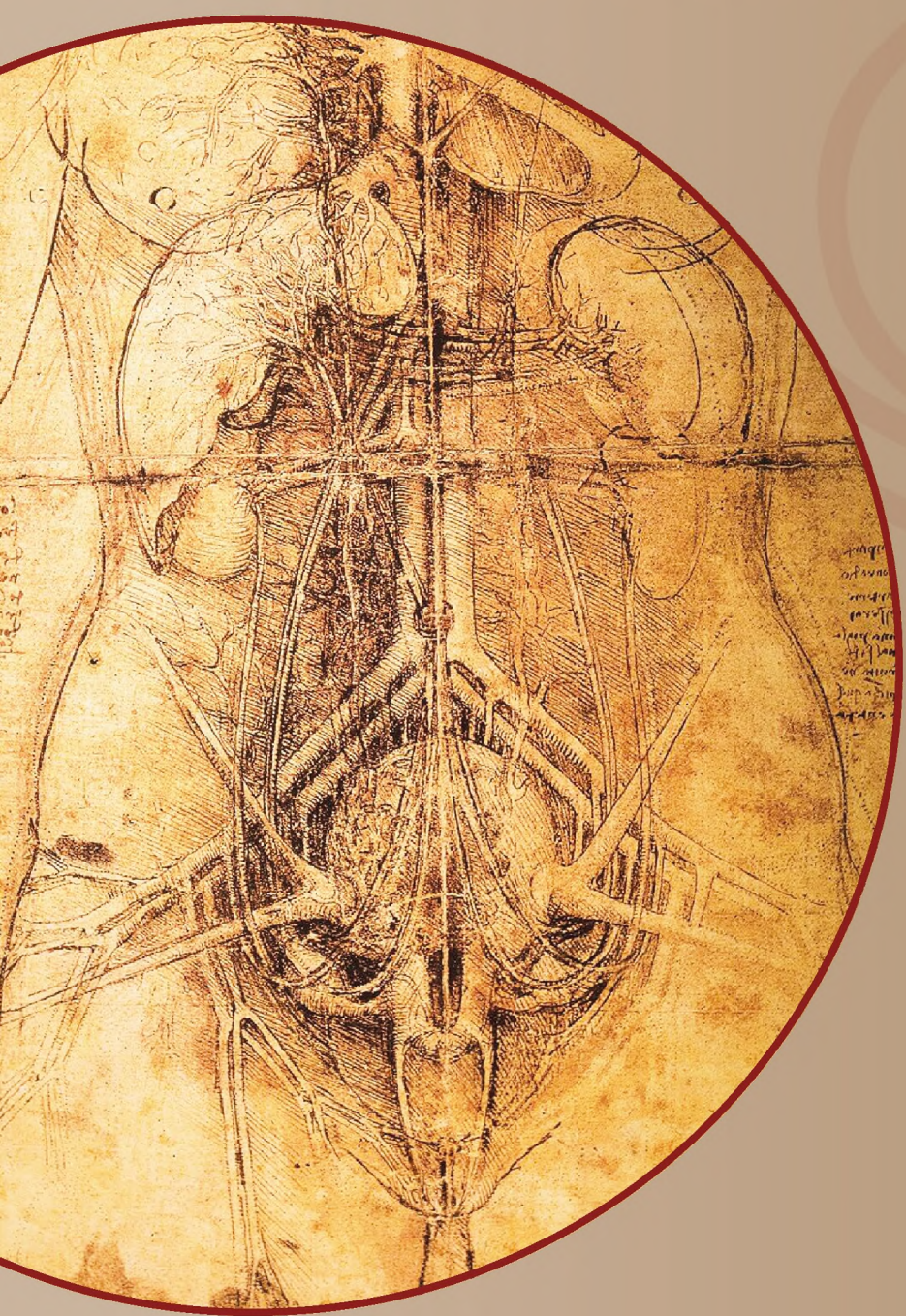
КЛИНИЧНА УРОЛОГИЯ

Clinical Urology

ISSN: 2738-778X
clinicalurology.com

том 1 • № 1 • 2021
vol 1 • № 1 • 2021



UROLOGY AND ANDROLOGY FOUNDATION



УМБАЛ "СВЕТА МАРИНА" GG

УНИВЕРСИТЕТСКА БОЛНИЦА
• СВЕТА МАРИНА •
ПЛЕВЕН

Високотехнологичната медицина!



ЧЛ.-КОР. ПРОФ. Д-Р ГРИГОР ГОРЧЕВ, Д.М.Н.

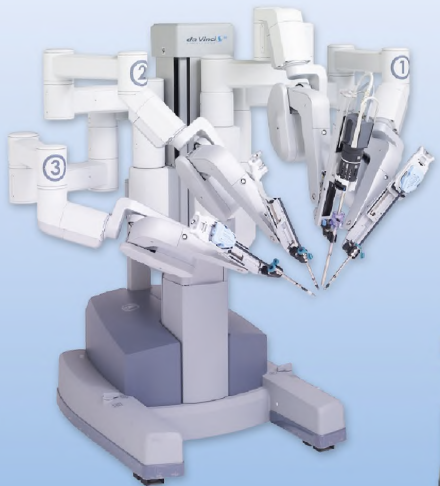
- ЛАЗЕРНА ХИРУРГИЯ
- 3D ФЮЖЪН БИОПСИЯ
- ЕНДОСКОПСКА ХИРУРГИЯ
- РОБОТИЗИРАНА ХИРУРГИЯ
- ЛАПАРОСКОПСКА ХИРУРГИЯ
- МИНИИНВАЗИВНИ ОПЕРАЦИИ

РОБОТИЗИРАНА ХИРУРГИЯ













Лекува симптомите, произхождащи както от пикочния мехур, така и от простатата[1]

Vesomni™
solifenacin/tamsulosin



Само за медицински специалисти
Дата на изготвяне на материала: Декември 2019. VESOM_2019_0038_HBR.

[1]*Van Kerrebroeck P, et al. Eur Urol 2013; 64(6): 1003–1012.*

Везомни 6 mg/0,4 mg таблетки с изменено освобождаване / Vesomni 6 mg/0,4 mg modified release tablets

Всяка таблетка съдържа слой от 6 mg солифенацинов сукцинат (solifenacin succinate), съответстващ на 4.5 mg солифенацин (свободна база) и слой от 0,4 mg тамсулозинов хидрохлорид (tamsulosin hydrochloride), съответстващ на 0,37 mg тамсулозин (свободна база).

Терапевтични показания: Лечение на умерени до тежки симптоми на съхранение (неотложност, повишена честота на уриниране) и симптоми на изпразване, свързани с доброкачествена простатна хиперплазия (ДПХ) при мъже, които отговарят неадекватно на лечение с монотерапия.

Притежател на разрешението за употреба: Astellas Pharma d.o.o., Šmartinska cesta 53, 1000 Ljubljana, Словения

Номер на разрешението за употреба 20140211

Дата на последно одобрение на КХП: 02 юли 2018 По лекарско предписание.

Преди да предпишете това лекарство, моля, запознайте се с пълната Кратка характеристика на продукта,която съдържа цялата информация за лекарствения продукт.

За пълна информация: Астелас Фарма ЕООД, 1784 София, Бул. „Цариградско шосе" № 90, Офис сграда Капитал форт, етаж 11, тел.: 028625372

Подробна информация за този лекарствен продукт е предоставена в пълната кратка характеристика на продукта на уебсайта наИзпълнителна агенция по лекарствата: https://www.bda.bg/bg/ и е достъпна при сканиране на QR кода или на: https://www.bda.bg/images/stories/documents/bdias/2018-07-05-111199.pdf

VESOM_2019_0038_HBR

За допълнителна информация относно лекарствените продукти на Астелас, моля изпратете запитване на адрес:medinfo.hbr@astellas.com

Нежеланите лекарствени реакции трябва да се докладват. Съобщавайте за нежелани лекарствени реакции на Astellas чрез email до:pharmacovigilance_bg@astellas.com, по факс на +359 (0)2 862 53 77, или се свържете с офиса на Astellas локално.

От медицинските специалисти се изисква да съобщават всяка подозирана нежелана реакция чрез национална система за съобщаване, Изпълнителна агенция по лекарствата ул. „Дамян Груев" № 8, 1303 София,

Тел.: +35 928903417, уебсайт: www.bda.bg.

** СДПП/ДПХ е симптоми на долните пикочни пътища доброкачествена простатна хиперплазия*

astellas

Повече пациенти със СПМ* остават на лечение с BETMIGA™, отколкото с антимускарини[1]



Betmiga таблетки с удължено освобождаване, съдържащи 25 mg или 50 mg мирабегрон

Терапевтични показания: Симптоматично лечение на неотложност, повишена честота на уриниране и/или инконтиненция при неотложност, които може да настъпят при възрастни пациенти със синдром на свръхактивен пикочен мехур (СПМ).

Притежател на разрешението за употреба: Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Нидерландия. Номер на разрешението за употреба EU/1/12/809/001 – 018. Дата на последно одобрение на КХП: 02/04/2019. По лекарско предписание.

Преди да предпишете това лекарство, моля, запознайте се с пълната Кратка характеристика на продукта, която съдържа цялата информация за лекарствения продукт. За пълна информация: Астелас Фарма ЕООД, 1784 София, Бул. „Цариградско шосе" № 90, Офис сграда Капитал форт, етаж 11, тел.: 028625372 Подробна информация за този лекарствен продукт е предоставена в пълната кратка характеристика на продукта на уебсайта на Европейска агенция по лекарствата: https://www.ema.europa.eu/en и е достъпна при сканиране на QR кода или на:https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/betmiga-epar-product-information_bg.pdf

За допълнителна информация относно лекарствените продукти на Астелас, моля изпратете запитване на адрес:medinfo.hbr@astellas.com

BET_2019_0050_HBR

Нежеланите лекарствени реакции трябва да се докладват. Съобщавайте за нежелани лекарствени реакции на Astellas чрез email до:pharmacovigilance_bg@astellas.com, по факс на +359 (0)2 862 53 77, или се свържете с офиса на Astellas локално. От медицинските специалисти се изисква да съобщават всяка подозирана нежелана реакция чрез национална система за съобщаване, Изпълнителна агенция по лекарствата ул. „Дамян Груев" № 8, 1303 София, Тел.: +35 928903417, уебсайт: www.bda.bg.

** СПМ - свръхактивен пикочен мехур*

Само за медицински специалисти.
BET_2019_0050_HBR. Дата на изготвяне на материала: Декември 2019

astellas

Клинична урология том 1, брой 1/2021 ISSN: 2738-778X **Clinical Urology** vol. 1, №1/2021
Фондация Урология и Андрология clinicalurology.com **Urology and Andrology Foundation**

КЛИНИЧНА УРОЛОГИЯ

CLINICAL UROLOGY

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

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

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

Редакционна колегия:
Editorial board:
Проф. Димитър Младенов / Prof. Dimitar Mladenov
Проф. Димитър Шишков / Prof. Dimitar Shishkov
Проф. Иван Дечев / Prof. Ivan Dechev
Проф. Илия Салтиров / Prof. Iliya Saltirov
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. Светослав Николов / Prof. Svetoslav Nikolov
Проф. Чавдар Славов / Prof. Chavdar Slavov
Доц. Деян Анакиевски / Assoc. Prof. Deyan Anakievski
Доц. Калоян Давидов / Assoc. Prof. Kaloyan Davidov
Доц. Кремена Петкова / Assoc. Prof. Kremena Petkova
Доц. Николай Евтимов / Assoc. Prof. Nikolay Evtimov
Доц. Страти Стратев / Assoc. Prof. Strati Stratev
Доц. Тошо Ганев / Assoc. Prof. Tosho Ganev
Доц. Цветин Генадиев / Assoc. Prof. Tsvetin Genadiev
Д-р Александър Ванов / Dr. Aleksandar Vanov
Д-р Васил Василев / Dr. Vasil Vasilev
Д-р Владислав Младенов / Dr. Vladislav Mladenov
Д-р Георги Георгиев / Dr. Georgi Georgiev
Д-р Емил Доросиев / Dr. Emil Dorosiev
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 Пламен Димитров / Dr. Plamen Dimitrov
Д-р Стоян Пеев / Dr. Stoyan Peev

СЪДЪРЖАНИЕ

КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ *стр.*

Вроден дивертикул на уретрата при две годишно момче
С. Пеев, Т. Пелов, Е. Атанасов, Е. Доросиев, Б. Младенов **5**

Резултати от използване на непълен (разцепен) фенестриран кожен графт за възстановяване на кожата на пениса при пено-пубо-скротална форма на парафином
В. Дунев[1], Б. Атанасов[1], Н. Колев[2], П. Генов[3] **9**

Агенезия на ляв бъбрек с ектопично разположен кистозен остатък - случай от практиката
Д. Д. Шишков, Д. Шишков **13**

Ксантогрануломатозен цистит – клиничен случай и обзор на литературата
Р. Георгиева, Б. Божков, Дм. Дмитренко, Е. Попов, Ч. Славов **17**

Място на нискоинтензивната екстракорпорална ударно-вълнова терапия при лечението на еректилна дисфункция след хирургично лечение на парафином на пениса
Б. Атанасов[1], Н. Колев[1], В. Дунев[1], Мария Колева[1], Мартин Стойков[1], Пенчо Генов[2] **23**

Клиничен случай на лапароскопски индуциран пневмоторакс по време на лапароскопска нефректомия
Д. Анакиевски, Р. Маринов, П. Абушев, В. Николов **27**

Реконструктивна хирургия при стриктура и фистула на уретрата
Николай Евтимов **30**

Два клинични случая на ДПХ в млада възраст
П. Генов, В. Дунев[1], Н. Колев[1], Б. Атанасов[1] **35**

CONTENTS

CLINICAL CASES *page*

Congenital urethral diverticulum in a 2-year-old boy
S. Peev, T. Pelov, E. Atanasov, E. Dorosiev, B. Mladenov **5**

Results using meshed split thickness skin graft to restore the penile skin in the pubopenoscrotal form of paraffinoma
V. Dunev[1], B. Atanasov[1], N. Kolev[2], P. Genov[3] **9**

Agenesis of the left kidney with ectopically located cystic remnant - case report
D. D. Shishkov, D. Shishkov **13**

Xanthogranulomatous cystitis - a clinical case and a review of the literature
R. Georgieva, B. Bozhkov, Dm. Dmitrenko, E. Popov, Ch. Slavov **17**

Place of low-intensity extracorporeal shockwave therapy in the treatment of erectile dysfunction after surgical management of penile paraffinoma
Boyan Atanasov[1], Nikolay Kolev[1], Vladislav Dunev[1], Maria Koleva[1], Martin Stoykov[1], Pencho Genov[2] **23**

Clinical case of laparoscopically induced pneumothorax during laparoscopic nephrectomy
D. Anakievski, R. Marinov, P. Abushev, V. Nikolov **27**

Reconstructive surgery for stricture and fistula of the urethra
Nikolay Evtimov **30**

Two clinical cases of BPH at a young age
P. Genov, V. Dunev[1], N. Kolev[1], B. Atanasov[1] **35**

ВРОДЕН ДИВЕРТИКУЛ НА УРЕТРАТА ПРИ ДВЕ ГОДИШНО МОМЧЕ

С. Пеев, Т. Пелов, Е. Атанасов, Е. Доросиев, Б. Младенов
УМБАЛСМ „Н. Й. Пирогов" – София
Клиника по Спешна и Детска Урология

CONGENITAL URETHRAL DIVERTICULUM IN A 2-YEAR-OLD BOY

S. Peev, T. Pelov, E. Atanasov, E. Dorosiev, B. Mladenov
UMHATEM "N. I. Pirogov" - Sofia
Clinic of Emergency and Pediatric Urology

РЕЗЮМЕ

Вроденият дивертикул е много рядко заболяване на уретрата, при което се наблюдава торбовидно разширение по вентралната ѝ повърхност. В клиниката по спешна и детска урология, УМБАЛСМ „Н. Й. Пирогов" – София постъпва 2 годишно момче със симптоми на затруднено уриниране и подутина в областта на пеноскроталния ъгъл, появяваща се по време на микция. След проведена ретроградна уретрография и микционна цистография се потвърждава диагнозата уретрален дивертикул. Извърши се отворена операция – дивертикулектомия и първичен шев на уретрата.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: вроден дивертикул на уретрата

ABSTRACT

Congenital diverticulum is a very rare disease of the urethra in which there is a sacculus enlargement on its ventral surface. A 2-year-old boy was accepted in clinic of emergency and pediatric urology, UMHATEM "N. I. Pirogov" - Sofia with symptoms of urinary hesitancy and a swelling in the area of the penoscrotal angle that appears during micturition. The diagnosis of urethral diverticulum is confirmed by retrograde urethrography and voiding cystogram. An open operation was performed - diverticulectomy and primary repair of the urethra.

KEY WORDS: congenital urethral diverticulum

ВЪВЕДЕНИЕ

Вроденият дивертикул е много рядко заболяване на уретрата (през последните 20 години са съобщени към 260 случая), при което се наблюдава торбовидно разширяване по вентралната ѝ повърхност [1]. Областта на пеноскроталния ъгъл е най-честото място на появата му, но в 30 % от случаите се среща в дисталната част на уретрата [2]. Някои автори предполагат, че вроденият дивертикул на уретрата е резултат от наличието на предни уретрални клапи, но мнозинството от специалистите отхвърлят тази теория и поддържат твърдението, че това са две различни заболявания [3, 4]. Уретралният дивертикул е форма на обструктивна уропатия, която според тежестта си може да се прояви с клинични симптоми, както от страна на долните, така и на горните пикочни пътища [4, 5].

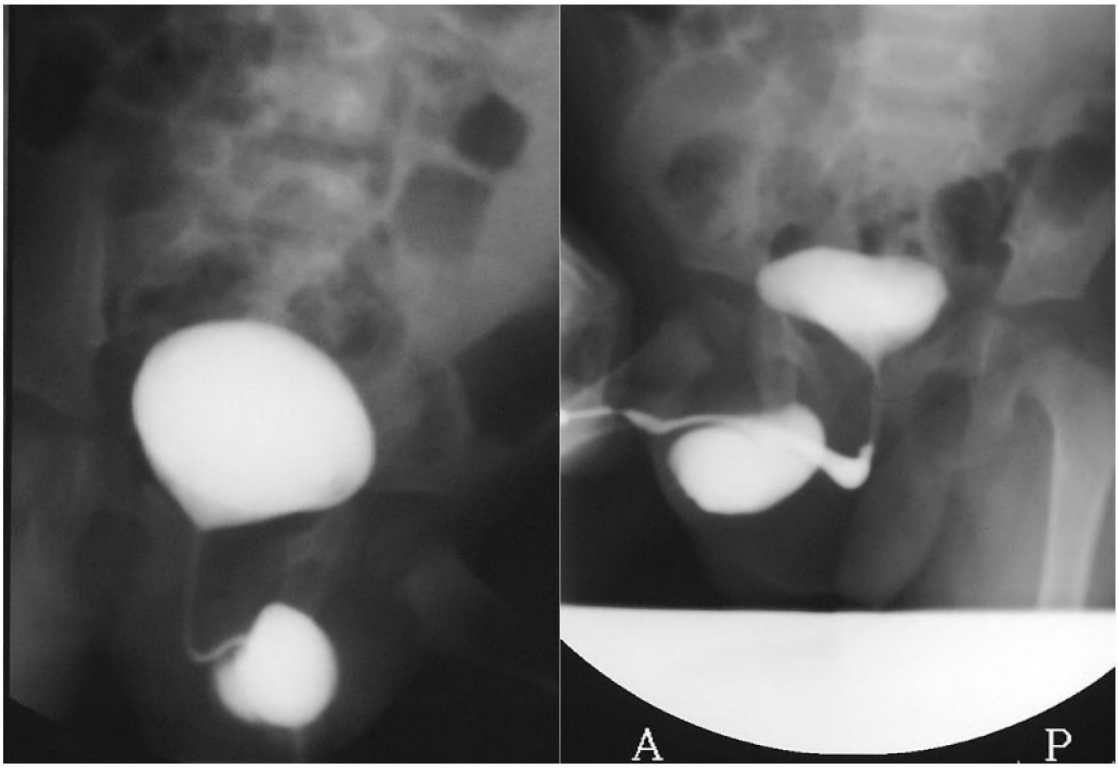
КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

В клиниката по спешна и детска урология, УМБАЛСМ „Н. Й. Пирогов" – София постъпва 2 годишно момче със симптоми на затруднено уриниране и подутина в областта на пеноскроталния ъгъл, появяваща се по време на микция (Сн. 1). Родителите съобщават, че детето леко се напъва при уриниране и няма постоянна и силна струя, а с прекъсвания и на капки. Туморната формация е мекова на палпация, добре ограничена, леко флуктуираща и при мануална компресия върху нея от уретрата се отделя урина, при което подуването спада значително.



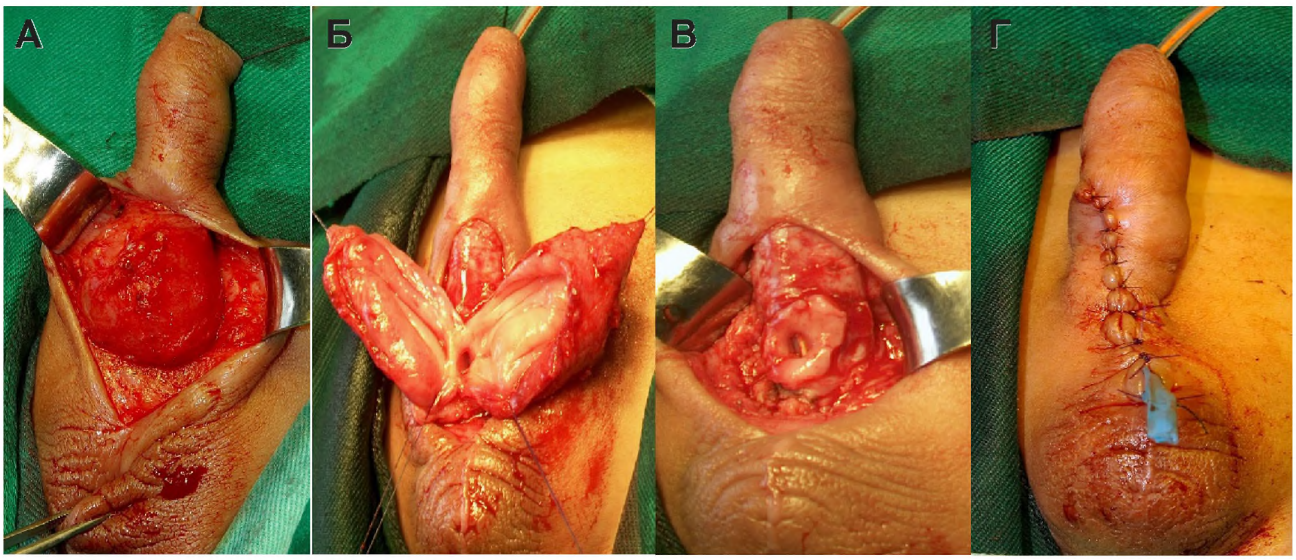
Снимка 1. Подутина по вентралната част на уретрата на нивото над пеноскроталния ъгъл

От параклиничните изследвания на детето не се установяват отклонения от нормата. Ехографската картина на бъбреците и пикочния мехур е нормална, като има леко задебелени стени на мехура. Проведената венозна урография демонстрира нормална анатомия и функция на горните пикочни пътища. При ретроградната уретрография се изобрази добавъчна сянка с гладки и резки очертания и размер 31,4/20,5 мм, разположена в средната трета на антериорната уретра откъм долния контур. Установената находка е свързана на тънка шийка с лумена на уретрата, като контраста се задържа продължително време, дори след катетеризирането на последната за провеждането на цистография – това са рентгенови данни за значителен по размер дивертикул на предната уретра. Микционната цистография (МЦГ) показа пикочен мехур с нормално разположение, гладки и резки очертания, хомогенна сянка без данни за пасивен везикоуретерален рефлукс (ВУР) (Сн. 2).



Снимка 2. Ретроградна уретрография и МЦГ – данни за голям дивертикул на предна уретра

Извърши се отворена операция – дивертикулектомия и първичен шев на дефекта на уретрата (Сн. 3). Пластиката на уретрата се направи върху фолиев катетър 8 Шариера, който се свали на 10-я постоперативен ден. При проследяването детето уринира с добра струя и без остатъчна урина, като не се наблюдава подуване или фистула в областта на цикатрикса.



Снимка 3. Отворена дивертикулектомия и пластика на уретрата – последователно се извърши отпрепариране (А), разрязване (Б) и ексцизия на дивертикула (В) с последващ първичен шев на уретрата и затваряне на раната (Г)

ОБСЪЖДАНЕ

Истинският вроден дивертикул на уретрата представлява подобно на кесия уширение, което е покрито с епител и се разполага по вентралната страна на пикочния канал и комуникира с него чрез малък отвор. Той се различава от „псевдодивертикула“, дължащ се на наличието на предни уретрални клапи, които причиняват проксимална деформация и дилатация на уретрата. Вроденият дивертикул може да се локализира на различни места по протежението на уретрата, но в най-голям процент се установява в пеноскроталната област [2, 4]. Съществуват множество теории за неговото образуването, но най-голяма приемственост има тази за нарушение във формирането на спонгиозното тяло. Според нея в следствие на липсата на спонгиозно тяло дилатацията на уретрата води до протрузия извън него и създаването на дивертикул [3, 5]. Основните клинични симптоми при децата с това вродено заболяване са затрудненото уриниране, невъзможността за образуване на силна струя при микция, като урината се отделя на капки и често се наблюдава инконтиненция. От физикалния преглед веднага се установява торбовидната подутина по дължината на уретрата, върху която при натиск се освобождава урина от меатуса [3, 4]. При по-тежките случай децата страдат често от инфекции на отделителната система. Двете основни изследвания, които поставят със сигурност диагнозата вроден дивертикул на уретрата са ретроградната уретрография и микционната цистография. Те ни ориентират както за точното положение и големината на аномалията, така и за състоянието на уретрата, пикочния мехур и възможното наличие на ВУР.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изборът за лечението на вродения дивертикул на уретрата се определя от големината, разположението и тежестта на обструкцията, който той създава. При малките истински дивертикули и „псевдодивертикулите“, дължащи се на наличието на предни уретрални клапи, трансуретралното ендоскопското лечение е вариант. Чрез него се цели резекция на предните клапи и при възможност предната устна на малкия дивертикул. В случаите на неуспех от този метод и когато става дума за голям дивертикул, както в нашия случай, винаги се препоръчва отворена операция – дивертикулектомия и първичен шев на уретрата.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *M. Rafique. Congenital anterior urethral diverticulum in an adolescent boy with obstructive urinary symptoms, Int Urol Nephrol (2007) 39:437–440*

2. *Ahmed Eshiba, Khaled Ashour, Mostafa Zein , Congenital anterior urethral diverticulum, EJournal of Pediatric Surgery Case Reports 36 (2018) 33–35*

3. *Jain P et al., Are anterior urethral valve and anterior urethral diverticulum two separate entities: A radiological and endoscopic review, Journal of Pediatric Urology*

4. *Y.S.Kadian, K.N.Rattan, Mahavir Singh, and PradeepKajal , Congenital Anterior Urethral Diverticulumin Children: A Case Report and Review ; International Scholarly Research Network; ISRN Surgery, Volume 2011, Article ID 120307, 3 pages*

5. *Gupta DK, Srinivas M. Congenital anterior urethral diverticulum in children. Pediatr Surg Int 2000;16:565-8.*

Адрес за кореспонденция:
Д-р Стоян Пеев
УМБАЛСМ „Н. Й. Пирогов“,
София, бул. „Ген. Тотлебен„ № 21
e-mail: drstoyanpeev@mail.bg

Corresponding Author:
Stoyan Peev, MD
UMHAT „N. Y.Pirogov“
Sofia, 21 ”Gen. Totleben” Blvd.
e-mail: drstoyanpeev@mail.bg

РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗПОЛЗВАНЕ НА НЕПЪЛЕН (РАЗЦЕПЕН) ФЕНЕСТРИРАН КОЖЕН ГРАФТ ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА КОЖАТА НА ПЕНИСА ПРИ ПЕНО-ПУБО-СКРОТАЛНА ФОРМА НА ПАРАФИНОМ

В. Дунев[1], Б. Атанасов[1], Н. Колев[2], П. Генов[3]
Урологична клиника УМБАЛ „Света Марина“ Плевен[1]
Урологична клиника УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ Плевен[2]
Урологична клиника УМБАЛ “Канев” Русе[3]

RESULTS USING MESHED SPLIT THICKNESS SKIN GRAFT TO RESTORE THE PENILE SKIN IN THE PUBOPENOSCROTAL FORM OF PARAFFINOMA

V. Dunev[1], B. Atanasov[1], N. Kolev[2], P. Genov[3]
Dept. of Urology University Hospital “St. Marina”, Pleven[1]
Dept. of Urology University Hospital “Dr G. Stranski”, Pleven[2]
Dept. of Urology University Hospital “Kanev”, Ruse[3]

РЕЗЮМЕ

Представяме ранен и късен резултат от използване на разцепена перфорирана собствена кожна присадка за възстановяване на пениса след операция по повод пено-пубо-скротална форма на парафином.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: парафином, кожна присадка

ABSTRACT

We present an early and late result from the use of meshed split thickness skin autograft to restore the penis after surgery for pubopenoscrotal form of paraffinoma.

KEY WORDS: paraffinoma, skin graft

ВЪВЕДЕНИЕ

От древни времена размерът на пениса е важен за мъжете. За да впечатлят партньорите си и да повишат самочувствието си, някои от тях търсят начин да увеличат гениталиите си. Въпреки ужасните последици и усложнения от инжектирането на екзогенни вещества, в частност минерални мазнини, използването им продължава и днес особено в страните от Азия, Източна Европа, включително България. Инжектирането на течен парафин предизвиква така наречения парафином - гранулом тип „чуждо тяло“, водещ до редица функционални и козметични проблеми. Единственото ефективно лечение за това състояние е оперативното. За съжаление инжектирането на чужди вещества за уголемяване на пениса все още е често срещано явление. През последните двадесет години сме оперирали стотици пациенти с парафином на мъжките гениталии, използвайки четири основни техники: проста ексцизия, Билатерални скротални ламба, Модифициран Сесил (Райх) и пластика с перфориран и неперфориран непълен (разцепен) кожен автографт. Несъмнено добрият естетически резултат е една от основните цели на операцията, заедно с отстраняването на екзогенното вещество и грануломатозна тъкан и запазването на функционалността на пениса. Тук представяме резултат от прилагането на перфорирана непълна собствена кожна присадка.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

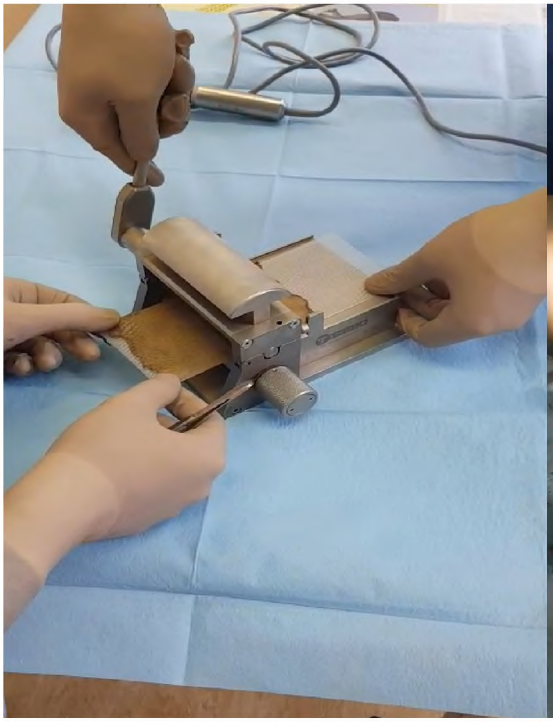
22-годишен мъж е приет в клиниката по урология към Медицински университет Плевен през 2010 г. Три години по-рано след употреба на алкохол си инжектирал 15 мл. течен парафин в пениса. Първоначално чувствал болка, съпроводена с подуване и зачервяване на кожата на половия член в продължение на една седмица. Следващите няколко месеца пациента нямал оплаквания, но по-къс-

но започнали повтарящи се възпаления, за които приема различни антибиотици. Постепенно започва деформация на пениса, намаляване на размера и влошаване на еректилната функция. Кожата на пениса се втвърдила и промени цвета си. Започнал да изпитва силни болки при ерекция. Подробен локален физикален преглед показа твърди, неравни, грануломатозни туморни образувания, ангажиращи ствола на пениса, пубисната област и част от скротума (Фиг. 1).

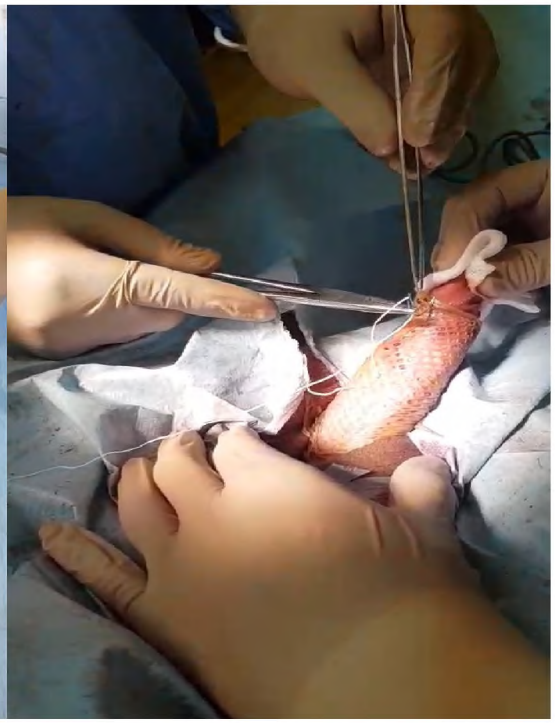


Фиг. 1. Преди операцията

Не се палпират уголемени ингвинални лимфни възли. Параклиничните изследвания са в норма. Пациентът беше обезкосмен от пъпа до коленете. Под спинална анестезия ексцизирахме напълно кожата и подкожната тъкан, инфилтрирани от чуждия материал до дълбоката пенисна фасция. За възстановяване на кожата на пениса използвахме непълен перфориран автографт от предната повърхност на дясното бедро. Дебелината на присадката беше 0,015 инча, ширината 10 см и дължината равна на обиколката на пениса. Перфорациите бяха ориентирани напречно и в съотношение 1.5:1.9 (Фиг. 2, 3). За пениса използвахме мазева превръзка с хлорхексидин ацетат. На следващия ден пациентът беше дехоспитализиран. Уретралният катетър и имобилизацията на пениса бяха отстранени на петия ден. Възстановяването премина без усложнения. Обездвижването на пениса и катетърът бяха премахнати на петия ден. Нямаше усложнения.



Фиг. 2. Перфориране на ламбото



Фиг. 3. Зашиване към пениса

Контролните прегледи бяха извършени на 14-ия (Фиг. 4) и 21-ия ден (Фиг. 5). Пациентът няма оплаквания и съобщава за нормална ерекция.



Фиг. 4. 14-ти ден



Фиг. 5. 21-ви ден

След 10 години пациентът отново дойде при нас за друго урологично състояние. В момента пациентът няма оплаквания от функционален или естетически характер, с изключение на по-ниска чувствителност на кожата на пениса, която обаче се подобрява прогресивно след операцията (Фиг. 6, 7).



Фиг. 6. След 10 години



Фиг. 7. Белега на донорското място

ОБСЪЖДАНЕ

През 1899 г. австрийският хирург Robert Gersuny за първи път инжектира вазелин в скротума на пациент, подложен на двустранна орхиектомия поради туберкулозен епидидимит. Успехът на манипулацията го насърчава да използва вазелин като материал за запълване на дефекти в меките тъкани [1]. През 1906 г. Heidingsfeld описва усложненията от прилагането на екзогенни вещества в човешкото тяло. При двама пациенти се наблюдава обезобразяване на лицето от туморни образувания след инжектиране на течен парафин за коригиране на бръчките. В началото на 20-ти век Quernu и Perol съобщават за шест случая на инжектиране на парафин в пениса [2, 3]. В Русия по време на Първата световна война се използва инжектиране на минерални мазнини в долните крайници, за

да се избегне военна служба. Получените туморни образувания около колянната става правят невъзможно носенето на високи военни ботуши. През 1925 г. Hesse от Ленинград описва 183 такива случая с последващи язви и фиброза на туморни образувания. Неговият асистент Виноградов през 1936 г. съобщава за „ужасни“ късни усложнения при тези пациенти, а именно образуване на възлови тумори, лимфостаза, елефантиаза, множество бавно зарастващи язви и дори злокачествени промени в засегнатите тъкани. Екзогенната субстанция се разпространява проксимално по лимфните съдове и понякога изходът е само ампутация [4]. Латентността от въвеждане на чуждата субстанция до изява на клиничната картина може да бъде между 8 месеца и 3,5 години [5]. Black използва разцепена перфорирана кожна присадка за пластична реконструкция на кожата на пениса при 9 пациенти след различни патологии: болест на Fournier, хроничен лимфедем, болест на Crohn и предишни неуспешни операции. При 8 от тях е постигнат отличен козметичен и функционален резултат и 100% оцеляване на присадката. Дебелината на графта е между 0,012 и 0,016 инча при 1:1 перфорации, ориентирани напречно. На вентралната повърхност на пениса се налага зигзагов шев, който според авторите предпазва от свиване. Обездвижването и компресионната превръзка се използват за 3-5 дни [6]. Използвахме подобна техника и постигнахме много добри естетически и функционални резултати. Не сме имали възможност да представим и не сме срещали в литературата толкова късни резултати от прилагането на разцепен перфориран автографт като средство за възстановяване на кожата на пениса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описаната техника с използване на разцепен перфориран автографт показва добри козметични и функционални резултати при възстановяване на кожата на пениса.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Bayraktar Necmi and İsmet Başar. Penile Paraffinoma; Case Reports in Urology;Case Reports in Urology 2012; Vol 2012*

2. *May James A. and Paul P.Pickering. Paraffinoma of the Penis; California Medicine 1956; vol 35 /1/: 42-4*

3. *Santos P., A. Chaveiro, G. Nunes, J. Fonseca, J. Cardoso. Penile paraffinoma; Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 2003; Vol 17, 5: 583-4*

4. *Moore B. Oleogranuloma: The Late Effects of Accidental Injection of Mineral Oil Under Pressure; Occup. Environ. Med. 1946; 3: 250-2*

5. *Bondarenko N. I., Tsipenko N.N., Monchuk V.M., Iakimliuk V.M. Treatment of oleogranuloma. Klin Khir. 1993; /12/: 39- 40*

6. *Black Peter C., Jeffrey B. Friedrich, Loren H. Engray and Hunter Wessells. Meshed unexpanded split- thickness skin grafting for reconstruction of penile skin loss; The Journal of Urology 2004; Vol 172: 976-9*

Адрес за кореспонденция:
Доц. Б. Атанасов, д.м.
Урологична клиника
УМБАЛ „Света Марина”
гр. Плевен, ул. „Българска авиация“
e-mail: atanasovmd@yahoo.com

Corresponding Author:
Assoc. Prof. B. Atanasov, MD, PhD
Dept. of Urology
University Hospital "St. Marina”
Pleven, “Bulgarian aviation” str.
e-mail: atanasovmd@yahoo.com

АГЕНЕЗИЯ НА ЛЯВ БЪБРЕК С ЕКТОПИЧНО РАЗПОЛОЖЕН КИСТОЗЕН ОСТАТЪК - СЛУЧАЙ ОТ ПРАКТИКАТА

Д. Д. Шишков, Д. Шишков
Урологична клиника „Св. Ап. Лука"
УМБАЛ „Пловдив", гр. Пловдив

AGENESIS OF THE LEFT KIDNEY WITH ECTOPICALLY LOCATED CYSTIC REMNANT - CASE REPORT

D. D. Shishkov, D. Shishkov
Urological Clinic "St. Ap. Luka "
University Hospital "Plovdiv", Plovdiv

РЕЗЮМЕ

Често в практиката се лекува единствено само анамнестичното оплакване на пациента, без да търсим активно първопричината за заболяването, респективно причината за оплакванията. Случаят, който описваме е пример за това твърдение. Има три ембриологични етапа във формирането на бъбречната система: пронефрос, мезонефрос и метанефрос. Ембриологично и трите „бъбрека" се развиват от междинната мезодерма. Двата междинни етапа са пронефросът, който напълно изчезва и мезонефрос. Въпреки, че мезонефросът се подлага на дегенерация, неговият канал продължава и се простира каудално до комуникация с предната клоака. Каналите се сливат с клоаката, каналът прогресира и черепно и каудално, трансформираща твърда тъканна кондензация в окончателните нефрични канали с отделителна способност. Остатъците от мезонефричните каналчета се срещат и при двата пола и са свързани с репродуктивния тракт. При мъжете някои от мезонефричните тубули стават ефферентните каналчета на тестисите. Епидидимът и семепровода също се образуват от мезонефрични (т.е. волфови) канали. Случаят касае пациент, който е лекуван над 2 години за „хроничен простатит".

КЛЮЧОВИ ДУМИ: агенезия, бъбречна аномалия, простатит, киста на простата

ABSTRACT

Often in practice only the anamnestic complaint of the patient is treated without actively looking for the root cause of the disease, respectively the cause of the complaints. The case we describe is an example of this statement. There are three embryological stages in the formation of the renal system: pronephros, mesonephros and metanephros. Embryologically, all three "kidneys" develop from the intermediate mesoderm. The two intermediate stages are pronephrosis, which completely disappears, and mesonephros. Although the mesonephros is undergoes degeneration, its canal continues and extends caudally to communicate with the anterior cloaca. The canals merge with the cloaca, the canal progresses both cranially and caudally, transforming hard tissue condensation into the final nephritic canals with excretory capacity. Remains of mesonephric tubules are found in both sexes and are associated with the reproductive tract. In men, some of the mesonephric tubules become the efferent tubules of the testicles. The epididymis and vas deferens are also formed by mesonephric (ie, wolf) ducts. The case concerns a patient who has been treated for more than 2 years for "chronic prostatitis".

KEY WORDS: agenesis, renal abnormality, prostatitis, prostatecyst

ВЪВЕДЕНИЕ

Бъбречната агенезия е вродена малформация, при която единия (едностранна) или и другия (двустранна) от феталните бъбреци не успяват да се развият. Бъбречната агенезия може да бъде

едностранна или двустранна [1]. Едностранната бъбречна агенезия е сравнително често срещана вродена малформация на пикочо-отделителната система. Обикновено се диагностицира по време на фетална ехография или случайно при направена ехография по други причини. Някои случай на едностранна бъбречна агенезия могат да представляват инволюция на предишно мултикистично бъбречно заболяване. До 40% от жените с урогенитални аномалии също имат асоциирана бъбречна аномалия. Възрастните с едностранна бъбречна агенезия имат значително по-високи шансове за хипертония. Годишната честота на едностранна бъбречна аномалия се оценява на около 1 : 2000 живи новородени [2]. Съотношението мъже - жени е около 1,2:1. Приблизително 56% от едностранната бъбречна агенезия се проявява от лявата страна. Повечето пациенти с едностранна бъбречна агенезия са асимптоматични, ако другият бъбрек е напълно функционален. Въпреки това в дългосрочен план (20-50% от случаите, около 30-годишна възраст) развиват хипертония и протеинурия, което може да се дължи на гломерулна хиперфилтрация. Поради този повишен риск от хипертония и/или протеинурия, дългосрочното им проследяване е важно [3, 8].

• Свързани малформации с бъбречна агенезия [4]:

- Едностранната бъбречна агенезия може да бъде изолирана вродена малформация или може да бъде свързана с хромозомни аномалии или различни нехромозомни синдроми, включително VACTERL, което включва вертебрални дефекти, анална атрезия, сърдечни дефекти, трахео-езофагеална фистула, бъбречни аномалии и аномалии на крайниците. Хората, диагностицирани с асоциация VACTERL, обикновено имат поне три от тези характерни черти и асоциации MURCS (нарушение в развитието, което засяга предимно репродуктивната и пикочната система).

- Вродените сърдечни малформации са най-честите малформации, свързани с едностранна бъбречна агенезия.

- При момичета с едностранна бъбречна агенезия трябва да се извърши ултразвук на таза, за да търсим аномалии в мюлеровите структури.

- Везикоуретералният рефлукс е най-честата аномалия, отбелязана в контралатералния бъбрек.

- Синдромът на Herlyn-Werner-Wunderliche много рядка вродена аномалия на урогениталния тракт, включваща мюлеровите канали и мезонефричните канали. Характеризира се с триада симптоми - маточна диделфия, запушена хемивагина и ипсилатерална бъбречна агенезия.

- Понякога бъбречна агенезия се свързва с аномалии на гениталния тракт от същата страна като семенна везикуларна хипоплазия и отсъствие на семепровода.

- Други аномалии се наблюдават при до 40% от пациентите, предимно в сърдечно-съдовия диапазон (като предсърдни или камерни септални дефекти) и стомашно-чревния канал (като аноректална агенезия).

- Захарен диабет на майката или използване на специфични лекарства по време на бременност също могат да доведат до бъбречни агенезия.

- Пренатално съмнение за едностранна бъбречна агенезия се потвърждава от постнатално ултразвуково изследване на бъбречната ямка, последвана от ренография, за да се потвърди наличието единствен бъбрек.

Размерът на единственния бъбрек е компентасорно уголемен. Трябва да се извърши цистогрфия, за да се открие евентуално везикоуретерален рефлукс (VUR).

• Диференциалните диагнози включват [5]:

- Екстремна едностранна бъбречна дисплазия;

- Инволутивен мултицистичен диспластичен бъбрек;

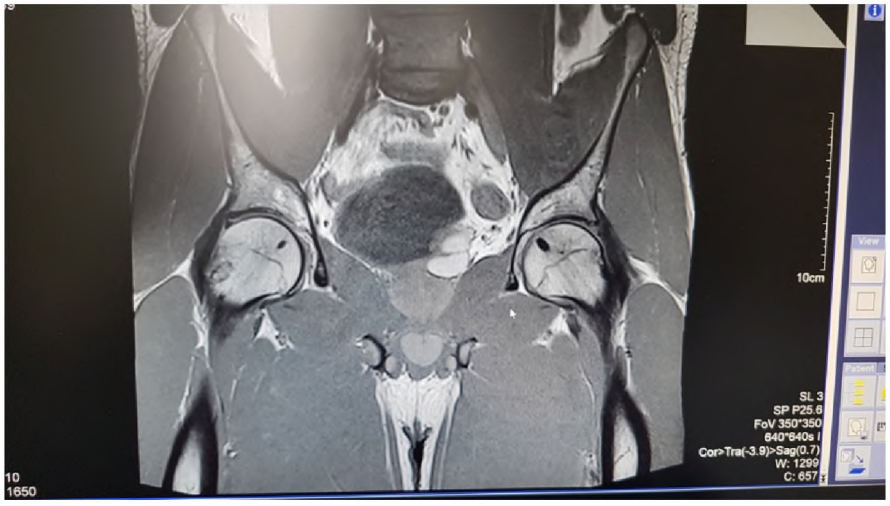
- Бъбречна ектопия;

• В повечето фамилни случаи едностранната бъбречна агенеза се наследява при автозомно доминиращ мъж [6].

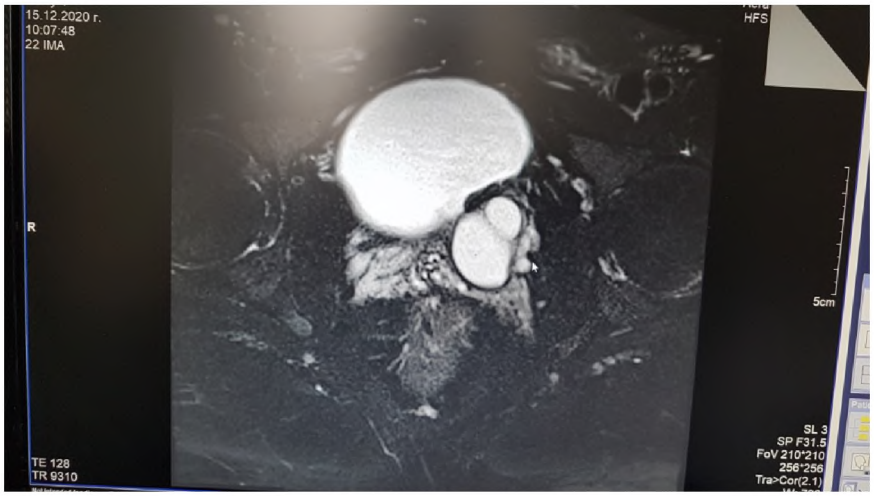
• Едностранна бъбречна агенезия може да възникне при дисплазия или хипоплазия на единствен бъбрек, което прави прогнозата неблагоприятна (7,8).

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Клиничният случай, който описваме касае пациент на 28 години от мъжки пол, в добро ментално и общо здраве, активно спортуващ. Има доказана агенезия на ляв бъбрек в детството с образна диагностика при обичайни постнатални профилактични прегледи. Пациентът е лекуван над 2 години за „хроничен простатит" и „киста на простата". Той е насочен към нашата клиника, поради повтарящa се хемоспермия през последната 1 година, понякога съобщава за болка в перинеума, еякулацио прекокс, дизурия, никтурия или императивни позиви за уриниране. Гениталният преглед беше с нормален статус. Анализът на сперма не показва промяна в обема и pH; въпреки това се наблюдават хемоспермия и астенозооспермия. Посявката на спермата показва периодични инсеминации с трихомонас вагиналис, хламидии и ешерихия коли. Ехографията разкрива само наличието на кистозна лезия, прилежаща към простатната жлеза, до шийката на пикочния мехур. Кистите на простатата, макар и рядка диагноза при мъжете, обикновено са асимптоматични и се откриват най-често случайно по време на коремна или трансректална ехография. Етиологичните фактори включват хроничен простатит като причина за странични кисти на простатата и вродено заболяване като причина за кисти в средната линия. Съществуващите научни публикации за кисти на простатата са предимно изолирани доклади, което подчертава тяхната необичайна поява и дори по-ниска склонност към причиняване на симптоми. Именно това ни насочи към диагнозата агенезия на левия бъбрек. На извършената цистоскопия се намери „зеещ" орифициум на левия уретер, в който се проникна на около 5 см. Диагнозата се потвърди и с ядрено-магнитно изследване (Фиг. 1 и 2).



Фиг. 1. Нативен ядрено-магнитен резонанс на малкия таз. Вижда се кистозна формация в ляво между простата и пикочния мехур, които са избутани на дясно.



Фиг.2. Ядрено-магнитен резонанс на малкия таз с контрастно вещество. Пикочният мехур на пациента е избутан от кистозна формация в областта на простатната жлеза, която се оказа агенезиралия ляв бъбрек изпълнен с контраст от рефлукс на изпълнения пикочен мехур.

ОБСЪЖДАНЕ

Повечето кисти на простатата са свързани с хроничен простатит, което заблуждава при поставянето на диагнозата. Някои терапевтични възможности за лечение на простатни кисти включват трансректална аспирация с или без склеротерапия, трансуретрална марсупиализация и отворена хирургия [9]. Някои автори съобщават за трайни резултати без рецидиви при поредица пациенти с медиални кисти на простатата, лекувани с трансуретрален разрез. Лечението е трансуретрална резекция на простата и дрениране на кистата (в случая на агенезиралия бъбрек). Пациентът е неженен и няма деца. Опасността от ретроградна еякулация след трансуретралната резекция е безспорна. Затова се реши консервативно лечение до отрицателен резултат на посявката на спермалната течност. В подходящ момент препоръчваме трансуретрална резекция на простата или лапароскопско отстраняване на агенезиралия ляв бъбрек. Поради риска от придружаващи заболявания при агенезиите на бъбрека, препоръчваме активно наблюдение. За нас вай-малко рисковото радикално лечение остава лапароскопската оперативна техника.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Агенезията на бъбрек с ектопично разположен кистозен остатък в областта на мехурната шийка е рядка аномалия, която лесно може да бъде сбъркана с придобита киста на простатата, в следствие на хроничен простатит. За поставяне на правилната диагноза е необходимо магнитно-резонансното изследване с контраст. При наличие на такава аномалия се препоръчва активно наблюдение, а при персистиращи оплаквания лапароскопско отстраняване на агенезиралия бъбрек.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Bertram JF, Douglas-Denton RN, et al. Human nephron number: implications for health and disease. Pediatr Nephrol. 2011;26:1529–33.*

2. *Caiulo VA, Caiulo S, Gargasole C, et al. Ultrasound mass screening for congenital anomalies of the kidney and urinary tract. Pediatr Nephrol. 2012;27:949.*

3. *Daneman A, Alton DJ. Radiographic manifestations of renal anomalies. Radiol Clin North Am. 1991;29(2):351–63.*

4. *Decter RM. Renal duplication and fusion anomalies. Pediatr Clin North Am. 1997;44:1323.*

5. *Glassberg KI. Normal and abnormal development of the kidney: a clinician's interpretation of current knowledge. J Urol. 2002;167:2339.*

6. *Gribouval O, Gonzales M, Neuhaus T, et al. Mutations in genes in the renin-angiotensin system are associated with autosomal recessive renal tubular dys genesis. Nat Genet. 2005;37:964.*

7. *Gubler MC. Renal tubular dysgenesis. Pediatr Nephrol. 2014;29:51.*

8. *Harris J, Robert E, Källén B. Epidemiologic characteristics of kidney malformations. Eur J Epidemiol. 2000;16:985.*

9. *P. Dik, T.M. Lock, B.P. Schrier, et al. Transurethral marsupialization of a medial prostatic cystin patients with prostatitis-like symptoms. J Urol, 155 (1996), pp. 1301-1304;*

Адрес за кореспонденция:
Проф. Д. Шишков, д.м.
Урологична клиника „Св. Ап. Лука"
УМБАЛ „Пловдив"
гр. Пловдив, бул. „България" 234
e-mail: drshishkov@abv.bg

Corresponding Author:
Prof. D. Shishkov, PhD
UrologicalClinic "St. Ap. Luke "
PlovdivUniversityHospital
Plovdiv, 234 BulgariaBlvd.
e-mail: drshishkov@abv.bg

КСАНТОГРАНУЛОМАТОЗЕН ЦИСТИТ – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ И ОБЗОР НА ЛИТЕРАТУРАТА

Р. Георгиева, Б. Божков, Дм. Дмитренко, Е. Попов, Ч. Славов
Клиника по Урология и Андрология
УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ"
МУ София

XANTHOGRANULOMATOUS CYSTITIS - A CLINICAL CASE AND A REVIEW OF THE LITERATURE

R. Georgieva, B. Bozhkov, Dm. Dmitrenko, E. Popov, Ch. Slavov
Clinic of Urology and Andrology
UMHAT "Queen Joanna - ISUL"
MU Sofia

РЕЗЮМЕ

Ксантогрануломатозният цистит (КГЦ) е доброкачествено заболяване на пикочния мехур с неясна етиология. В световната литература има описани под 35 случая. Представяме 52-годишен полиморбиден пациент с микционно-дизурични оплаквания, никтурия, полакиурия и хипоспермия с давност над две години. Извършената КТ урография демонстрира формация, обхващаща задна стена на пикочния мехур, хидронефротични промени двустранно и заличени перипростатни мастни планове към семенни мехурчета. Извърши се трансуретрална резекция на формация с нетипичен за уротелен карцином изглед в областта на тригонума. Трайния хистологичен препарат установява белези, характерни за касантогрануломатозно възпаление. Към настоящия момент, осемнадесет месеца след първоначалната резекция, липсват ехографски и цистоскопски данни за рецидив. Отбелязва се подобрение на микционно-дизуричната симптоматика. Това е четвърти случай на трансуретрална резекция като метод на лечение при тази патология, описан в световната литература.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: ксантогрануломатозен цистит

ABSTRACT

Xanthogranulomatous cystitis (CGC) is a benign bladder disease o funclear etiology. There are less than 35 confirmed cases in the world literature. We present a 52-year-old polymorbid patient with disuria, nocturia, pollakiuria and hypospermia for a period of over two years. The CT urography shows a defect involving the posterior bladder wall, hydronephrotic changes bilaterally and loss of fatty plane to the seminal vesicles. Transurethral resection of the formation with an atypical for urothelial carcinoma view was performed. The pathology report describes changes characteristic of xanthogranulomatous inflammation. At present, eighteen months after the initial resection, there is no ultrasound or cystoscopic signs of recurrence. There is an improvement in the dysuric symptoms. This is the fourth case of transurethral resection as a method of treatment for this pathology, described in the world literature.

KEY WORDS: xanthogranulomatous cystitis

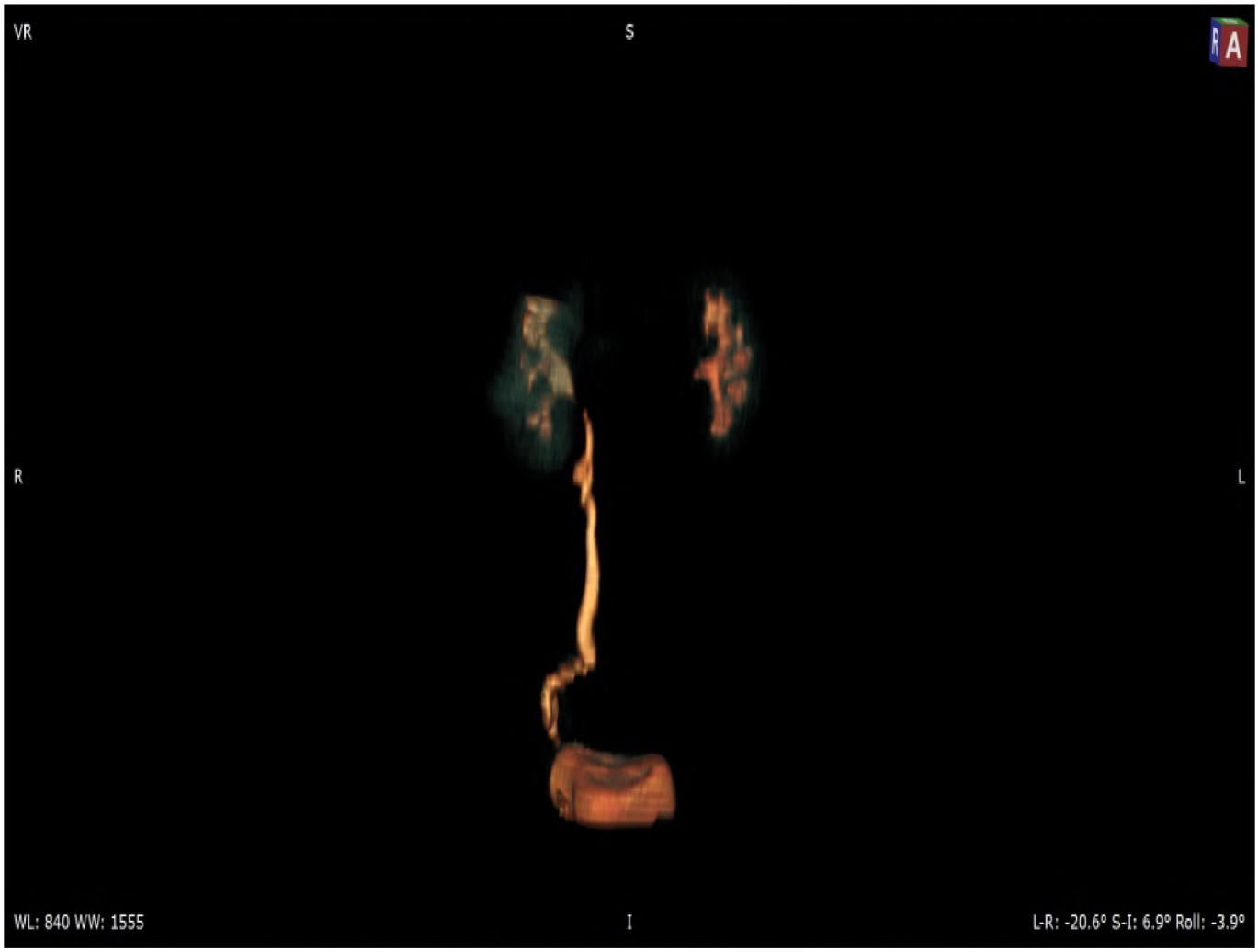
ВЪВЕДЕНИЕ

Ксантогрануломатозното възпаление е най-характерно за бъбреци, жлъчен мехур, дебело черво. Описани са и множество по-рядко срещани локализации – яйчник, ендометриум, бели дробове, бронхи и др. В световната литература са описани 32 случая на ксантогрануломатозен цистит [1]. Средната възраст на клинична изява е 45 години (варира между 9 и 76). Еднакво засяга двата пола

[2]. Най-често е обхванат куполът на пикочния мехур, като при 50% от случаите се наблюдава персистиращ урахус. Оперативното лечение е златен стандарт при това заболяване [3]. При 19 пациента е предприета парциална цистектомия; радикална цистектомия при двама и отворена ексцизия при двама [4]. На базата на литературния обзор можем да заключим, че това е четвърти случай на трансуретрална резекция като метод на избор за дефинитивно лечение.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

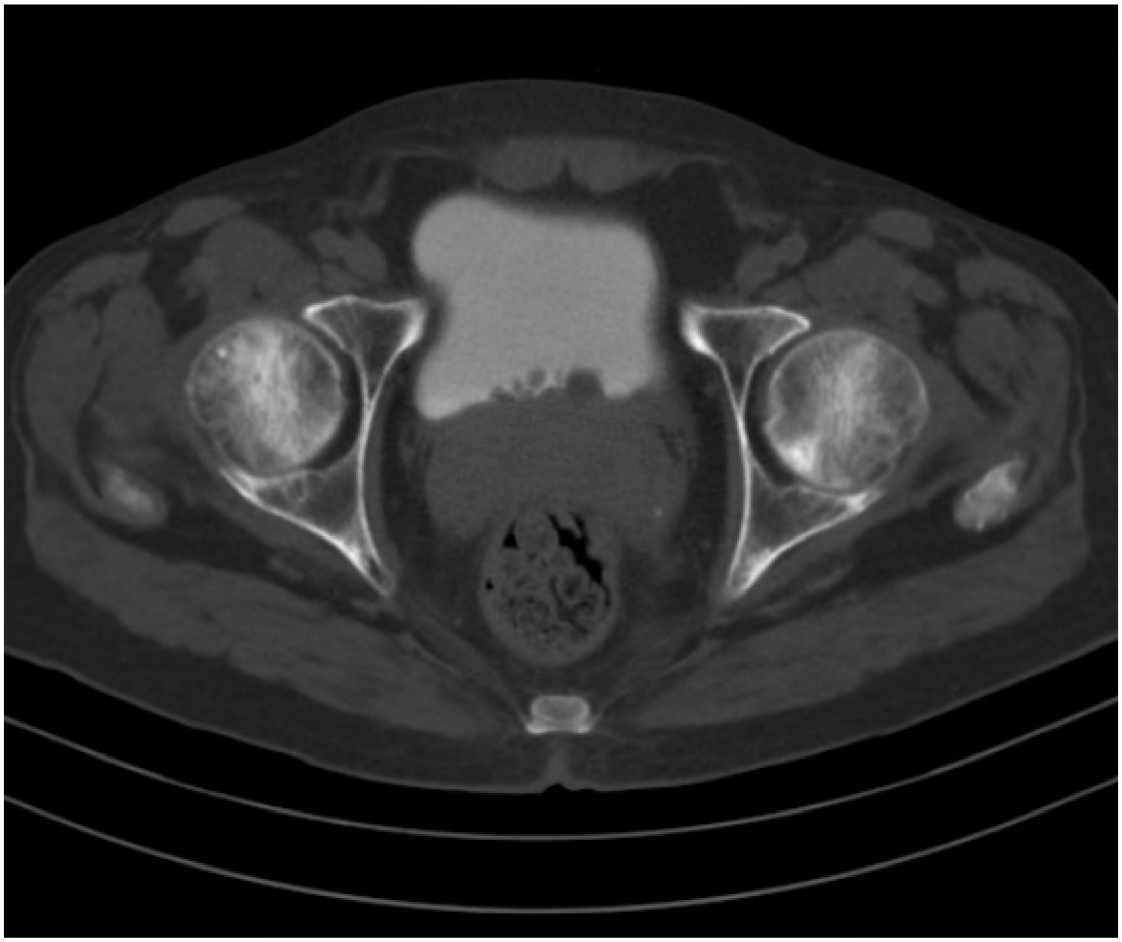
Касае се за 52-годишен мъж с дългогодишни микционно-дизурични оплаквания, никтурия, полакиурия и хипоспермия. Съобщава за епизодични болки в лява лумбална област. Двукратно извършени биопсии на простатната жлеза в друго лечебно заведение с хистологичен резултат – простатит. Провеждал консервативна терапия с антибиотик, фитотерапия и алфа-блокери без задоволителен резултат. Преди 8 месеца по повод на артериит на Takayasu е извършено стентиране на двете ренални артерии, както и на a. mesenterica sup. За този период е провеждано лечение с метилпреднизолон, азатиоприн, успоредно с двойна антикоагулантна терапия – ацетилсалицилова киселина и клопидогрел. Данни от КТ –хидронефроза I/II степен в ляво, хидроуретер в дясно, задна стена на пикочен мехур с неясни контури, двустранно дилатирани семенни мехурчета, уголемена простатна жлеза със заличени перипростатни мастни планове към семенни мехурчета (Фигура 1, 2, 3).



Фиг. 1. 3D реконструкция, демонстрираща двустранна хидронефроза и хидроуретер вдясно

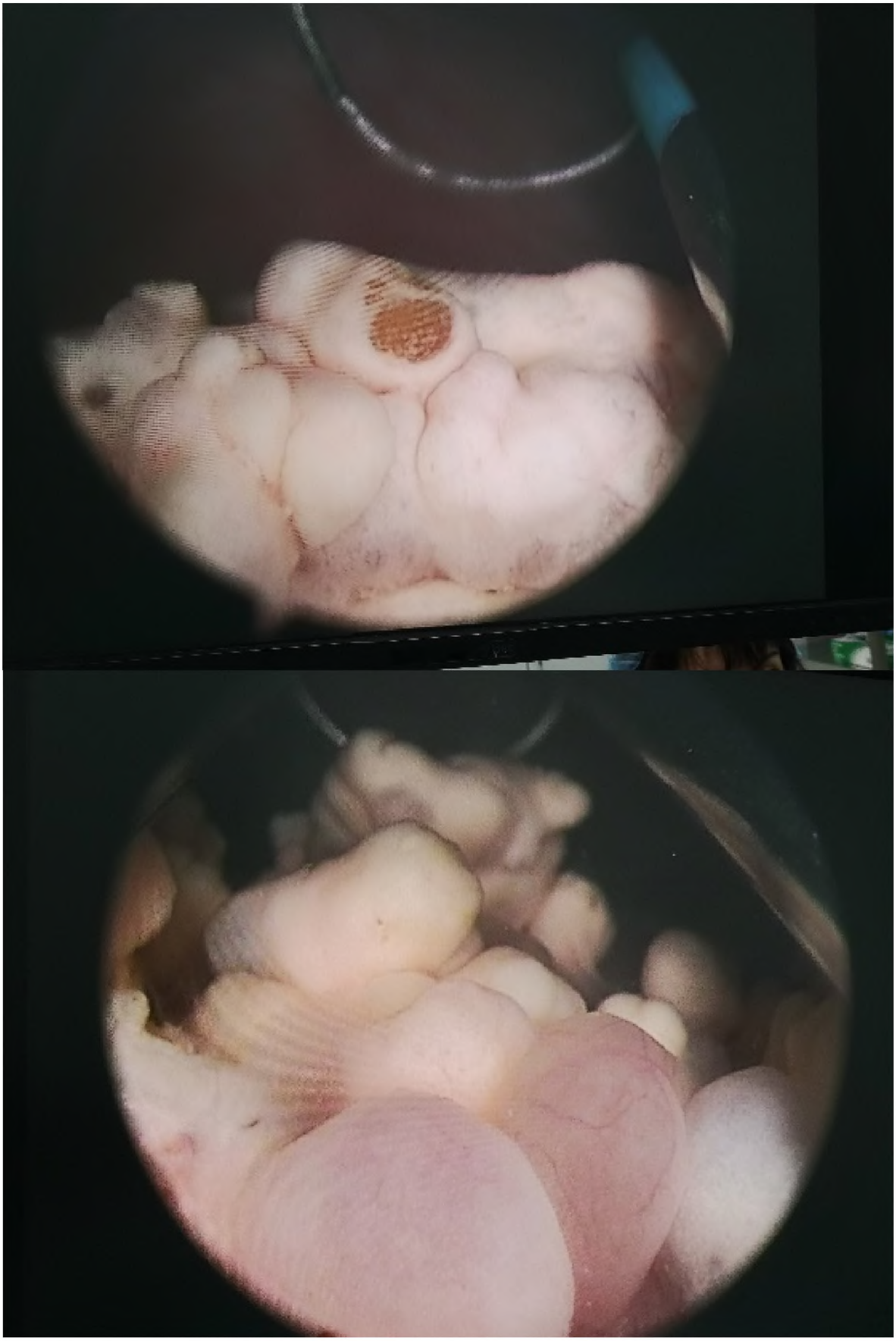


Фиг. 2. Артериална фаза - аксиален план



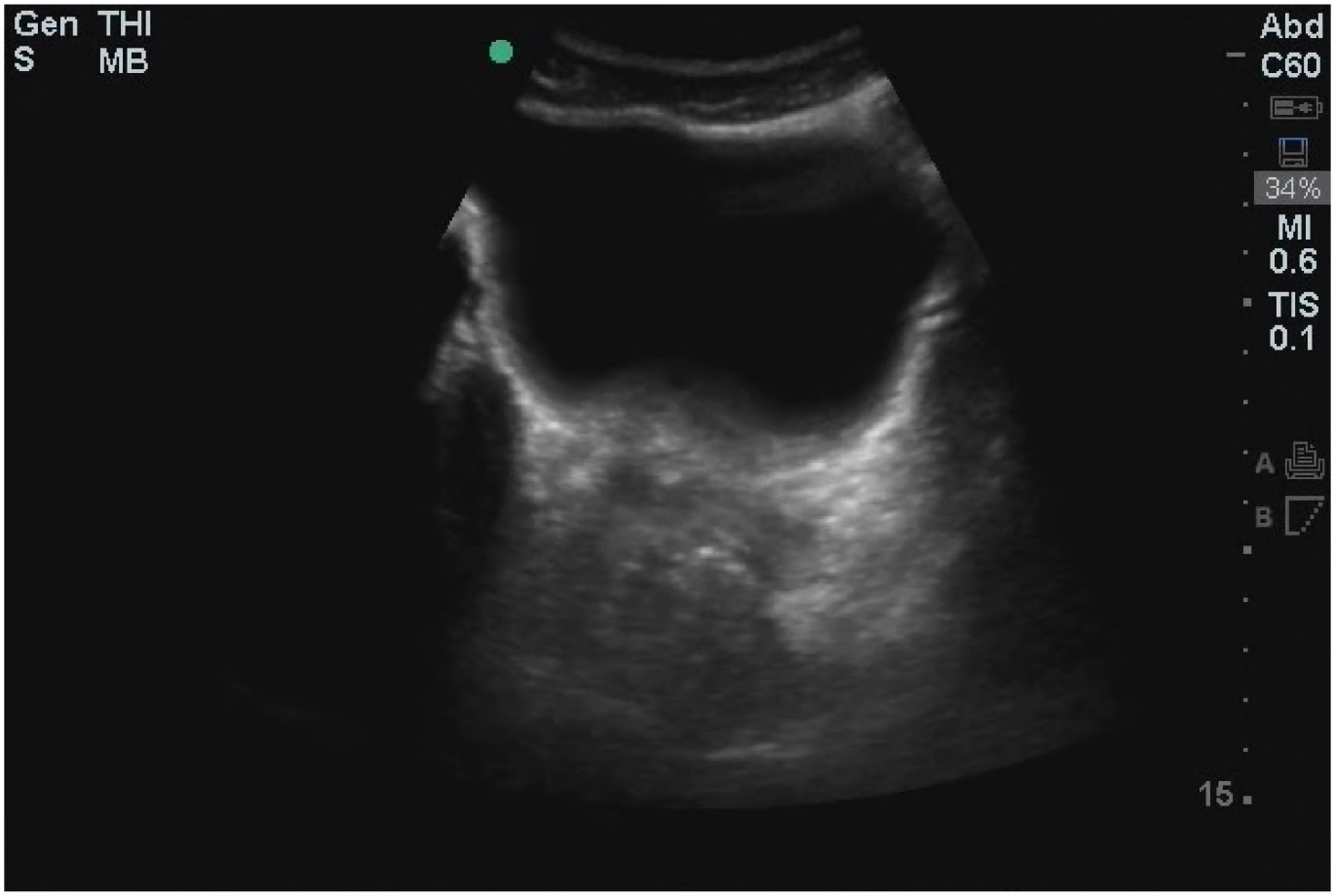
Фиг. 3. Екскреторна фаза - аксиален план

На извършената цистоскопия се установиха множество белезникави полиповидни разрастванията в областта на тригонума. Уретерални остиуми не се визуализираха (Фиг. 4). Последва трансуретрална резекция на описаните туморни формации в максимален обем. Трайният хистологичен препарат показа изменения, характерни за ксантогрануломатозен цистит. Без данни за малигнен процес.



Фиг. 4. Ендоскопски образ на формацията

След дехоспитализацията бе назначената антикоагулантна терапия. Еднократно пациента съобщи за поява на макроскопска хематурия, която се овладя консервативно. Към настоящия момент (18 месеца след операцията) няма цистоскопски и ехографски данни за туморен рецидив (Фиг. 5). Отбелязва се подобрение в дизуричната симптоматика и двустранно възстановяване на бъбречния дренаж.



Фиг. 5. Контролна ехография на 18 месец след операцията

ОБСЪЖДАНЕ

Ксантогрануломатозният цистит е изключително рядко, хронично възпалително заболяване описано за първи път през 1932г от Wassiljew [5]. В световната литература са описани 32 случая. Етиологията е неясна, но аналогично на ксантогрануломатозното възпаление на бъбреците, можем да предположим, че развитието му се дължи на хронично-рецидивиращи инфекции или на хронично потискане на имунната система – основа на лечението при улцерозен колит (два от случаите), както и на артериит на Такаясу [6]. Асоциацията с наличие на персистиращ урахус е неясна, т.к. не винаги се наблюдава анатомична връзка между двете структури. Клиничната картина е неспецифична – микционно-дизурични оплаквания, полакиурия, хематурия, болка/тежест над симфизата, в някои случаи наличие на палпаторно осезаема маса. Като най-специфично може да се приеме наличието на умбиликален гноен секрет, който е характерен при персистиране на урахус. Образните изследвания също не са от полза за разграничаването му от малигнена формация. Локализацията най-често е в областта на купола и/или предна стена. При един от пациентите се наблюдава по задна стена, два от случаите обхваща латерална [7]. Въз основа на литературните източници можем да заключим че представяме първия случай на процес в областта на тригонума. Лечението е оперативно. Въпреки прилагането на широкоспектърни антибиотици, тяхната роля е спомагателна. Парциалната резекция е метод на избор при формации в областта на купола поради асоциацията им с урахусен остатък. При два от случаите, поради големия обем на тумора и невъзможността за категорично отхвърляне на малигнен процес е извършена радикална цистектомия [8]. При три от случаите е при-

ложена трансуретрална резекция като резултатите са сходни с тези при по-радикални методи [9]. В нито един от случаите не се наблюдава рецидив на заболяването [10].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описаният случай е казуистична рядкост като локализация на кластногрануломатоза в пикочен мехур. Трансуретралната резекция на патологичните формации с достигане до здрава тъкан е метод на избор при такива случаи.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Mahalik SK, Sable MN, Das K. Xanthogranulomatous cystitis masquerading as bladder tumor in a child. Indian Journal of Urology: IJU: Journal of the Urological Society of India. 2020 Oct;36(4):312.*

2. *Pengliang C, Fengsheng L, Siyao H, Wenjie L, Fei L. A case report of xanthogranulomatous cystitis. Urology case reports. 2017 Jul 1;13:72-3.*

3. *Gupta R, Mahajan A, Kapoor BB. Xanthogranulomatous cystitis presenting as hematuria: A case report and review of literature. Indian Journal of Case Reports. 2018:403-4.*

4. *Balasar M, Sönmez MG, Oltulu P, Kandemir A, Kılıç M, Gürbüz R. Complete treatment with partial cystectomy in giant xanthogranulomatous cystitis case imitating bladder tumor. Urology annals. 2017 Apr;9(2):204.*

5. *Lee SL, Teo JK, Lim SK, et al. Coexistence of malakoplakia and papillary urothelial carcinoma of the urinary bladder. Int J SurgPathol2015;23:575–8*

6. *Bourm KS, Menias CO, Ali K, Alhalabi K, Elsayes KM. Spectrum of xanthogranulomatous processes in the abdomen and pelvis: a pictorial review of infectious, inflammatory, and proliferative responses. American Journal of Roentgenology. 2017 Mar;208(3):475-84.*

7. *Hayashi N, Wada T, Kiyota H, Ueda M, Oishi Y. Xanthogranulomatous cystitis. Int J Urol 2003;10:498-500.*

8. *Ekici S, Ekici I, Ruacan S, etal. Xanthogranulomatous cystitis: a challengingimitatorofbladdercanc er. ScientificWorldJournal. 2010;10:1169-73.*

9. *Xiao N, Tang R, Ge B, Zhao H, Wang J. Poorbladdercomplianceduetomalacoplakiawithxanthogran ulomatouscystitis: A casereport. Medicine. 2020 Jun 26;99(26).*

10. *Shah SJ, Ajitsaria V, Singh V. Urinary bladder xanthomatous cystitis. Indian journal of urology: IJU: journal of the Urological Society of India. 2017 Jan;33(1):79.*

Адрес за кореспонденция:
Чл. кор. Проф. Чавдар Славов, д.м.н.
УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“
София, ул. „Бяло море“ 8
e-mail: ch.k.slavov@gmail.com

Corresponding Author:
Prof. Chavdar Slavov
UMHAT "Queen Joanna - ISUL"
Sofia, 8 „Byalo More“ Str.
e-mail: ch.k.slavov@gmail.com

МЯСТО НА НИСКОИНТЕНЗИВНАТА ЕКСТРАКОРПОРАЛНА УДАРНО-ВЪЛНОВА ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА ЕРЕКТИЛНА ДИСФУНКЦИЯ СЛЕД ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРАФИНОМ НА ПЕНИСА

Б. Атанасов[1], Н. Колев[1], В. Дунев[1], Мария Колева[1], Мартин Стойков[1], Пенчо Генов[2]
Медицински университет Плевен[1]
Русенски университет "Ангел Кънчев"[2]

PLACE OF LOW-INTENSITY EXTRACORPOREAL SHOCKWAVE THERAPY IN THE TREATMENT OF ERECTILE DYSFUNCTION AFTER SURGICAL MANAGEMENT OF PENILE PARAFFINOMA

Boyan Atanasov[1], Nikolay Kolev[1], Vladislav Dunev[1], Maria Koleva[1], Martin Stoykov[1], Pencho Genov[2]
Medical University Pleven, Bulgaria[1]
University of Ruse "Angel Kanchev"[2]

РЕЗЮМЕ

През последните години нискоинтензивната екстракорпорална ударно-вълнова терапия намира все по-широко приложение в урологията. Основните и приложения са в лечението на болестта на Peyronie и появата на еректилна дисфункция след нервосъхраняваща радикална простатектомия. Представяме случай на приложение на нискоинтензивната екстракорпорална ударно-вълнова терапия при 31-годишен мъж с еректилна дисфункция след хирургично лечение по повод парафином на пениса.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: нискоинтензивна екстракорпорална ударно-вълнова терапия, еректилна дисфункция

ABSTRACT

In recent years, low-intensity extracorporeal shock wave therapy has been increasingly used in urology. Its main applications are in the treatment of Peyronie's disease and erectile dysfunction after nerve-sparing radical prostatectomy. We presented a case of application of low-intensity extracorporeal shock wave therapy in a 31-years old man with erectile dysfunction after surgical management of penile paraffinoma.

KEY WORDS: low-intensity extracorporeal shockwave therapy, erectile dysfunction

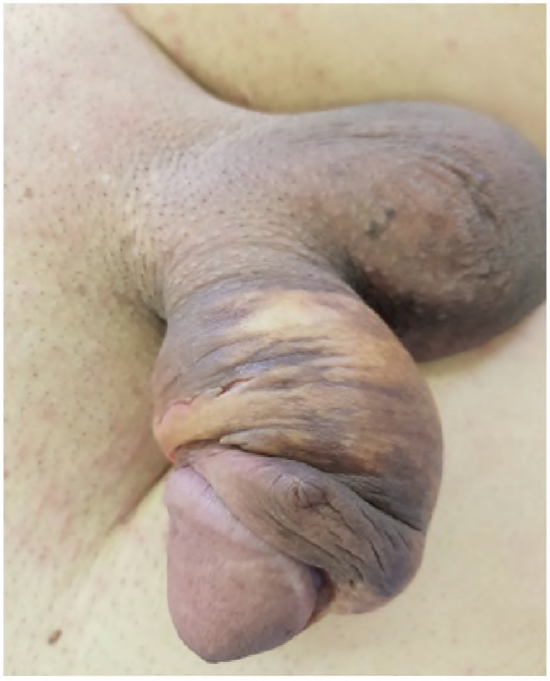
ВЪВЕДЕНИЕ

В Клиниките по урология към УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ и УМБАЛ „Света Марина“, Плевен, за последните 13 години са оперирани над 150 пациента с парафином на мъжки гениталии (ПМГ). Хирургичните техники, които използвахме за възстановяване на пениса бяха: просто изрязване, модифициран Cecil, двустранни скротални ламба и meshed split-thickness skin grafts (mSTSG). Най-честите следоперативни усложнения след тези операции бяха: инфекция на раната, дехисценция, еректилна дисфункция, рецидив, деформация, „набръчкване“ и дистална некроза. В настоящия доклад ще се съсредоточим само върху появата на еректилна дисфункция. Честотата на поява на еректилната дисфункция на третия следоперативен месец е както следва: 11% при пациентите с проста ексцизия, 23% при пациентите с модифициран Cecil, 16% при тези с двустранни скротални ламба и 5% при тези с mSTSG. Според препоръките на европейската асоциация по урология, когато възникне еректилна дисфункция независимо от нейната етиология, започваме лечение първо с инхибитори на фосфодиестераза-5, ако те не постигнат необходимия резултат, се продължава с локален/интрауретрален алпростадил, вакуумни устройства и накрая се поставят протези на пениса. Нискоинтензивната екстракорпорална ударно-вълнова терапия е възможна алтернатива за лечение

при липса на ефект от инхибиторите на фосфодиестераза - 5. Тя причинява микротравми и механичен стрес на тъканите. Това води до производството на азотен оксид от ендотелните клетки и до освобождаването на ангиогенни фактори, водещи до клетъчна пролиферация и неоваскуларизация.

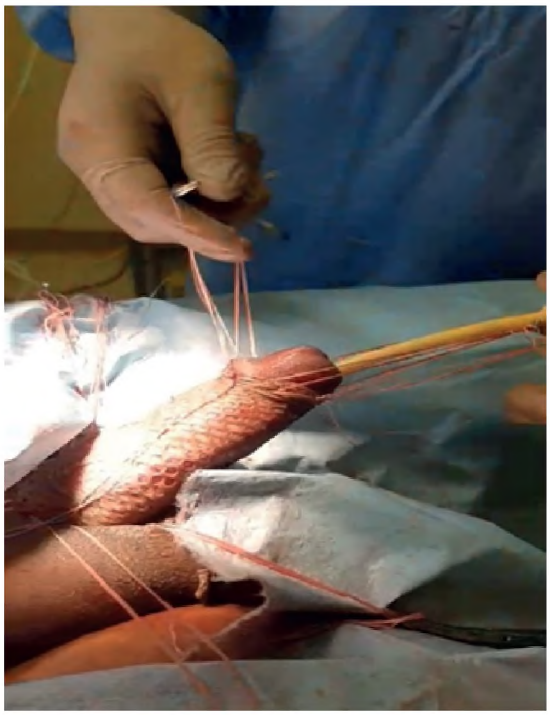
КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Представяме случай на 31-годишен мъж, който е инжектирал 20 ml парафин в пениса си през месец февруари 2019 г. През месец януари 2020 г., поради деформация и затруднен полов акт, той посещава уролог. Физикалният преглед показва изразена деформация по вентралната повърхност на пениса (фиг. 1).



Фиг. 1. Парафином на пениса

На пациента беше предложена пластична операция с meshed split-thickness skin grafts. Пациентът е опериран през март 2020 г. (Фиг. 2).



Фиг. 2. Пластика с meshed split-thickness skin grafts

Два месеца след операцията мъжът съобщава за еректилна дисфункция, съчетана с изкривяване на пениса - 30 градуса. При изследване на пълна кръвна картина, холестерол, триглицериди, кръвна захар и тестостерон няма отклонения от нормата. Тестът на урината не показва наличие на бактерии. Изчисли се международният индекс за еректилната функция - 5. Резултатът показа 17 точки, което съответства на лека до умерена еректилна дисфункция. На пациента предписахме Тадалафил 5 mg веднъж дневно за период от 2 месеца. При последващия преглед, след два месеца пациентът съобщи за липса на подобрение в ерекцията. Резултатът от международният индекс за еректилната функция - 5 беше 18 точки. С оглед на липсата на ефект от инхибитора на фосфодиестерсза - 5 и наличието на девиация на пениса, предложихме на пациента да започнем нискоинтензивната екстракорпорална ударно-вълнова терапия. Процедурите се осъществяваха веднъж седмично за период от 6 седмици. Терапията беше в 5 позиции на пениса: в дисталната, средната и проксималната част на дорзалната повърхност на тялото на пениса (фиг. 3), както и в дясното и лявото кавернозно тяло.



Фиг. 3. Нискоинтензивна екстракорпорална ударно-вълнова терапия

Във всяка точка бяха приложени 700 удара, общо 3500 удара на процедура. При последващия преглед след два месеца пациентът съобщи за подобрение на еректилната функция и отклонението на пениса. Измерванията на международният индекс за еректилната функция - 5 показаха - 23 точки, които съответстват на нормална еректилна функция.

ОБСЪЖДАНЕ

Инхибиторите на фосфодиестераза-5 като Тадалафил са най-широко използваните лекарства за лечение на еректилна дисфункция с различна етиология. Независимо от тяхната безспорна ефективност, тези агенти не винаги могат да коригират настъпилите промени в патофизиологията на пениса, причинени от различни причини. Този факт налага търсенето на нови методи за възстановяване на еректилната функция при тези пациенти. През последните години нискоинтензивната ударно-вълновата терапия се утвърди като един от тези методи. Ударната вълна е вид механична вълна, която носи определена енергия. В зависимост от силата си може да предизвика стимулиране на регенеративните процеси или разрушаване на тъканите. През 1980 г. екстракорпоралната ударно-вълнова терапия се прилага за първи път за литотрипсия на бъбречен конкремент [1]. По-късно този метод се усъвършенства, с разработването на устройства за нискоинтензивна екстракорпорална ударно-вълнова терапия. Първоначално те са били използвани за лечение на мускулно-скелетни за-

болявания [2], бавно заздравяващи рани [3] и болест на Пейрони [4]. През 2010 г. Vardi et al. за първи път съобщават за използването на нискоинтензивна екстракорпорална ударно-вълнова терапия при лечението на еректилна дисфункция [5]. През последните 10 години опитът от международни клинични проучвания с нискоинтензивна екстракорпорална ударно-вълнова терапия показва неговата безспорна безопасност, ефективност и поносимост при лечението на еректилна дисфункция, независимо от етиологичната причина. Наличието на еректилна дисфункция, съчетана с отклонение на пениса след хирургично лечение на парафином на пениса, ни дава основание да предложим на пациента нискоинтензивна екстракорпорална ударно-вълнова терапия. Нашият опит потвърждава положителните данни за ефективността на този метод, представени в световната литература.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Описаният случай показва, че нискоинтензивната екстракорпорална ударно-вълнова терапия е безопасна, ефективна и добре поносима процедура при съчетание на еректилна дисфункция след хирургично лечение на парафином на пениса и изкривяване на члена. Тя може да бъде възможна алтернатива за рехабилитация на пениса при пациенти с такива нарушения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Chaussy C, Brendel W, Schmiedt E. Extracorporeally induced destruction of kidney stones by shock waves. Lancet 1980;2:1265–8..*

2. *Hazan-Molina H, Reznick AZ, Kaufman H, Aizenbud D. Periodontal cytokines profile under orthodontic force and extracorporeal shock wave stimuli in a rat model. J Periodontal Res 2015;50:389–96.*

3. *Hayashi D, Kawakami K, Ito K, et al. Low-energy extracorporeal shock wave therapy enhances skin wound healing in diabetic mice: a critical role of endothelial nitric oxide synthase. Wound Repair Regen 2012;20:887–95.*

4. *Chitale S, Morsey M, Swift L, Sethia K. Limited shock wave therapy vs sham treatment in men with Peyronie's disease: results of a prospective randomized controlled double-blind trial. BJU Int 2010;106:1352–6.*

5. *Vardi Y, Appel B, Jacob G, Massarwi O, Gruenwald I. Can low-intensity extracorporeal shockwave therapy improve erectile function? A 6-month follow-up pilot study in patients with organic erectile dysfunction. Eur Urol 2010;58: 243-8*

Адрес за кореспонденция:
Доц. Боян Атанасов
УМБАЛ „Света Марина“
Клиника по урология
ул. “Българска авиация“, Плевен
e-mail: atanasovmd@yahoo.com

Corresponding Author:
Boyan Atanasov
UMHAT ”Saint Marina”
8 Balgarska aviacia str.
Pleven, Bulgaria
e-mail: atanasovmd@yahoo.com

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ НА ЛАПАРОСКОПСКИ ИНДУЦИРАН ПНЕВМОТОРАКС ПО ВРЕМЕ НА ЛАПАРОСКОПСКА НЕФРЕКТОМИЯ

Д. Анакиевски, Р. Маринов, П. Абушев, В. Николов
Клиника по Урология, УМБАЛ „Св. Марина“ - Варна
Медицински Университет „Проф. Параскев Стоянов“- Варна

CLINICAL CASE OF LAPAROSCOPICALLY INDUCED PNEUMOTHORAX DURING LAPAROSCOPIC NEPHRECTOMY

D. Anakievski, R. Marinov, P. Abushev, V. Nikolov
Clinic of Urology, University Hospital "St. Marina"- Varna
Medical University "Prof. Paraskev Stoyanov"- Varna

РЕЗЮМЕ

Пневмоторакса е клинично състояние, което се характеризира с анормално събиране на въздух в плевралнато пространство, което отделя белия дроб от гръдната стена и води до нарушаване на нормалното дишане. Най-често пневмоторакс може да бъде причинен от травма на гръдния кош или е усложнение на оперативна интервенция - ятрогенна лезия на диафрагмата в следствие на хирургическа намеса или лапароскопска процедура. Характерните типични симптоми на пневмоторакс са болка в гърдите и недостиг на въздух. Представяме случай на лапароскопски предизвикан пневмоторакс по време на лапароскопска нефректомия.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: пневмоторакс, лапароскопия, нефректомия

ABSTRACT

Pneumothorax is a clinical condition characterized by abnormal collection of air in the pleural space, which separates the lung from the chest wall and disrupts normal breathing. Most often pneumothorax can be caused by trauma to the chest or is a complication of surgery - iatrogenic lesion of the diaphragm as a result of surgery or laparoscopic procedure. Typical symptoms of pneumothorax are chest pain and shortness of breath. We present a case of laparoscopically induced pneumothorax during laparoscopic nephrectomy.

KEY WORDS: pneumothorax, laparoscopy, nephrectomy

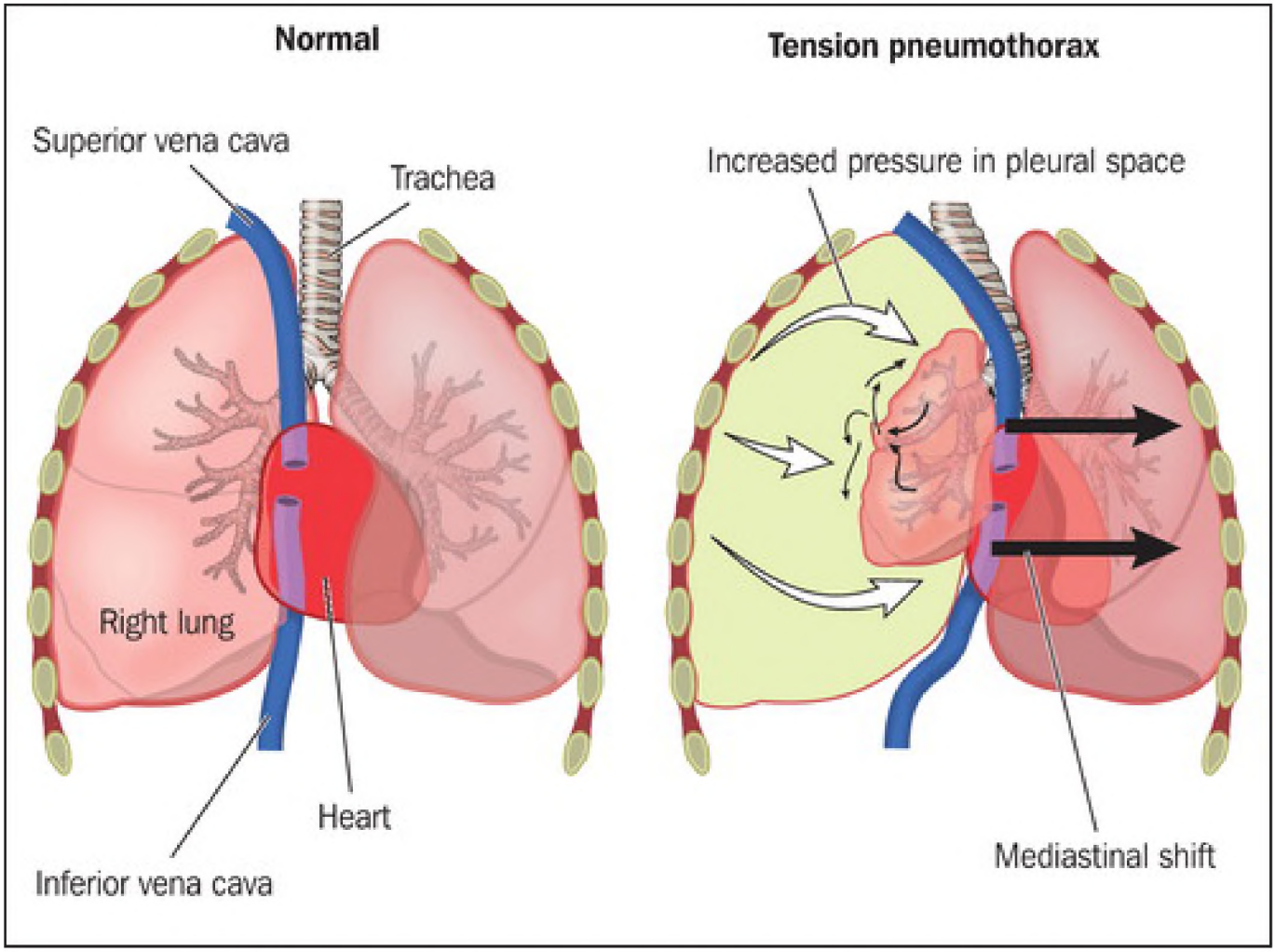
ВЪВЕДЕНИЕ

Индикациите за лапароскопска хирургия за лечение на различна патология на пикочните пътища се увеличават с всяка изминала година. Познаването на потенциалните усложнения, които могат да бъдат срещнати при лапароскопията и съответното им диагностициране и лечение са от съществено значение. Появата на пневмоторакс по време на лапароскопски операции на бъбрека обикновено е свързано с лезия на диафрагмата, която позволява на CO2 под налягане да навлезе в гръдната кухина. Поставянето на дренажна тръба в гръдният кош обикновено се изисква за големи дефекти и симптоматични пациенти. Въпреки това, при определени пациенти, поради благоприятните абсорбиращи свойства на CO2, консервативното лечение може да бъде също вариант на избор. Представяме случай на пневмоторакс възникнал по време на лапароскопска бъбречна операция.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Представяме клиничен случай на 52-годишен мъж с афункция на десният бъбрек, случайно диагностициран след преглед от личен лекар, по повод високо кръвно налягане. След направената КТ с интравенозен контраст, се установи, че десния бъбрек е с хидронефротична трансформация

като на късната венозна урография не се отделя контраст, за разлика от левия бъбрек. След предоперативна подготовка, пациента бе опериран лапароскопски чрез транс-перитонеален подход. С помощта на иглата на Veress се създаде пневмоперитонеум до 12 mm / Hg и след това се поставиха 4 порта на коремната стена: един порт 10 mm, за камерата и 3 допълнителни порта: един 10 mm порт под ребрената дъга, друг 5 mm в предната аксиларна линия и един 5 mm порт, 2 cm над предната част на илиачната кост. Лапароскопската дясна нефректомия бе извършена с минимална кръвозагуба, с оперативно време от 29 мин. След отстраняване на материала ние извършихме проверка на перитонеалната кухина, като стандартна процедура в края на всяка операция. Видяхме, че дясната диафрагма е релаксирана, уведомихме анестезиологът който извърши аускултация на десния бял дроб и установи липса на дишане. Интраоперативно не можахме да намерим ятрогенна лезия на диафрагмата, въпреки това се постави дрнажна тръба в дясната плеврална кухина, докато пациентът бе все още под упойка, след което нормалната функция на дишането се възстанови. Дренажната тръба от гръдният кош се отстрани на първият постоперативен ден. Рентгенографията показа нормална разгънат бял дроб. Пациентът бе изписан на 3-тия ден след операцията в добро общо състояние (Фиг.1).



Фиг. 1. Схематично предстявяне ня пневмоторакс в дясна гръдна половина

ДИСКУСИЯ

Лапароскопията е хирургична техника, която става все по-популярна. Пневмоторакса е известно усложнение на лапароскопска коремна хирургия [1]. Това е най-често усложнение на процедури, които включват лапароскопска мобилизация на хранопровода и процедури като фундопликация. По принцип всяка лапароскопска процедура, която включва дисекция на диафрагмата влияе върху париеталната плевра и може да се наблюдава пневмоторакс [2]. Рисковите фактори, които са свързани

с развитието на пневмоторакс по време на лапароскопска хирургия са дълго оперативно време, повече от 200 мин, ниво на въглеродния диоксид >50 mm живачен стълб и неопитност на оператора [3, 4, 5]. Откриване на интраоперативен пневмоторакс е от решаващо значение и може да се осъществи по няколко начина. Най-очевидно е пряката визуализация на лезията в париеталната плеврата и визуализацията на белия дроб. Проблемът е, че лезията не винаги може да се установи и единственото доказателство за интраоперативен пневмоторакс може да е парадоксалното балониране на хемидиафрагмата на засегнатата страна или промени в дихателните динамика [3]. Дихателните промени, които настъпват в резултат на пневмоторакс са намаляване на общия капацитет на белите дробове, което е резултат от повишено налягане на дихателните пътища и увеличаване на CO2, които водят до повишаване на крайния прилив на CO2, който може да се използва като основен показател за лапароскопски причинен пневмоторакс. Освен това, могат да се наблюдават хипооксигенация и хемодинамични промени [6]. Други признаци на интраоперативен пневмоторакс са подуване на югуларната вена, особено при напрегнат пневмоторакс, хипотония, отсъстващи дихателни звуци, издута диафрагма и разширяване на подкожният емфизем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Появата на пневмоторакс по време на лапароскопска операция на бъбрека е рядко усложнение. Рискови фактори за възникването му са дълго оперативно време, високо ниво на въглеродния диоксид и неопитност на оператора. Диагностицирането на това усложнение е лесно. Лечението е поставяне на дренажна тръба в гръдния кош за няколко дни.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Joshi GP. Complications of laparoscopy. Anesthesiol Clin North America 2001;19:89-105*

2. *Voyles CR, Madden B. The " oppy diaphragm" sign with laparoscopic-associated pneumothorax. JSLS 1998;2:71-3.*

3. *Hawasli A. Spontaneous resolution of massive laparoscopy- associated pneumothorax: the case of the bulging diaphragm and review of the literature. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2002;12:77-82.*

4. *Labow DM, Conlon KC. Pneumothorax after diagnostic laparoscopy. Surg Endosc 1999;13:935-6.*

5. *Gueret G, Guischard F, Dumoulin JL, et al. Life- threatening bilateral pneumothorax caused by misconnection of the laser lens cooling system during gynecologic laparoscopy.*

6. *Ludemann R, Krysztopik R, Jamieson GG, et al. Pneumothorax during laparoscopy. Surg Endosc 2003;17:1985-9.*

Адрес за кореспонденция:
Доц. Деян Анакиевски, д.м.
УМБАЛ „Св. Марина“ - Варна
Варна, бул. „Христо Смирненски“ 1
e-mail: dejan_anakievski@yahoo.com

Corresponding Author:
Assoc. Prof. Deyan Anakievski, MD
University Hospital "St. Marina "- Varna
Varna, 1 Hristo Smirnenski Blvd.
e-mail: dejan_anakievski@yahoo.com

РЕКОНСТРУКТИВНА ХИРУГИЯ ПРИ СТРИКТУРА И ФИСТУЛА НА УРЕТРАТА

Николай Евтимов
Клиника по Урология
УМБАЛ "Св. Анна", Варна

RECONSTRUCTIVE SURGERY FOR STRICTURE AND FISTULA OF THE URETHRA

Nikolay Evtimov
Department of Urology
MBAL "St. Anna", Varna

РЕЗЮМЕ

Стриктурите на уретрата се получават най-често в следствие на извършване на различни процедури върху простатата и пикочния мехур, посредством използването на различни трансуретрални инструменти. В следствие на нанасянето на микротравми върху епителa на уретрата, същият се заменя с нефункционална съединителна тъкан, което води до стеснение на лумена на уретралния канал. Употребата на интензивен резекционен ток, инфекциите, използването на груба сила при поставяне на катетри също допринася за разрастването на такава фиброзна тъкан. Целта на настоящия клиничен случай е да представим тежко нарушение на качеството на живот на пациент след извършена трансуретрална резекция на простатата (ТУР-П).

КЛЮЧОВИ ДУМИ: стриктура на уретрата, пластика с букална лигавица

ABSTRACT

Urethral strictures occur most often as a result of performing various procedures on the prostate and bladder, using various transurethral instruments. As a result of trauma to the epithelium of the urethra, it is replaced by non-functional connective tissue, which leads to narrowing of the lumen of the urethral canal.The use of intensive resection current, infections, brute force when placing catheters also contributes to the growth of fibrous tissue. The aim of the present clinical case is to present a severe impairment of the patient's quality of life after transurethral resection of the prostate (TUR-P).

KEY WORDS: stricture of the urethra, buccal graft

ВЪВЕДЕНИЕ

Стриктурите на уретрата се получават най-често в следствие на извършване на различни процедури върху простатата и пикочния мехур, посредством използването на различни трансуретрални инструменти. В следствие на нанасянето на микротравми върху епителa на уретрата същият се заменя с нефункционална съединителна тъкан, което води до стеснение на лумена на уретралния канал [1]. Употребата на интензивен резекционен ток или използването на груба сила при поставяне на катетри или при въвеждането на трансуретралните инструменти също допринася за разрастването на фиброзна тъкан [2]. Не рядко стриктурите на уретрата могат да се дължат и на използването на неподходящ шевен материал при извършване на пластика на уретрата поради хипоспадия или след травматични наранявания на същата. Голяма група представляват и стриктурите получени след постоперативни възпалителни процеси или след сексуално трансмисивни заболявания лекувани неадекватно [3]. Заболяването започва най-често постепенно, няколко седмици след оперативната намеса или след свалянето на уретралния катетър, като пациента забелязва, че струята при

уриниране започва да изтънява. Умората на детрузора постепенно води до полакиурия, декомпенсация на мускула на пикочния мехур, наличие на голяма количество остатъчна урина и последваща ретенция. Заедно с това може да се стигне и до рефлукс на урината към бъбречния паренхим с произтичащата от това хронична бъбречна недостатъчност. Диагностицирането на стриктурите е сравнително лесно поради специфичните оплаквания. В съображение влизат урофлоуметрията, показваща високата степен на стеснение и посявката на урина за наличие или не на уроинфекция [4]. Преди започване на лечението за точната диагностика и избора на оперативна техника е необходимо да се извърши микционна цистоуретрография. Тя уточнява дължината на стриктурата, наличието на фистулни ходове и състоянието на мехурната шийка. Ендоскопията също е необходима за уточняване броя на „лъжливите“ ходове получени в резултат на неуспешни катетеризации.

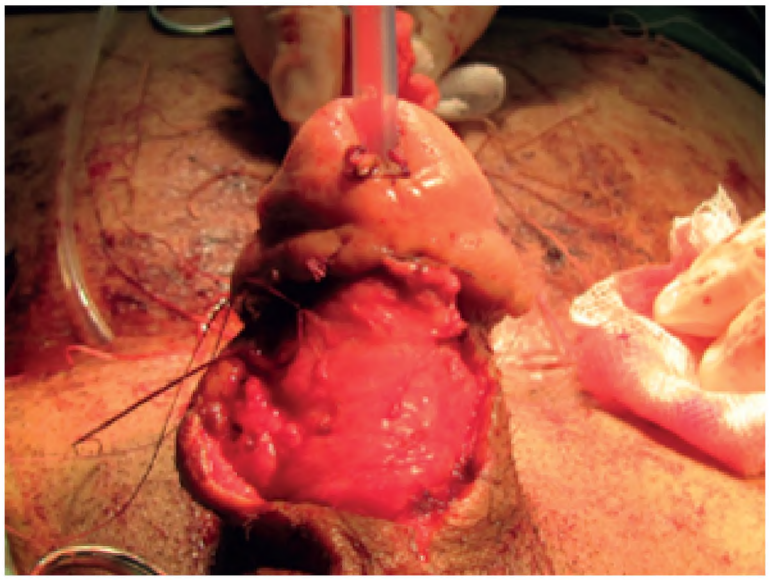
КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Представяме мъж на 40 години с инициали С. И. К. (ИЗ № 4126 03.06. /2016 г.), който постъпва на лечение в Клиника по урология към УМБАЛ “ Св. Анна” Варна, по повод на ретенция на урината за пореден път. През 2015 год. му е извършена трансуретрална резекция на простата поради ДПХ. След сваляне на катетъра пациента започва да се оплаква от чести позиви за уриниране, каквито е имал и преди оперативната намеса. По-късно пациента получава и възпаление на меките тъкани в областта на перинеума, поради което е извършена ексцизия на перинеален абсцес. Вероятно поради нараняване на уретрата в последствие се образува урином в същата област, което води до поява на абсцес в парапрокталното пространство. Пациента забелязва, че се появява и отвор по вентралната страна на пениса от който изтича урина. Постепенно струята при уриниране започва да изтънява докато пациента изпада в ретенция. Поставен е цистостомен катетър тъй като е невъзможна катетеризация въпреки многократните опити (Фиг.1).



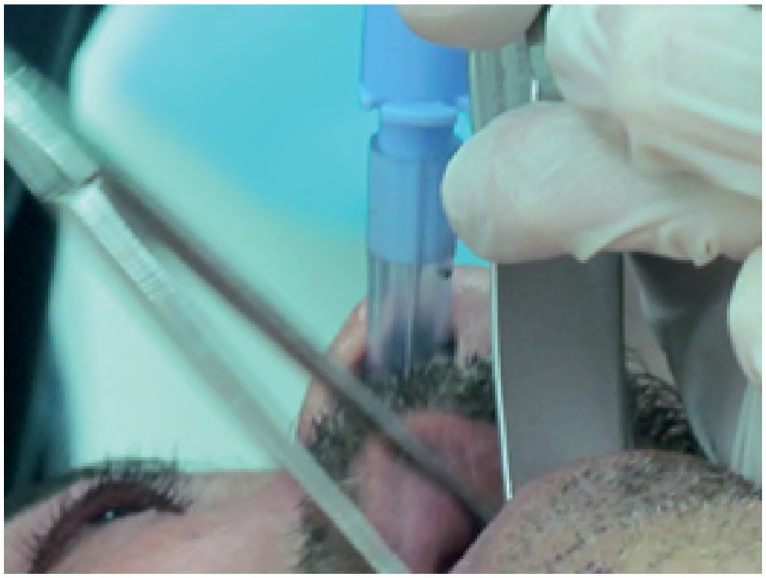
Фиг.1. Наличие на фистула по вентралната страна на пениса и поставен цистофикс поради ретенция на урината

На 09.03.2016 след кратка предоперативна подготовка бе извършена свободна пластика на уретрата с помощта на букална лигавица след изсичане на уретралната стриктура. За да се вземе графт с достатъчна дължина пациента беше интубиран назотрахеално. Анестезията е ключов момент за добри оперативни резултати. Операцията започна с изсичане на нефункционалната цикатриксна тъкан от уретрата (Фиг. 2).



Фиг. 2. Представя изсичането на стриктурата на уретрата и оформянето на графта върху стриктурата

След нейното отстраняване се оформи участък с големина 3/1.5 см., който не може да бъде възстановен без използване на ламбо. Пристъпи се към вземане на такова от устната кухина (Фиг. 3). Важен момент по отношение на графта е той да се вземе, колкото се може по-късно и да не се премахва съединителната тъкан разположена под епитела за да се съхранят малките капилярчета, от които ще зависи инплантирането му.



Фиг. 3. Представя вземане на графт от долната устна на пациента необходим за възстановяване на уретрата

Следващ момент е възстановяване на уретралният канал с помощта на свободен пластичен материал. Оформянето на уретрата става върху катетър и пришиване на трансплантa с помощта на 6/0 монофиламентен бавно резорбируем конец, с който се прави продължителен херметичен шев с атравматична игла. Това определя жизнеността на трансплантa в следващите дни до прорастване на новите капиляри, в следствие на ендотелната генеза [5, 6]. Окончателния вид след оперативната намеса и при изписването се вижда на фигура 4, а късните резултати се виждат на фигура 5.



Фиг. 4. Окончателен вид в края на операцията и при изписването



Фиг.5. Късни резултати в областта на устната и свободната пластика на пениса

ОБСЪЖДАНЕ

Ятрогенните стриктури на уретрата са проблеми за всеки уролог. Реконструктивната хирургия дава шанс на такива пациенти да подобрят качеството си на живот. Свободната пластика с букална лигавица макар и стар във времето метод е за предпочитане пред всички други възможности. Нерядко той се съчетава и с друг вид пластики, каквито са разместване на кожни ламба с цел изправянето на пениса [6]. За съжаление поради използването на не щадящи методи при лечение на урологично болните мъже в млада възраст се стига то този вид тежки усложнения. Сложността и добрите резултати от лечението корелира с дължината на стриктурата. Колкото е по-дълга тя, толкова е по трудна за лечение [7]. Всяка операция при тези пациенти започва с изсичане на стриктурата, което води до загуба на тъкан, така наречената „минус тъкан“, която не може да се замести с друг вид материал освен автопластичен. Опитите за използване на алографтове за заместване на изгубените тъкани са неуспешни и водят до още по-тежки усложнения, включително и отключване на процеси, като асептична некроза, които могат да доведат до загуба на органа [8]. Вземането на на графт от букална лигавица когато ни е необходимо ламбо с голяма площ се улеснява, когато анестезизиологичната техника на интубация е обща назо-трахеална . Този вид интубация дава сигурност на анестезиолога за недопускане на аспирация на кръв и слюнка при отпрепариране на ламбата в устната кухина. Епидуралният катетър предотвратява постоперативната болка и след-оперативната чревна пареза. След извършването на свободната пластика с букална лигавица са възможни много усложнения, включително некроза на графта, поради което повечето уролози не

предпочитат този вид техника. Най-честите усложнения са рецидивираща уроинфекция, следствие на не добре оформен уретрален канал. Ако графта няма достатъчно дължина и ширина, няма да може новообразувания лумен да има достатъчен диаметър и ще има задръжка на урината. При използване на неподходящия шевен материал или ако се използва друг шев осен продължителния са възможни появата на фистули и конкременти в по-далечен порядък.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Назо-ларингеалната интубация е от ключово значение за осъществяването на достъп към устната кухина и вземането на графт с достатъчна площ.

2. Предварителното поставяне на епидурален катетър предотвратява постоперативната болка и създава по-добро качество на живот в следоперативния период.

3. Свободната пластика с букалана лигавица е единствения възможен метод за лечение на дълги и тежки стриктури на уретрата [1, 2].

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Karian LS, Chung SY, Lee ES. Reconstruction of Defects After Fournier Gangrene: A Systematic Review. Eplasty. 2015 ;15:18.*

2. *Eswara JR, McDougal WS. Long-term outcomes of surgical management for nonmalignant perineal disease. J Urol. 2013 ;190(6):2139-43. doi: 10.1016/j.juro.2013.05.113. 11.*

3. *Ludolph I, Titel T, Beier JP, Dragu A, Schmitz M, Wullich B, Horch RE. Penile reconstruction with dermal template and vacuum therapy in severe skin and soft tissue defects caused by Fournier's gangrene and hidradenitis suppurativa. Int Wound J. 2016;13(1):77-81. doi: 10.1111/iwj.12235.*

4. *Bickell M, Beilan J, Wallen J, Wiegand L, Carrion R.Urol Clin North Advances in Surgical Reconstructive Techniques in the Management of Penile, Urethral, and Scrotal Cancer.2016;43(4):545-559. doi: 10.1016/j.ucl.2016.06.015.*

5. *Monn MF, Socas J, Mellon MJ. The Use of Full Thickness Skin Graft Phalloplasty During Adult Acquired Buried Penis Repair. Urology. 2019 ;129:223-227. doi: 10.1016/j.urology.2019.04.007. Epub 2019 Apr 18.PMID: 31005654*

6. *Morrison SD, Shakir A, Vyas KS, Kirby J, Crane CN, Lee GK. Plast Reconstr Phalloplasty: A Review of Techniques and Outcomes. Surg. 2016;138(3):594-.615.doi:10.1097/PRS.0000000000002518.*

7. *Danker S, Esmonde N, "Staging" in Phalloplasty. Berli JU.Urol Clin North 2019;46(4):581-590. doi: 10.1016/j.ucl.2019.07.011.*

8. *Thakar HJ, Dugi DD . Skin grafting of the penis. 3rd.Urol Clin North Am. 2013;40(3):439-48. doi: 10.1016/j.ucl.2013.04.004.*

Адрес за кореспонденция:
Доц. Николай Евтимов, д.м.н.
Медицински университет - Варна
УМБАЛ " Св. Анна" Варна
ул. „Професор Марин Дринов" 55
e-mail: n_evtimov@abv.bg

Corresponding Author:
Assoc. Prof. Nikolay Evtimov, MD
Medical University Varna
UMBAL "St. Anna "Varna
55 Professor Marin Drinov Street
e-mail: n_evtimov@abv.bg

ДВА КЛИНИЧНИ СЛУЧАЯ НА ДПХ В МЛАДА ВЪЗРАСТ

П. Генов, В. Дунев[1], Н. Колев[1], Б. Атанасов[1]
Медицински университет – Плевен, гр. Плевен[1]
Русенски университет "Ангел Кънчев", гр. Русе

TWO CLINICAL CASES OF BPH AT A YOUNG AGE

P. Genov, V. Dunev[1], N. Kolev[1], B. Atanasov[1]
Medical University- Pleven[1]
Ruse University "Angel Kanchev"

РЕЗЮМЕ

Доброкачествената простатна хиперплазия (ДПХ) се среща най-често при мъже над 50 годишна възраст. Около 50% от мъжете над 60 г. имат увеличена простата, а при мъжете над 90 годишна възраст този процент може да достигне 80%. В момента най-често използваните лекарства за лечение на ДПХ са алфа-1 адренергичните рецепторни антагонисти (ARA), 5-алфа редуктазните инхибитори (5-αRI), антихолинергиците и фосфодиестераза-5 инхибиторите.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: доброкачествена простатна хиперплазия, алфа-адренергични блокери, 5 - алфа-редуктазни инхибитори, комбинирана терапия

ABSTRACT

Benign prostatic hyperplasia (BPH) is most common in men over 50 years of age. About 50% of men over 60 years of age have an enlarged prostate, and in men over 90 years of age this percentage can reach 80%. Currently, the most commonly used drugs for the treatment of BPH are alpha-1 adrenergic receptor antagonists (ARAs), 5-alpha reductase inhibitors (5-αRI), anticholinergics, and phosphodiesterase-5 inhibitors.

KEY WORDS: benign prostatic hyperplasia, alpha-adrenergic blockers, 5-alpha-reductase inhibitors, combination therapy

ВЪВЕДЕНИЕ

Доброкачествената простатна хиперплазия се среща най-често при мъже над 50 годишна възраст. Около 50% от мъжете над 60 г. имат увеличена простата, а при мъжете над 90 годишна възраст този процент може да достигне 80%. В момента основните използвани терапии за лечение на ДПХ са алфа-1 адренергичните рецепторни антагонисти (ARA), 5-алфа редуктазните инхибитори (5-αRI), антихолинергиците и фосфодиестераза-5 инхибиторите. Последните проучвания подкрепят превъзходството на комбинираната терапия, използвайки ARA с 5-αRI за симптоми на долните пикочни пътища при пациенти с ДПХ с риск от клинична прогресия. В допълнение, тежестта на симптомите на долните пикочни пътища са в правопропорционална корелация с еректилната дисфункция и еякулаторната дисфункция, което се доказва в последните мащабни епидемиологични проучвания. През последните години все повече се говори за подмладяване на заболяването и за нуждата от ранната му профилактика. Нашата цел е да представим два случая на екстремно увеличена простатна жлеза (ДПХ) при мъже под 50 годишна възраст и да представим нашето клинично поведение.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

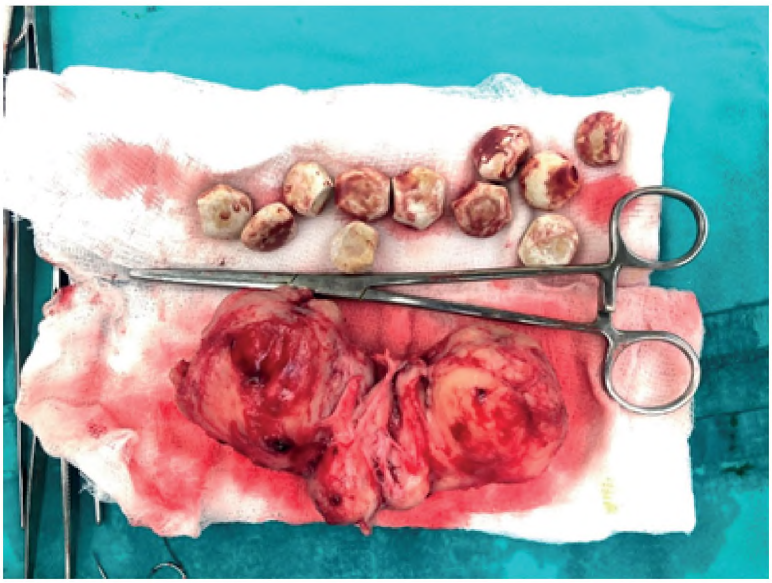
Първият клиничен случай е на мъж на 41 год. с дизурични смущения засилили се през последните 6 месеца. При ултразвуковото изследване се установи простата с обем 65 мл. (Фиг. 1).



Фиг. 1. УЗД образ на ДПХ при мъж на 41 години

Резидуалната урина при пациента беше 40 мл., а PSA - 1.803 ng/ml. Изследването на Testosterone, FSH, LH, Prolactin и SHBG бяха в референтни стойности. От направената урофлоуметрия се установи крива характерна за ДПХ с Qmax - 9 ml/s и удължено време на микцията. Беше започната стандартна терапия с Tamsulosin/Dutasteride. На 6-ия месец от започнатата терапия се установи редукция на обема на простатата на 45 сс., Qmax - 12 ml/s и липсата на резидуална урина.

Вторият клиничен случай е на мъж на 47 год. отново с дизурични смущения от една година, който пристига за преглед със симптоми на уроинфекция. При ултразвуковото изследване се установи простата с обем 120 сс., 5 конкремента в пикочния мехур с големина от 9 мм до 2.5 см, резидуална урина 120 мл. и PSA- 3.210 ng/ml. Изследването на Testosterone, FSH, LH, Prolactin и SHBG бяха в референтни стойности. От направената урофолоуметрия се установи крива характерна за ДПХ с Qmax- 8 ml/s и удължено време на микцията. Беше предложена двуетапна ендоскопска операция - Цистолитотрипсия и последващ ТУР-П и едноетапна отворена простатектомия. По желание на пациента беше проведена едноетапна супрапубична простатектомия с екстракция на конкрементите (Фиг. 2).



Фиг. 2. Отворена ретропубична простатектомия с екстракция на конкременти от пикочен мехур

Месец след проведената оперативна намеса пациента беше без оплаквания, като на ултразвуковото изследване нямаше данни за резидуална урина, а на урофлоуметрията се установи Qmax-14 ml/s.

ОБСЪЖДАНЕ

Алфа 1А адренергичните блокери и 5α редуктазните инхибитори са в истинския смисъл на думата златен стандарт в консервативното лечение на ДПХ . Техните механизми на действие са добре известни, документирани и оценени. Алфа1А блокерите осигуряват бързо симптоматично облекчаване на симптомите на ДПХ, но за съжаление техният ефект се изчерпва след няколко (средно 4) години. Инхибиторите на 5α редуктазата провокират бавно, но трайно намаляване на обема на простатата, което води до по-малко симптоми, по-малък риск от задържане на урина и по-малък риск от прогресия към операция [1, 2]. ТУР-П е златен стандарт за лечение на ДПХ. Тя е втората най-често извършвана интервенция при възрастни пациенти от мъжки пол в световен мащаб. Има обаче някои недостатъци и ограничения при използването му. Личният опит на резекциониста е изключително важен фактор за резултата от тази операция. Пациенти с много големи обеми на простатата са изложени на висок риск от периоперативно и следоперативно кървене и могат да получат сериозна кръвозагуба. При много големи обеми на простатата отворената ретропубична простатектомия има за цел хирургичното отстраняване на цялата аденоматозна простатна тъкан и все още се извършва рутинно в много центрове, въпреки че интраоперативното и следоперативно кървене може да бъде сериозно [3, 4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все по-честата поява на ДПХ при мъже под 50 годишна възраст, доказва едно подмладяване на заболяването. Това налага промяна на препоръките за профилактика на това състояние, така че прегледите на мъжете при уролог да започнат под тази възраст.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Osama A.Zitouna, Abdulrahman MN. FarhataMohamed A.Mohameda, Mohammad R.Hamada, BeatriceAraminib, Khawaja HusnainHaidera, Management of benign prostate hyperplasia (BPH) by combinatorial approach using alpha-1-adrenergic antagonists and 5-alpha-reductase inhibitors, European Journal of Pharmacology Volume 883, 15 September 2020, 173301*

2. *Author links open overlay panelYoung BeomJeongaKeun SangKwonbSang DeukKimaHyung JinKima, Effect of Discontinuation of 5α-Reductase Inhibitors on Prostate Volume and Symptoms in Men With BPH: A Prospective Study, Urology Volume 73, Issue 4, April 2009, Pages 802-806*

3. *F. Hinman Jr., S. Boyarsky, M. Caine, G.D. Chisholm, P.A. Gammelgaard, P.O. Madsen, et al. Benign prostatic hypertrophy Springer-Verlag New York Inc, New York (1983)*

4. *C. Chatelain, L. Denis, K.T. Foo, S. Khoury, J. McConnell Benign prostatic hyperplasiaPlymbridge Distributors Ltd, UK (2001)*

Адрес за кореспонденция:
Доц. Д-р Пенчо Генов, д.м.
УМБАЛ „Канев“ АД
Отделение по урология
Ул.“Независимост“ 2, Русе
e-mail: genov_p@abv.bg

Corresponding Author:
Assoc. Prof Pencho Genov, MD, Ph. D
UMHAT ”Kanev” AD
2 Nezavisimost str.
Ruse, Bulgaria
e-mail: genov_p@abv.bg

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 (таблици, 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

TAMSOL®

0,4 mg tamsulosin

НЗОК: GF 105

еднократно дневно!



Отпуска се по лекарско предписание.

Да си върнем наслада та

120 години

Гедеон Рихтер

За пълна информация: 1379 София, бул."Акад. Иван Гешов" №2Е, Бизнес център "Сердика",
тел.: 02/ 812 90 63; факс: 02/ 812 90 76; Лекарствена безопасност и медицинска информация тел.: 02/ 812 90 74

КХП: 20060563/04.08.2020

KEDP/DAD6BV



TAMSTERID

0,5 mg/0,4 mg capsules, hard

- **Лечение на умерено тежка до тежка симптоматика на доброкачествена простатна хиперплазия (ДПХ).**
- **Намаляване на риска от остро задържане на урината (ОЗУ) и хирургическа намеса при пациенти с умерено тежка до тежка симптоматика на ДПХ.**

По лекарско предписание. Кратка характеристика на продукта – 13.11.2019г. За допълнителна информация:

ECOPHARM

ЕКОФАРМ ЕООД, ул. Атанас Дуков №29, ет. 3, 1407 София
Тел.: (02) 906 90 70, факс: (02) 906 90 71

astellas
ONCOLOGY

Xtandi™
enzalutamide



Когато искате Вашите пациенти да продължат напред!

Само за медицински специалисти