен скринингов инструмент, при който се очаква да посочат как се чувстват през последните няколко дни на работа. Имат възможност да избират от 5-степенна Ликъртова скала, която оценява преживяванията в диапазона от наслаждение от работата (1) до пълно изтощение (5). Резултатите индикират дали се наблюдават признаци за прегаряне. Получените данни при медицинските специалисти, които работят в отделение с културно обогатяване показват леко повишено наличие на признаци на прегаряне – при лекарите средната стойност по въпросника е 3,4, докато при сестрите е 3,2 при критичен праг от 2 точки. Резултатите при медицинските специалисти, които работят в отделение без културно обогатяване могат да се приемат за относително сходни, макар и по-ниски – респективно средна стойност от 3 т. при лекари и 2,8 т. при сестрите (табл.2).

	С културно обогатяване		Без културно обогатяване	
Изследвани лица	Лекари	Мед. сестри	Лекари	Мед. сестри
Средна стойност бърнаут	3,4	3,2	3	2.8
SD	0,9	1,1	0,9	0.9
Критичен праг	2	2	2	2

И четирите изследвани групи – лекар и медицински сестри от две различни отделения показват резултати, които разкриват признаци за професионално прегаряне, като при интерпретацията на конкретни резултати може би трябва да се съобрази и спецификата на конкретното отделение. Друга

потенциална линия за интерпретация на резултатите е свързана с комплексността и устойчивостта на конструкт като професионалното прегаряне при медицински специалисти, който трудно би се повлиял за кратко време от промяна на средата. Възможно е дори да се помисли дали рязката промяна в средата дори и с леки промени не повишава краткотрайно напрежението в работещите в отделението. Вторият изследван конструкт при медицинските специалисти е възприемането напрежение в отделението (колко напрегната е атмосферата през последните няколко дни). Изследваните лица имат възможност да избират между 10 степенна скала от 0 (изобщо не е напрегната) до 10 изключително напрегната. Получените резултати (таблица 3) от специалистите работещи в отделението с културно обогатяване разкрива средна стойност при лекарите 7,1, а при медицинските сестри – 6,5. При работещите в отделението без културно обогатяване резултатите са относително сходни при лекарите – 7,1 т., докато при сестрите са малко по-ниски – 5,5. Резултатите могат да бъдат разглеждани отново при критичен праг от 5 т. като индикативен аз усещане за напрежение в отделението, което е по-често от наблюдаваното.

	С културно обогатяване		Без културно обогатяване	
Изследвани лица	Лекари	Мед. сестри	Лекари	Мед. сестри
Възприемано напрежение	7,1	6,5	7,1	5,5
SD	2,8	2,7	2	3,2
Критичен праг	5	5	5	5

Получените данни, до известна степен, припокриват отчетеното при данните свързани с професионалното прегаряне. Важно е да се отчете обаче, че дори и да не може да бъде емпирично доказано, поради психометричните ограничения на инструментите и извадките, може да бъде направено обосновано предположение за взаимовръзката между двата конструкта – „емоционално прегаряне“ и „напрегната работна атмосфера“, като въпросът за каузалността следва да бъде допълнително изследвана.

3. Оценка на преживяванията на пациентите

Пациентите в двете отделения – с културно обогатяване и без културно обогатяване- са изследвани с кратък въпросник за оценка на субективното благополучие и позитивният афект от престоя в отделението. Чрез пет степенна Литъртова скала (от „никога“ до „през цялото време“) се оценяват преживявания като „чувствах се спокоен“, „чувствах се активен“, „събуждах се отпочинал“, изпълнено с активности ежедневно и чувство за добро настроение. Получените резултати могат да индикират понижено или повишено благополучие (критичен праг от 65 ст.т.). Получените резултати (табл.4) разкриват за общо добро ниво на субективно благополучие при средна стойност 81,9 ст.т. Пациентите, когато са били настанени и лекувани в отделение без културно обогатяване също споделят за ниво на субективно благополучие, което е по-високо от критичната стойност, 74 ст.т., но е по-ниско в сравнение с пациентите от отделението с обогатяване.

	С културно обогатяване	Без културно обогатяване
Изследвани лица	Пациенти (n=50)	Пациенти (n=49)
Благополучие	81,9	74
SD	7,7	12,4
Критичен праг	65	65

Анализът на резултатите по отделните айтеми също дава информация относно преживяванията на пациентите по време на престоя им в отделението (табл. 5).

	С културно обогатяване	Без културно обогатяване
Изследвани лица	Пациенти (n=50)	Пациенти (n=49)
<i>Чувство за спокойствие</i>	3,5	3,3
SD	0,6	0,5
<i>Активност и жизненост</i>	3,5	2,9
SD	0,9	0,5
<i>Отпочиналост</i>	2,9	2,8
SD	0,4	0,8
<i>Активно ежедневие</i>	3,3	2,9
SD	0,5	0,6
<i>Добро настроение</i>	3,2	3
SD	0,4	0,5

Въпреки, че не се отчитат значими разлики между отделните групи все пак прави впечатление, че пациентите, които са настанени в отделения с културно обогатяване показват малко по-високи средни резултати в сравнение с тези, които са пациенти на отделение без културно обогатяване. Най-големите разлики се наблюдават по айтема, който оценява преживяването за активност и жизненост, което дава основание да се хипотезира, че наличието на средово културно обогатяване повлиява усещането за активност и жизненост у пациентите.

4. Оценка на преживяванията на посетителите

Посетителите на двете отделения, които са били на свиждане на хоспитализираните пациенти, са изследвани с два кратки въпроса свързани с (1) възприемането на средата в отделението като подкрепяща и (2) цялостна удовлетвореност от посещението в отделението. За всеки от двата въпроса посетителите са помолени да оценяват преживяваният си в скала от 0 (изобщо не; напълно неудовлетворен) до 10 (изключително; напълно удовлетворен). По-високите резултати показват респективно по-силно възприемане за подкрепяща и успокояваща среда и по-висока обща удовлетвореност. Условно може да се приеме, че критичната точка е 5 т. Резултатите (табл. 6) разкриват, че и в двете отделения посетителите споделят за относително положително преживяване за подкрепяща среда, както и цялостна висока удовлетвореност от посещението. Докато удовлетвореността от посещението може да бъде обвързана по-скоро със състоянието на хоспитализирания пациент и очаквано там резултатите са по-сходни, то при културно обогатеното отделение е значимо по-високо усещането за подкрепяща среда.

	С културно обогатяване	Без културно обогатяване
Изследвани лица	Посетители (n=50)	Посетители (n=49)
<i>Подкрепяща среда</i>	9,5	8,1
SD	0,8	1,3
Критичен праг	5	5
<i>Удовлетвореност от посещението</i>	8,3	8,1
SD	1,2	1,5
Критичен праг	5	5

ДИСКУСИЯ

Резултатите очертават последователни различия между отделенията, които подкрепят разбирането за болничната среда като психологически контекст със значение за преживяването на хоспи-

тализацията. Следователно предвид особеностите и ограничения на изследването, че хипотезата е смислово оправдана. Изследваните преживявания свързани с психично благополучие, възприятие за среда и емоционално преживяване са флуидни, контекстуални конструкти, които изискват предпазливост в допусканията и могат да бъдат разглеждани в контекста на психологическата интерпретативна традиция.

Пациенти: Наблюдаваните различия при пациентите са в съзвучие с идеята, че културно обогатената среда може да подпомогне емоционалното състояние и адаптацията по време на болничния престой, без да се разглежда като терапевтична интервенция. В психологичен план това може да се разглежда като отражение на процесите на адаптация към средата, при които наличието на естетически и културни стимули улеснява ориентацията, намалява възприеманата заплашителност на болничното пространство и подпомага емоционалната регулация в условията на хоспитализация.

Медицински персонал: При медицинския персонал не се установяват съществени различия по показателя за професионално прегаряне, което отново насочва към устойчивия и натрупващ се характер на това състояние. За разлика от него, показателите, свързани с възприемания работен климат и ситуативното напрежение, се оказват по-чувствителни към характеристиките на средата и отразяват по-лесно краткотрайни контекстуални различия. Културно обогатената среда сама по себе си не променя структурните изисквания на труда, но може да влияе върху начина, по който натоварването се преживява в хода на ежедневната работа. В този смисъл е възможно промени в емоционалния и комуникационния фон да предшества по-отчетливи изменения в устойчиви самооценъчни показатели, особено когато периодът на наблюдение е кратък.

Посетители: По-ясно изразените различия при посетителите предполагат, че възприятието за подкрепяща и „човешка“ среда се формира бързо и е чувствително към културните характеристики на пространството. В психологичен план това може да се свърже с ролята на средата за овладяване на ситуативната тревожност при посетителите и придружаващите пациенти, за които болничното пространство често е натоварено с несигурност и очакване. По-спокойната и естетически подкрепяща среда вероятно улеснява емоционалната регулация и създава условия за по-балансирано присъствие на близките, което индиректно се отразява и върху преживяването на пациента.

Ограничения на изследването: Настоящото изследване има пилотен характер и следва да се интерпретира с оглед на краткия времеви период, ограничената извадка и сравнителния дизайн в рамките на едно лечебно заведение.

Перспективи за бъдещи изследвания: Бъдещи изследвания биха могли да разширят тези наблюдения чрез по-големи извадки, сравнение между различни болнични заведения и по-продължително проследяване във времето.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящото изследване очертава болничната среда не като неутрален фон на лечението, а като значим психологичен контекст, в който се разгръщат преживяванията на пациенти, медицински персонал и посетители. Културно обогатеното пространство не може да бъде разглеждано като терапия, нито като универсално решение на натрупаните трудности, но се проявява като фактор, който прави болничния престой по-поносим, „по-човешки“ и по-смислено преживян. Различията, установени между отделенията, насочват към разбирането, че средата може да подпомага адаптацията, да смекчава емоционалното напрежение и да влияе върху качеството на взаимодействията. Културно обогатена среда, включваща визуални, естетически и музикални елементи не отменя болестта, не намалява натоварването на лекаря и другия медицински персонал, не се справя със страха на близките, нито отменя правилата на системата, но може да повлияе начина по-който всичко това се преживява. Следователно значението на културните и естетическите елементи се разкрива не в обещанието за бърз ефект, а в способността им да създават условия за психологична сигурност и по-балансирано присъствие в една по начало уязвима ситуация. Резултатите следва да се интерпретират с оглед на пилотния характер на изследването и неговите ограничения, но те очертават ясна посока за

бъдещи, по-машабни проучвания, в които болничната среда да бъде изследвана като активен участник в преживяването на здравето, болестта и човешкото общуване.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Balint M. (1997). *The Doctor, His Patient and the Illness*. Sofia: Foundation “Neurosciences and Behavior”; National Center for Comprehensive Study of the Human Being. [in Bulgarian]
2. Frankl V. (2011). *The Doctor and the Soul*. Pleven: Lege Artis Publishing House. [in Bulgarian]
3. Ivanova E, Panayotova T, Milanova V. (2023). Positive therapeutic effects of music therapy in patients with depression and schizophrenia. *MEDINFO (journal)*, Issue 1. [in Bulgarian]
4. Morrison V, Bennett P. (2013). *An Introduction to Health Psychology*. Sofia: Iztok-Zapad Publishing House. [in Bulgarian]
5. Solms M, Turnbull O. (2023). *The Brain and the Inner World: An Introduction to the Neuroscience of Subjective Experience*. Varna: Steno Publishing House; “Clinical Psychology” Library series. [translated into Bulgarian]
6. Andrade CC, Devlin AS. (2015). Stress reduction in the hospital room: Applying Ulrich’s theory of supportive design. *Journal of Environmental Psychology*, 41, 125–134. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2014.12.001>
7. Bech P. (2004). Measuring the dimensions of psychological general well-being by the WHO-5. *Quality of Life Newsletter*, 32, 15–16.
8. Beukeboom CJ, Langeveld D, Tanja-Dijkstra K. (2012). Stress-reducing effects of real and artificial nature in a hospital waiting room. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18(4), 329–333. <https://doi.org/10.1089/acm.2011.0488>
9. Bowling A. (2005). Just one question: If one question works, why ask several? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(5), 342–345. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.021204>
10. Dolan ED, Mohr D, Lempa M, et al. (2015). Using a single item to measure burnout in primary care staff. *Journal of General Internal Medicine*, 30(5), 582–587. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3112-6>
11. Huisman E, Morales E, van Hoof J, Kort HSM. (2012). Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. *Building and Environment*, 58, 70–80. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2012.06.016>
12. Ivanova E, Panayotova T, Grechenliev I, Peshev B, Kolchakova P, Milanova V. (2022). A complex combination therapy for a complex disease—Neuroimaging evidence for the effect of music therapy in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 795344. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.795344>
13. Ivanova E, Panayotova T, Genev E, Milanova V. (2025). Application of combined drug and music therapy in patients with depression. *Pharmacia*, 72, 1–11. <https://doi.org/10.3897/pharmacia.72.e169478>
14. Linzer M, Poplau S, Babbott S, et al. (2016). Worklife and wellness in academic general internal medicine: Results from a national survey. *Journal of General Internal Medicine*, 31(9), 1004–1011. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3720-0>
15. Nanda U, Eisen S, Zadeh RS, Owen D. (2011). Effect of visual art on patient anxiety and agitation in a mental health facility and implications for the

business case. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(5), 386–393.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01682.x>

16. Nanda U, Chanaud C, Nelson M, Zhu X, Bajema R, Jansen BH. (2012). Impact of visual art on patient behavior in the emergency department waiting room. *Journal of Emergency Medicine*, 43(1), 172–181.
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2011.06.138>

17. Nielsen SL, Jørgensen K, Hansen GK, et al. (2017). How do patients actually experience and use art in hospitals? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12(1), 1267343.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2016.1267343>

18. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176.
<https://doi.org/10.1159/000376585>

19. Ulrich RS. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420–421.
<https://doi.org/10.1126/science.6143402>

20. Ulrich RS. (1991). Effects of interior design on wellness: Theory and recent scientific research. *Journal of Health Care Interior Design*, 3, 97–109.
(No DOI available; indexed record available.)

21. Ulrich RS, Zimring C, Zhu X, DuBose J, Seo H-B, Choi Y-S, et al. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61–125.

Адрес за кореспонденция:

Десислава Антонова
медицински психолог
МБАЛ „Св. Иван Рилски Горна Оряховица“ ЕООД
e-mail : antonova.mbal.go@gmail.com

Corresponding Author:

Desislava Antonova
medical psychologist
„St. Ivan Rilsky, Gorna Oryahovitsa“ EOOD
e-mail : antonova.mbal.go@gmail.com

ИЗИСКВАНИЯ КЪМ АВТОРИТЕ ЗА ПУБЛИКУВАНЕ В СПИСАНИЕ „КЛИНИЧНА УРОЛОГИЯ“

В списание „Клинична урология“ се приемат за публикуване: оригинални статии, обзори, клинични случаи, реферати, рецензии, кратки научни съобщения (писма до редактора и др.). Първите три жанра са обект на рецензиране (със стандартизирани формуляри), а останалите подлежат на експертна преценка от страна на редколегията. Обхватът на списанието включва широк кръг медицински теми от сферата на урологията, онкологията, хирургията, нефрологията, акушер-гинекологията, анестезиологията, рентгенологията и др. Предложените за разглеждане статии не трябва да са публикувани преди това в други научни списания. Компоненти на научна статия: заглавна страница (на български и английски език), резюме (на български и английски език), ключови думи (на български и английски език), въведение, материал и методи, резултати, обсъждане, заключение и библиография (само на английски език).

Заглавна страница – включва заглавие, имена на авторите, тяхната месторабота и адрес за кореспонденция (на водещия автор), на български и английски език.

Резюме - включва въведение, цел, материал и методи, резултати, заключение и ключови думи на български и английски език. То не трябва да съдържа цитати, илюстративен материал и абревиатури.

Ключови думи - използват се за тематично категоризиране на статията в световната база данни и съответното търсене при справка. Ключовите думи за всеки вид публикация са между 3 и 8 на брой, като могат да бъдат единични думи или кратки словосъчетания и да са на български и английски език.

Въведение - основната му функция е да даде отговор на въпросите: какви са мотивите за провеждане на изследването и каква е пряката му цел.

Материал и методи - назовават се броят на изследваните пациенти, периодът на проучването, мястото, където е проведено изследването и използваните методи.

Резултати - съдържа всички резултати и илюстративен материал (снимки, диаграми, таблици).

Обсъждане - интерпретират се данните и тяхното значение, разглеждат се проблеми с използваните методи/техники, сравняват се сходства и различия с други студии от литературната справка, извежда се приносът на резултатите за осветляване на поставения проблем.

Заключение - резюмира основните резултати и прави изводи от изследването.

Библиография – изписва се на английски език и се подрежда по реда на поява на източниците в текста. Изписването на всеки източник е на нов ред с арабска номерация.

Данните се оформят по следния начин:

- *при цитирана статия* - имена на авторите, заглавие на статията, заглавие на списанието (съкратено по Index Medicus), година на издаване, том, номер на книжката, начална и последна страница на статията.

Пример: Cook TM, Eaton JM, Goodween AP. Epidural analgesia following upper abdominal surgery. Eur Urol, 2019; 27(1):197-201.

- *при цитиран сборник или книги* – имена на авторите, заглавие на статията, заглавие на сборника, поредност на изданието, редактори, местоиздаване (град), издателство, година на издаването, страници (от-до).

Пример: Wilkinson AH. Evaluation of the transplant recipient. In: Handbook of Kidney Transplantation. 6th ed. G. M. Danovitch (Ed.). Boston, Little, Brown and Co., 2019, 109-122.

Ако авторите са до трима, се изписват фамилиите, последвани от инициалите им (без точки). Когато авторите са повече от трима, след името на третия се пише "и др." (за латиница – "et al.").

Технически изисквания

Вид публикация; Брой думи в основния текст; Брой думи в резюмето; Брой референции: Оригинална статия 2500-5000; 200-300; 30, Обзор 3000-6000; 100-200; 50, Клиничен случай 1000-3000; 100-200; 20, Кратко научно съобщение, реферат, рецензия 500; 1000; 10. Приемат се файлове на програма MS Word. Няма специфични изисквания за размер и вид на шрифта, разстояние между редовете, полета и друго оформление. 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 може да се редактира и да са чернобели. Използваните в текста специфични съкращения се въвеждат в скоби при първата поява на цялото наименование. Мерните единици следва да са по системата SI. Материалите се изпращат на e-mail на главния редактор: atanasovmd@yahoo.com

ПРОСТАКУТ

150 mg/140 mg/50 mg/7,5 mg/25 µg, капсули
коприва/Върбовка/пигеум африканум/
цинк/селен

МАКСИМАЛНА ГРИЖА ЗА ПРОСТАТАТА

- повлиява симптомите на възпалена простата
- повлиява симптомите на доброкачествено уголемена простата
- облекчава микционните смущения
- повлиява сперматогенезата и сексуалната функция



www.fortex.bg

СТЕРОЛИТ

ИНОВАТИВНА ФОРМУЛА ПРИ БЪБРЕЧНИ КАМЪНИ

- допринася за разтваряне на бъбречните камъни
- подпомага безболезненото отделяне
- допринася за предпазване от повторно появяване
- без странични ефекти



TAMSOЛ®

0,4 mg tamsulosin

Да си върнем насладата



ГЕДЕОН РИХТЕР

За пълна информация: 1379 София, бул. "Акад. Иван Гешов" №2Е, Бизнес център "Сердика", тел.: 02/ 812 90 63;

Лекарствена безопасност и медицинска информация тел. : 02/ 812 90 77

КХП: 20060563/04.08.2020

KEDP/DADL65