

КЛИНИЧНА УРОЛОГИЯ



**Clinical
Urology**

ISSN: 2738-778X
clinicalurology.com

ТОМ 4 • № 2 • 2024
vol 4 • № 2 • 2024



UROLOGY AND ANDROLOGY FOUNDATION

Героцилан

Тадалафил

*За да не се размеква,
когато стане горещо!*



Лекарствен продукт по лекарско предписание

Притежател на РУ: G. L. Pharma GmbH Austria

Преди да предпишете лекарствения продукт, моля прочетете пълния текст на КХП.
Пълна лекарствена информация е на разположение при поискване:

ТП „Джи Ел Фарма“

office@gl-pharma.bg; бул. България 102, БЦ „Белисимо“, офис 64; тел. 02/4932000

GL[®]Pharma

КЛИНИЧНА УРОЛОГИЯ



CLINICAL UROLOGY

Главен редактор: Проф. Боян Атанасов
Editor in chief: 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 Лъскова
Scientific Secretary: Dr. Rumyana Lyoskova

Редакционна колегия: Акад. Чавдар Славов / Acad. Chavdar Slavov
Editorial board: Проф. Деян Анакиевски / Prof. Deyan Anakievski
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. 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. 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. 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

<u>СЪДЪРЖАНИЕ</u>		<u>CONTENTS</u>	
СТАТИИ	стр.	ARTICLES	page
СРАВНЕНИЕ НА РОБОТ- АСИСТИРАНАТА С ОТВОРЕНАТА РАДИКАЛНА ПРОСТАТЕКТОМИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С РАК НА ПРОСТАТНАТА ЖЛЕЗА Пл. Димитров, Н. Колев	3	COMPARISON OF ROBOT-ASSISTED WITH OPEN RADICAL PROSTATECTOMY IN PATIENTS WITH PROSTATE CANCER Pl. Dimitrov, N. Kolev	3
РЯДЪК СЛУЧАЙ НА ГИГАНТСКИ КОНДИЛОМ, ИЗИСКВАЩ ПЛАСТИЧНА РЕКОНСТРУКЦИЯ НА ПЕНИС П. Генов ¹ , Н. Недев ¹ , Е. Цонкова ¹ , И. Велев ² , М. Стойков ³	5	A RARE CASE OF GIANT CONDYLOMA DEMANDING PLASTIC RECONSTRUCTION OF THE PENIS P. Genov ¹ , N. Nedev ¹ , E. Tsonkova ¹ , I. Velev ² , M. Stoykov ³	5
РАЗВИТИЕ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЯТА НА ЧОВЕШКА КОЖА ОТ АНТИЧНОСТТА ДО СРЕДНОВЕКОВИЕТО В. Дунев, М. Стойков	8	DEVELOPMENT OF HUMAN SKIN TRANSPLANTATION FROM ANTIQUITY TO THE MIDDLE AGES V. Dunev, M. Stoykov	8
ОСТЕОНЕКРОЗА НА МАНДИБУЛАТА ПРИ ПАЦИЕНТИ ПРИЕМАЛИ БИФОСФОНАТИ – ПРИЧИНИ, ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЕ Н. Николов, М. Стойков	11	OSTEONECROSE OF THE MANDIBULA IN PATIENTS RECEIVING BIPHOSPHONATES - CAUSES, DIAGNOSIS AND TREATMENT Nikolov, M. Stoykov	11
ДИАГНОСТИКА НА КАРЦИНОМА НА ПРОСТАТНАТА ЖЛЕЗА-АНАМНЕЗА, СТАТУС, ЛАБОРАТОРНИ И ОБРАЗНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ Пл. Димитров, Н. Колев	15	DIAGNOSIS OF PROSTATE CARCINOMA- HISTORY, STATUS, LABORATORY AND IMAGING STUDIES Pl. Dimitrov, N. Kolev	15

СРАВНЕНИЕ НА РОБОТ- АСИСТИРАНАТА С ОТВОРЕНАТА РАДИКАЛНА ПРОСТАТЕКТОМИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С РАК НА ПРОСТАТНАТА ЖЛЕЗА

Пл. Димитров, Н. Колев

УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ - ЕАД, Плевен

УМБАЛ „Света Марина“ Плевен

МУ – Плевен

COMPARISON OF ROBOT-ASSISTED WITH OPEN RADICAL PROSTATECTOMY IN PATIENTS WITH PROSTATE CANCER

Pl. Dimitrov, N. Kolev

UMBAL "Dr. Georgi Stranski" - EAD, Pleven

UMBAL "St. Marina" Pleven

MU – Pleven

ВЪВЕДЕНИЕ

Хирургичното лечение на простатния карцином е тема, която се разви широко през последните 10 години. Въвеждането на робот-асистираната хирургия, като стандарт в съвременната урологична практика, постави началото на нова ера в борбата със заболяването и постоперативното проследяване при пациентите диагностицирани с карцином на простатната жлеза. Социалната значимост на заболяването идва от нареждането му на второ място след карцинома на белия дроб, като причина за смърт при мъжете [2]. Годишно в България се диагностицират стотици пациенти с карцином на простатната жлеза, като ранното поставяне на диагнозата и своевременно оперативното лечение, при тези от тях с локализирано заболяване, са от ключово значение за преживяемостта и качеството на живот при същите. Важен момент в откриването на заболяването в ранен стадий се явява въвежданият в практиката скрининг свързан с изследването на простат- специфичния антиген /PSA/ и провеждането на преглед при уролог веднъж годишно.

ЦЕЛ

Да се извърши анализ на ефикасността на оперативните техники при пациенти с локализиран карцином на простатната жлеза.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Извършен бе анализ на 200 пациента оперирани за периода от м. Януари 2018 г. до м. Януари 2024г., в УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ - ЕАД, гр. Плевен и УМБАЛ „Света Марина“ - Плевен, от които при 80 от тях е била извършена отворена ретопубична радикална простатектомия, а при 120 робот-асистирана простатектомия по техниката Montsouris. Оперираните пациенти са били със стадии на заболяването по TNM- T2a до T3a, средна възраст 63.6 години и средна стойност на общ PSA- 7.6 ng/ ml. В проведения анализ са сравнени средното интраоперативно време, времето за възстановяване на континентността, степента на постоперативната еректилна функция при пациенти със запазени едно/двустранно съдово нервни снопове, необходимостта от извършването на постоперативна лъчетерапия.

РЕЗУЛТАТИ

При анализ на събраната информация, по отношение на средното оперативное време бяха получени следните данни: време за извършване на отворена ретопубична радикална простатектомия- средно 2 часа и 52 минути; време за извършване на робот-асистирана радикална простатектомия- средно 2 часа и 48 минути. По-добра континентност и по-бързо възстановяване на същата в

първите 1 до 3 месеца от извършването на робот-асистирана радикална простатектомия спрямо тази при пациентите с отворена операция. При сравнение между робот-асистираната и ретропубичната радикална простатектомия по отношение на еректилната функция се забелязва, че същата е статистически по-добре запазена при робот-асистираната операция само до третия месец от същата, след което между двете групи няма значима разлика, от което следва и изводът че по отношение на постоперативната еректилна функция, в краткосрочен план робот-асистираната радикална простатектомия има значителни предимства. Необходимост от извършване на постоперативна лъчетерапия поради данни за ангажиране на резекционните линии, бе отчетено при четирима пациенти от групата на отворената радикална простатектомия и трима от групата на робот-асистираната.

ДИСКУСИЯ

Едно от най-големите сравнителни проучвания по отношение на резултатите робот-асистирана срещу отворена радикална простатектомия е извършено в САЩ за периода 2003-2013 година, в което са включени 629593-ма пациенти оперирани в 443 болници, информацията от което е събрана и анализирана в Premium hospital database. В същото се посочват предимствата на робот-асистираната хирургия на простатната жлеза по отношение на средното интраоперативно време, времето за възстановяване на континентността, степента на постоперативната еректилна функция при пациенти със запазени едно/двустранно съдово нервни снопове, необходимостта от извършването на постоперативна лъчетерапия, но и значително по-високите разходи [1, 2, 5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От проведенят анализ би могло да се съди, че в съвременната урологична практика извършването на робот-асистирана операция при пациенти с простатен карцином има значителни предимства пред отворената хирургия. Въпреки това отворената хирургия все още остава застъпена в лечението на заболяването, като всяка една от двете техники би могла да бъде прилагана безопасно според степента на подготвеност от страна на оператора [3, 4, 5].

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Jeffrey J. Leow, Steven L. Chang, Christian P. Meyer, Ye Wang, Julian Hanske, Jesse D. Sammon, Alexander P. Cole, Mark A. Preston, Prokar Dasgupta, Mani Menon, Benjamin I. Chung, Quoc-Dien Trinh; *Robot-assisted Versus Open Radical Prostatectomy: A Contemporary Analysis of an All-payer Discharge Database; European Urology, Volume 70, Issue 5, 2016, Pages 837-845, ISSN 0302-2838, <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2016.01.044>.*
2. Jemal A., Siegel R, Ward E et al. *Cancer statistics, 2009. CA Cancer J Clin* 2009;59:225-249 /.
3. Takagi K, Kawase M, Kato D, Kawase K, Takai M, Iinuma K, Nakane K, Hagiwara N, Yamada T, Tomioka M, Koie T. *Robot-Assisted Radical Prostatectomy for Potential Cancer Control in Patients with Metastatic Prostate Cancer. Curr Oncol.* 2022 Apr 18;29(4):2864-2870. doi: 10.3390/curroncol29040233. PMID: 35448207; PMCID: PMC9032850.
4. Huynh LM, Ahlering TE. *Robot-Assisted Radical Prostatectomy: A Step-by-Step Guide. J Endourol.* 2018 May;32(S1):S28-S32. doi: 10.1089/end.2017.0723. PMID: 29421921; PMCID: PMC6071518.
5. Hakenberg OW. *A brief overview of the development of robot-assisted radical prostatectomy. Arab J Urol.* 2018 Jul 24;16(3):293-296. doi: 10.1016/j.aju.2018.06.006. PMID: 30140464; PMCID: PMC6104667.

Адрес за кореспонденция:

Д-р Пламен Димитров
УМБАЛ "Георги Старнски" - гр. Плевен
Ул. "Георги Кочев" 8А

Corresponding Author:

Dr. Plamen Dimitrov
UMBAL "Georgi Starnski" - city of Pleven
St. "Georgi Kochev" 8A

РЯДЪК СЛУЧАЙ НА ГИГАНТСКИ КОНДИЛОМ, ИЗИСКВАЩ ПЛАСТИЧНА РЕКОНСТРУКЦИЯ НА ПЕНИС

П. Генов¹, Н. Недев¹, Е. Цонкова¹, И. Велев², М. Стойков³

УМБАЛ „Канев“ АД Русе¹

УМБАЛ „Софиямед“ София²

УМБАЛ „Света Марина“³

A RARE CASE OF GIANT CONDYLOMA DEMANDING PLASTIC RECONSTRUCTION OF THE PENIS

P. Genov¹, N. Nedev¹, E. Tsonkova¹, I. Velev², M. Stoykov³

UMBAL „Kanev“ AD Ruse¹

UMBAL "Sofiyamed" Sofia²

UMBAL "St. Marina"³

РЕЗЮМЕ

Гигантските кондилими на Бушке-Льовенщайн се причиняват от човешкия папиломен вирус (HPV), като в 90% от случаите причинителите са подтипове 6 и 11. Представяме мъж на 48 години, приет с язвена лезия в основата на пениса, отделяща жълтеникава гной. Беше взето решение за оперативно лечение и се извърши широка ексцизия на формацията. Поради огромния дефект на резецираната област и невъзможността да се възстанови със собствена кожа от пениса, беше взето решение да се проведе пластична реконструкция с мрежеста фенестрирана кожна присадка (mSTSG).

КЛЮЧОВИ ДУМИ: гигантски кондиллом, пластична реконструкция, мрежеста фенестрирана кожна присадка (mSTSG)

ABSTRACT

Buschke-Lewenstein giant condylomas are caused by the human papillomavirus (HPV), with subtypes 6 and 11 being the causative agent in 90% of cases. We present a 48-year-old man admitted with an ulcerative lesion at the base of the penis, discharging yellowish pus. A decision was made for operative treatment and a wide excision of the mass was performed. Due to the huge defect of the resected area and the impossibility of reconstructing it with his own penile skin, it was decided to perform plastic reconstruction with a mesh fenestrated skin graft (mSTSG).

KEY WORDS: giant condyloma, plastic reconstruction, mesh fenestrated skin graft (mSTSG)

ВЪВЕДЕНИЕ

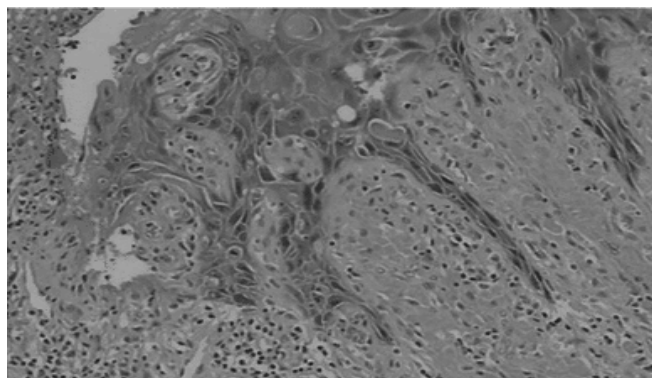
Гигантския кондиллом или тумор на Бушке-Льовенщайн първоначално е описан през 1896 г. от Бушке и по-късно през 1925 г. от Бушке и Льовенщайн. Деветдесет процента от случаите са свързани с подтипове 6 и 11. Проявява се като туморна формация в гениталната област подобна на карфиол, лоша миризма, кървене и наличие на локална инфекция. Гигантските кондилими могат да достигнат до двадесет сантиметра и да засегнат съседни структури. Лечението често изисква широки ексцизии на засегнатите области. Ако е необходимо оформените дефекти могат да бъдат хирургично реконструирани чрез използване на мрежеста фенестрирана кожна присадка.

Представяме Ви пациент на 48 години, постъпил в Урологично отделение през Декември 2022 г. с язвена формация в основата на пениса, отделяща жълтеникава гной с неприятна миризма. Описаната формация се развива в продължение на две години, като води до появата на дискомфорт в пениса, сърбеж, рецидивиращи инфекции и затруднения по време на полов акт (фиг. 1). Пациентът не съобщава за съпътстващи заболявания и не приема допълнителни лекарства.



Фиг. 1. Макроскопски изглед на гигантски кондилом на пенис.

Беше взето решение за оперативно лечение. Интраоперативното патохистологично изследване изключи наличието на злокачествено заболяване и потвърди първоначалната диагноза (фиг.2).



Фиг. 2. Хистопатологично изображение на гигантски кондилом на пенис.

Поради огромния дефект на резецираната област и невъзможността да се възстанови със собствена кожа на пениса, беше взето решение за реконструктивна хирургия с помощта на мрежеста фенестрирана кожна присадка (mSTSG). Използва се mSTSG присадка от 0,015 инча, взета от предната повърхност на дясното бедро. Ширината на трансплантата е 11 см, а дължината е колкото обиколката на пениса в основата (фиг. 3).



Фиг. 3. Реконструкция на пенис с мрежеста фенестрирана кожна присадка (mSTSG).

Превръзката и уретралния катетър бяха отстранени на петия следоперативен ден. Периодът на възстановяване премина без усложнения. В късния период на проследяване след шест месеца, пациентът не съобщава за оплаквания и проблеми с ерекцията.

ДИСКУСИЯ

Гигантските кондиломи често се причиняват от инфекция с човешки папиломен вирус (HPV) типове 6, 11 и 16 и засягат главно аногениталната област. Агресивният характер на лезията може да доведе до възпаление, инфекция или кръвоизлив. Обикновено имат тенденция да се проявяват около петото десетилетие и рискови фактори за появата им са лична хигиена, HIV инфекция и имуносупресия. В нашия случай пациентът беше 48 годишен мъж с нелекувани кондиломи от 2 години. Златният стандарт за лечение на гигантски кондиломи е хирургична резекция. Също така има описани неoadювантни и адювантни методи на лечение. Поради доброкачествения произход на лезията, потвърден интраоперативно, избраният метод на лечение беше хирургична ексцизия на формацията. В някои редки случаи дефектът на кожата след операция е много голям и изисква пластична реконструкция на пениса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гигантският кондилом е рядко заболяване, характеризиращо се с огромно верукозно образувание и висока честота на рецидиви, поради което се препоръчва индивидуален терапевтичен подход на лечение. Важно е да се избере метод на лечение, който предлага най-добрия шанс за запазване на сексуалната функция.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. S.M. Gilbert, S.M. Lambert, D. Weiner; *Extensive condylomata acuminata of the penis: medical and surgical management Infect Urol*, 16 (2003), pp. 65-76.
2. A. Renzi, P. Giordano, G. Renzi, et al.; *Buschke–Lowenstein tumor successful treatment by surgical excision alone: a case report Surg Innov*, 13 (2006), pp. 69-72
3. E. Jorgaqi and M. Jafferany, “Giant condyloma acuminatum (Buschke-Lowenstein tumor): combined treatment with surgery and chemotherapy,” *Dermatologic Therapy*, vol. 33, no. 1, article e13193, 2020.
4. E. Hemper, M. Wittau, J. Lemke, M. Kornmann, and D. Henne-Bruns, “Management of a giant perineal condylomata acuminata,” *GMS Interdisciplinary Plastic and Reconstructive Surgery DGPW*, vol. 5, 2016.
5. C. Black Peter, Jeffrey B. Friedrich, Loren H. Engray, Wessells Hunter Meshed unexpanded split-thickness skin grafting for reconstruction of penile skin loss *J Urol*, 172 (2004), pp. 976-979.

Адрес за кореспонденция:

Доц. Пенчо Генов д.м
УМБАЛ „Канев“ АД Русе
Отделение по Урология

Corresponding Author:

Assoc. Prof. Pencho Genov
UMBAL „Kanev“ Ruse
Department of Urology

РАЗВИТИЕ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЯТА НА ЧОВЕШКА КОЖА ОТ АНТИЧНОСТТА ДО СРЕДНОВЕКОВИЕТО

В. Дунев, М. Стойков

УМБАЛ "Света Марина" - гр. Плевен

МУ – Плевен

DEVELOPMENT OF HUMAN SKIN TRANSPLANTATION FROM ANTIQUITY TO THE MIDDLE AGES

V. Dunev, M. Stoykov

UMBAL "Sveta Marina" – Pleven

MU – Pleven

РЕЗЮМЕ

Кожата е най-големият орган в човешката анатомия и играе важна роля в поддържането на хомеостазата на човешкото тяло като участва в терморегулацията и баланса на течностите. Тя представлява защитна бариера, която изолира тялото ни от вредни агенти, инфекциозни причинители и наранявания. Кожата обаче може да страда от тежки или обширни увреждания, които възпрепятстват нормалните регенеративни способности и водят до хронични рани. Такива сериозни патологични процеси и наранявания често налагат използване на хирургичен подход, чието развитие и утвърждаване продължава хилядолетия.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: разцепена кожна присадка, кожен графт, кожен трансплантант

ABSTRACT

The skin is the largest organ in the human anatomy and plays an important role in maintaining the homeostasis of the human body by participating in thermoregulation and fluid balance. It is a protective barrier that isolates our body from harmful agents, infectious agents and injuries. However, the skin can suffer from severe or extensive damage that impedes normal regenerative abilities and leads to chronic wounds. Such serious pathological processes and injuries often require the use of a surgical approach, which has been developed and validated for millennia.

KEY WORDS: split-thickness skin graft, skin graft, skin transplant

ВЪВЕДЕНИЕ

Исторически трансплантацията на кожа е започнала своето развитие още в древността за лечение на травматични увреди на меките тъкани и обезобразяване. Популярността на присаждането на кожа през вековете често е потискана по културни, религиозни, псевдонаучни или анекдотични причини. Едва през 1800 г. присаждането на кожа е широко прието като безопасно и ефективно лечение на рани и малко след това за наранявания от изгаряния.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Първоначалните сведения за използването на кожни присадки идват от Индия и датират от 3000 г. пр.н.е. За възстановяване на носа са използвани педикулизиран ламба от бузата, а по-късно и от кожата на челото. Подобни процедури са използвани за възстановяване и на ушните миди. Първото подробно описание на тъканна транслокация е извършено от индиеца хирург Sushruta (приблизително 750–800 г. пр.н.е.), считан от много историци за „Бащата на индийската хирургия“. Той описва инструментите и хирургичните техники в санскритските химни, наречени Веди. Индийски хирурзи (наричани хиндуистки хирурзи в ранните текстове) преминават през продължителен период на обучение по анатомия и сръчност на ръцете. Според “Sushruta Samhita”, един от ранните религиоз-

ни и образователни текстове на Аюрведа, присаждането на кожа е извършвано при тежки тъканни увреждания на крайниците и е наречено „древен индийски метод“. Sushruta документира повече от 15 метода за възстановяване на осакатени уши и устни. Специално внимание се обръща на респитуцията на носа с кожна транслокация на краче чрез завъртане на тъкани от бузата [1]. Нашето съвременно разбиране за присаждане на кожа произхожда директно от „индийския метод“, преминавайки във времето през древен Египет, Гърция, Арабия (Близкия изток) и в крайна сметка Италия. Членовете на „Koomas Caste“ са използвали подкожна мазнина и кожа от глутеалната област като свободна кожна присадка [2]. Древните египтяни също са използвали кожни присадки 1500 г.пр.н.е. и метода е описан в „Ebert papyrus“. През 1-ви и 2-ри век Celsus и Galen са използвали кожни присадки за лечение на лицеви дефекти. Освен това Celsus разработва метод за реконструкция на препуциума при циркумцизирани [3]. До средновековието има почти пълен застой в развитието на трансплантацията. През 15 век повечето операции се извършват от бръснари-хирурзи, които не зависят от академичните среди, нямат никакви медицински степени и не знаят нито гръцки, нито латински. Такъв е и сицилианският бръснар Branca, който използва т.нар. „италиански метод“ за възстановяване на носа с присадка от ръката. Тази оперативна техника се състои в оформяне на ламбо от кожата на ръката с форма на липсващият нос, а проксималната част от ламбото се повдига и след известен период от време се зашива за раната на лицето. Ръката-донор се имобилизира прикрепена за лицето и след няколко седмици се освобождава след като се пререже присадката. Изчаква се още известен период от време за окончателно оформяне на носа. Германският бръснар-хирург Pfolpreundt, успешно е извършил подобна операция през 1460 г. Методът за реконструкция на носа е описан накратко за първи път в книга по анатомия на Benedetti, публикувана на латински през 1502 г. във Венеция, Италия. „Италианският метод“ за реконструкция на носа е докладван в книгата на A. Vesale и P. Borgarucci – „Chirurgia Magna“, публикувана на латински през 1568 г. [4]. През шестнадесети век Leonardo Fioravanti (1517–1588), харизматичен италиански хирург, който е бил противоречив за времето си заради отричане на „Галеновата доктрина“, извършва първата спленектомия в Италия. Fioravanti е и първият в Западния свят, който писмено документира успеха на повторно закрепване на отрязана част от тялото, а именно носа [5]. Първия обширен трактат по темата „De Curtorum Chirurgia per Insitionem“ (1597 г.) е на Gaspar Tagliacozzi от Болоня, датиращ от 1597 г., в който са описани и илюстрирани реконструкции на уши, устни и нос [2]. Очаквано, Tagliacozzi си навлича антагонизма на католиците, които гледат на реконструктивната хирургия като на форма на светотатство, с което се променят „Божите творения“. Неговите писания са обявени за еретични и изгорени с указ. Църквата дори стигна дотам, че ексхумира тялото на Tagliacozzi, за да го погребее отново на неосветена земя [6]. Неговите последователи не успяват да възпроизведат същата техника. След множество неуспешни опити, до края на XVIII век, Парижката академия по хирургия обявява техниката на Tagliacozzi („италианският метод“) за невъзможна. През 1663г. Robert Hooke, британски учен от Кралското общество в Лондон, извършва няколко успешни трансплантации на кожа при кокошки и кучета [5]. През първата половина на деветнадесети век процедурите за присаждане на кожа са извършвани от Baronio, Cooper, Bunker и Dieffenbach [7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

До началото на 19 век трансплантацията на човешка кожа е потискана по културни, религиозни, псевдонаучни или анекдотични причини. Опитите да се извърши трансплантация често са завършвали с трайно осакатяване или смърт, което е довело до застой в развитието на този дял от хирургията.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Rana RE, Arora BS. History of Plastic Surgery in India. *Journal of Postgraduate Medicine*, Vol. 48, Issue 1, 2002 pp. 76-78
2. Ehrenfried, A. Reverdin and Other Methods of Skin-Grafting: Historical. *Boston Med Surg. J.* 1909, 161, 911–917

3. Ang, G.C. History of skin transplantation. *Clin. Dermatol.* 2005, 23, 320–324
4. Sophie Ménard. An Unknown Renaissance Portrait of Tagliacozzi (1545–1599), the Founder of Plastic Surgery. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2019 Jan; 7(1): e2006.
5. Deepak K. Ozhathil, Michael W. Tay, Steven E. Wolf, and Ludwik K. Branski. A Narrative Review of the History of Skin Grafting in Burn Care. *Medicina (Kaunas).* 2021 Apr; 57(4): 380.
6. Nichter, L.S.; Morgan, R.F.; Nichter, M.A. The impact of Indian methods for total nasal reconstruction. *Clin. Plast. Surg.* 1983, 10, 635–647
7. Hauben, D.J.; Baruchin, A.; Mahler, A. On the History of the Free Skin Graft. *Ann. Plast. Surg.* 1982, 9, 242–245

Адрес за кореспонденция:

Доц. Владислав Дунев, д.м.
УМБАЛ "Света Марина" - гр. Плевен
Ул. "Българска Авиация" 1

Corresponding Author:

Prof. Vladislav Dunev, MD
UMBAL "Sveta Marina" - Pleven
1 "Bulgarian Aviation" St

ОСТЕОНЕКРОЗА НА МАНДИБУЛАТА ПРИ ПАЦИЕНТИ ПРИЕМАЛИ БИФОСФОНАТИ – ПРИЧИНИ, ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЕ

Н. Николов, М. Стойков

УМБАЛ "Света Марина" - гр. Плевен

МУ - Плевен

OSTEONECROSE OF THE MANDIBULA IN PATIENTS RECEIVING BIPHOSPHONATES - CAUSES, DIAGNOSIS AND TREATMENT

Nikolov, M. Stoykov

UMHAT "Saint Marina" – Pleven

MU - Pleven

РЕЗЮМЕ

Бифосфонатите са лекарствени средства, които намаляват костния обмен, като инхибират активността на остеокластите. Лечението на костните метастази при простатния карцином с бифосфонати може да доведе до остео-некроза на горната и долната челюст.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: Карцином на простата, бифосфонати, остео-некроза на мандибулата

ABSTRACT

Bisphosphonates are drugs that reduce bone turnover by inhibiting the activity of osteoclasts. Treatment of bone metastases in prostate carcinoma with bisphosphonates may result in osteonecrosis of the maxilla and mandible.

KEY WORDS: Prostate carcinoma, bisphosphonates, osteonecrosis of the mandible

ВЪВЕДЕНИЕ

Връзката между интравенозното приложение на бифосфонати и появата на остео-некроза на долната челюст е докладвана за първи път през 2003 г. [1]. В изнесеня доклад се описва област на открита кост в лицево-челюстната област на пациент, който е получавал бифосфонати и не е имал лъчева терапия в краниалната област [2]. Много често това увреждане се обозначава като свързана с бисфосфонати остео-некроза на челюстта (BRONJ). То включва спектър от интраорални симптоми, особено наблюдавани при пациенти с рак, лекувани с високи нива на интравенозни бифосфонати. Бифосфонатите са неметаболитни синтетични аналози на пирофосфата, които имат силни инхибиторни ефекти върху костната резорбция [3]. Те са лекарства на избор при превенция и лечение на костни заболявания, характеризиращи се с повишена костна резорбция, като болест на Paget, остеопороза, хиперкалциемия при карцином, мултиплен миелом и костни метастази. Понастоящем диагнозата BRONJ се основава на медицинската история на заболяването, интравенозна терапия с бифосфонати и клиничната оценка (болка, открита невитална кост, гнойна секречия или подуване). Костните метастази при простатен карцином са силно болезнени, инвалидизиращи пациента, което налага терапия с бифосфонати. Използват се памидронат (Aredia) и золедренова киселина (Zometa). Ежемесечно се аплицира интравенозно препаратът. Курсът на лечение е до липса на скелетно-свързани събития, поява на токсичност, или странични реакции. Латентният период е от 6 до 36 месеца след започване терапията преди появата на остео-некроза. Патогенезата на BRONJ е неясна, но има много теории предложени от различни автори [4]. Най-често остео-некротата се появява в задната алвеоларна област на долната челюст, където кортикалната кост е най-дебела. Причината е високата концентрация на бифосфонати в тази област в резултат на високото усвояване на лекарството и високия костен метаболизъм поради постоянното дъвчене. Диагностицирането на BRONJ се установява по наличието на клинични симптоми и провеждането на образни изследвания (панорамна графия и компютърна томография с конусен лъч). Заболяването преминава през няколко стадия.

Стадий 0. Неспецифични симптоми - одонталгия, тъпа болка в тялото на долната челюст/максиларния синус, повишена подвижност на зъбите, фистули. Не се установява некротична кост. Близко 50% от пациентите в стадий 0 прогресират в стадий I, II или III.

Стадий I. Установява се оголена и некротична кост или фистули, без клинична инфекция при асимптомни пациенти. Рентгеновите промени са локализирани до алвеоларната кост.

Стадий II. Установява се оголена и некротична кост или фистули свързани с челюстните кости. Установява се инфекция. Пациентите обикновено са симптомни. Рентгенологично костните промени могат да бъдат, както при стадий 0 и да са локализирани до алвеоларната кост.

Стадий III. Некротичната кост се разпространява извън алвеоларната кост; патологични фрактури; ороантрални и/или ороназални комуникации; остеолита достигаща до basis mandibulae или до пода на максиларния синус. Остеонекрозата започва с локална хиперемия на алвеоларната лигавицата (Сн.1).



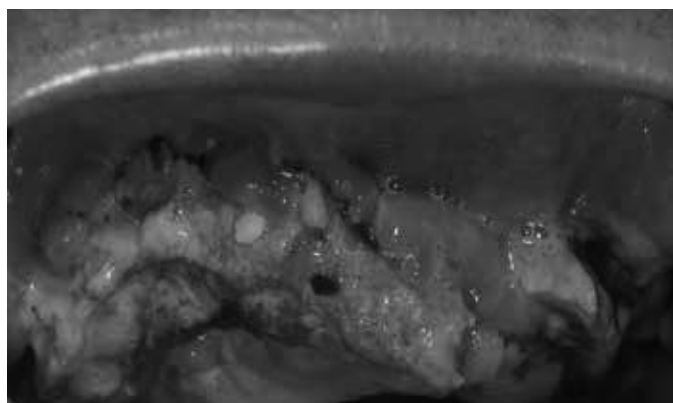
Снимка 1. Хиперемия на алвеоларната лигавицата

Процесът продължава с оголване на алвеоларната челюстна кост с образуване на микроабсцеси и локална некроза (Сн.2).



Снимка 2. Оголване на алвеоларната челюстна кост

Разпространението на некрозата може да обхване и горната челюст с образуване на костни секвестри (Сн.3).



Снимка 3. Остеонекроза на максилата

Рентгенологичните находки включват промени в трабекуларната кост, зони на остеосклероза, удебеляване на lamina dura, и намаляване размера на периодонталното пространство (Сн.4).



Снимка 4. Рентгенова находка при остеонекроза на долна челюст

Лечебните подходи при остеонекрозата са два:

1. Консервативен – некректомия, дебридман, антибиотици, антисептици
2. Оперативен – резекция с цел излекуване

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

От 01.2020г. до 12.2023г. . проведохме лечение и проследихме развитието на простатния карцином при 10 мъже на възраст между 61 и 77 години. в УМБАЛ „Света Марина“ гр. Плевен и КОЦ гр. Враца. При всички поради завишени стойности на PSA от 25ng/ml до > 100ng/ml беше взета 12 точкова биопсия от простатата и беше диагностициран простатен карцином. Всички пациенти бяха с Grade group 4 - Gleason score 8 (4+4, 3+5, или 5+3) и Grade group 5 - Gleason score 9 или 10 (4+5, 5+4, или 5+5). От проведените КАТ, МРТ или ПЕТ-СТ на цяло тяло имаше данни за локално авансирал или метастатичен карцином на простатата. От проведената костна сцинтиграфия имаше данни за костни метастази в повече от една от скенираните кости.

След проведена онкологична комисия се взе решение за хормонотерапия или химиотерапия с лъчелечение и терапия с бифосфонати за скелетно – свързаните събития. Преди започване на лечението с LH-RH агонист и антиандроген всички пациенти проведоха дефинитивна лъчетерапия от 33 курса по 2 Gy до ООД 66 Gy. От проведените целотелесна костна сцинтиграфия SPECT с радиофармацевтик ^{99m}Tc-MDP-700MBq се установи натрупване в сакроилиачна става от 165 до 300%, гръбначен скелет от 155 до 250% и ребра от 160 до 280% с наличие или не на патологични фрактури. Периодът на прием на бифосфонати беше от 12 месеца до 24 месеца или до липсата на скелетно-свързани събития от простатния карцином. При всичките 10 пациента на различен етап от лечението се установи бифосфонат –асоциирана остеонекроза на долната челюст. Това доведе до прекратяване лечението с деривати на Золендроновата киселина, консулт с лицево-челюстен хирург и промяна в алгоритъма на лечение при пациенти с метастатична болест.

РЕЗУЛТАТИ

При всичките 10 пациенти след започнато лечение с бифосфонати-Золендроновата киселина се установи болка, оток, хиперемия на кожата на долната челюст и трудност при дъвчене на суха храна. Болката и отокът продължиха 3 месеца въпреки лечението като през този период не беше преустановен приемът на Zometa. При физикален преглед се установи открита рана на устната лигавица. Компютърната томография показва лезия, съответстваща на костна некроза в сублингвалната област на фовеята на долната челюст. Диагнозата остеонекроза на костта се постави след кюретиране и хистологично изследване. Пациентите развили клинична картина на остеонекроза на долната че-

люст се проследяваха ежемесечно. Изследваха се ПКК, серумните нива на калций и фосфор, ПСА, кръвна захар и наличие на инфекция в устната кухина. Приемът на бифосфонати беше прекратен, като болковия метастатичен синдром се купираше с аналгетици, НСПВС и опиати. Санирането на устната кухина се провеждаше с локални антисептици и антибиотици според изолираната микробна флора. При всички пациенти се наложи лечение с пластичен лицево-челюстен хирург.

ОБСЪЖДАНЕ

Лечението на скелетно-свързаните събития при метастатичен карцином на простатата с бифосфонати и инхибиторите на RANK ligand са средства, които повлияват болковия синдром и намаляват инвалидизацията на пациента. При всеки пациент, при който се предвижда провеждане на антирезорбтивна терапия трябва да се търсят всички възможни източници за инфекция в устната кухина. Пациентите трябва да знаят, че рискът за некроза от провеждане на антирезорбтивна терапия е нисък, но при несанирана устна кухина и след зъбна екстракция рискът се повишава. Санацията редуцира трикратно риска за некроза и намалява честотата на некрозите с 50%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

BRONJ е тежко усложнение при терапията с бифосфонати. Заболяването влошава значително качеството на живот и при пациентите с по-дълга преживяемост довежда до тежки последици като загуба на челюстните кости и инвалидизация. Профилактиката е най-важния и единствен начин да се предотвратят усложненията от провежданото лечение.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Ruggiero SL, Dodson TB, Assael LA, Landesberg R, Marx RE, Mehrotra B, American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws—2009 update. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67(5 Suppl):2–12.
2. Marx RE, Stern DS. *Oral and maxillofacial pathology: a rationale for diagnosis and treatment.* Chicago: Quintessence; 2002.
3. Marx RE. Reconstruction of defects caused by bisphosphonate-induced osteonecrosis of jaws. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67:107–119. doi: 10.1016/j.joms.2008.12.007.
4. Marx RE, Sawatari Y, Fortin M, Broumand V. Bisphosphonate induced exposed bone (osteonecrosis/osteopetrosis) of the jaws: risk factors, recognition, prevention and treatment. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005;63:1567–1575. doi: 10.1016/j.joms.2005.07.010.

Адрес за кореспонденция:

Д-р Николай Николов, д.м.
УМБАЛ "Света Марина" - гр. Плевен
Ул. "Българска Авиация" 1

Corresponding Author:

Dr. Nikolay Nikolov
UMBAL "Sveta Marina" - city of Pleven
1 "Bulgarian Aviation" St

ДИАГНОСТИКА НА КАРЦИНОМА НА ПРОСТАТНАТА ЖЛЕЗА- АНАМНЕЗА, СТАТУС, ЛАБОРАТОРНИ И ОБРАЗНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Пл. Димитров, Н. Колев

УМБАЛ „Д-р Георги Странски“- ЕАД, Плевен

УМБАЛ „Света Марина“ Плевен

МУ – Плевен

DIAGNOSIS OF PROSTATE CARCINOMA-HISTORY, STATUS, LABORATORY AND IMAGING STUDIES

Pl. Dimitrov, N. Kolev

UMBAL "Dr. Georgi Stranski" - Pleven

UMBAL "St. Marina" Pleven

MU – Pleven

ВЪВЕДЕНИЕ

Ракът на простатната жлеза е заболяване, при което липсват конкретни признаци и симптоми в ранните стадии. В случаите на напреднало и авансирало заболяване, могат да бъдат на лице, най-често, прояви на макроскопска хематурия, водеща до вторичен анемичен синдром, астено- адинамичен синдром, болка в костите на тазовия пръстен и/или лумбалните прешлени при наличие на костни метастази, данни за завишаващи се азотни показатели в случаите на инфилтрация на мехурната шийка и ангажиране на уретерните отвори. Липсата на конкретни оплаквания в ранните стадии на болестта прави провеждането на скрининг от ключово значение, по отношение на ранното поставяне на диагнозата и провеждането на лечение, било то радикално оперативно, хормонално, радиотерапия или в съчетание на някои от изброените.

АНАМНЕЗА

При снемането на същата, водещи се явяват поставянето на въпроси по отношение на фамилната обремененост при дадения пациент, стил и начин на живот, вредни навици, работа в неблагоприятна среда с повишен канцерогенен риск, а също и данни за минали процедури или травми в областта на урогениталната система.

ФИЗИКАЛЕН ПРЕГЛЕД

По отношение на същия, основно значение има извършването на ректално туширане, предоставящо информация за големина, форма, повърхност, консистенция и откриване на промиращи по-уплътнени до твърди участъци, неравности или възли, които в повечето случаи се явяват огнища на заболяването [1, 2, 3]. Установено е, че ракът на простатната жлеза би могъл да бъде заподозрян по време на извършването на ректално туширане, в случаите в който обемът на същия в периферната зона е по-голям от 0.2 куб. см. [4]. Простат-специфичен антиген / PSA /- в исторически план, простатспецифичния антиген е бил изолиран за пръв път през 1971 г. от човешка плазма, като тогава първоначално е бил наречен gamma seminoprotein [5]. В последствие, същият бива изолиран и от простатната жлеза, след което е наречен и простат- специфичен антиген [6]. PSA се секретира от епителните клетки в лумена на каналите на простатната жлеза, като ролята на същия е свързана с втечняването на семенния коагулум [7]. Нормално може да бъде открит в семенна течност, урина и серум. Нарушенията в структурата на жлезата, проявяващи се в процесите на канцерогенеза или възпаление, са свързани с повишеното навлизане на PSA в периферната циркулация [8]. В съвременната практика PSA е основният и най- използваният маркер, въпреки факта че същият

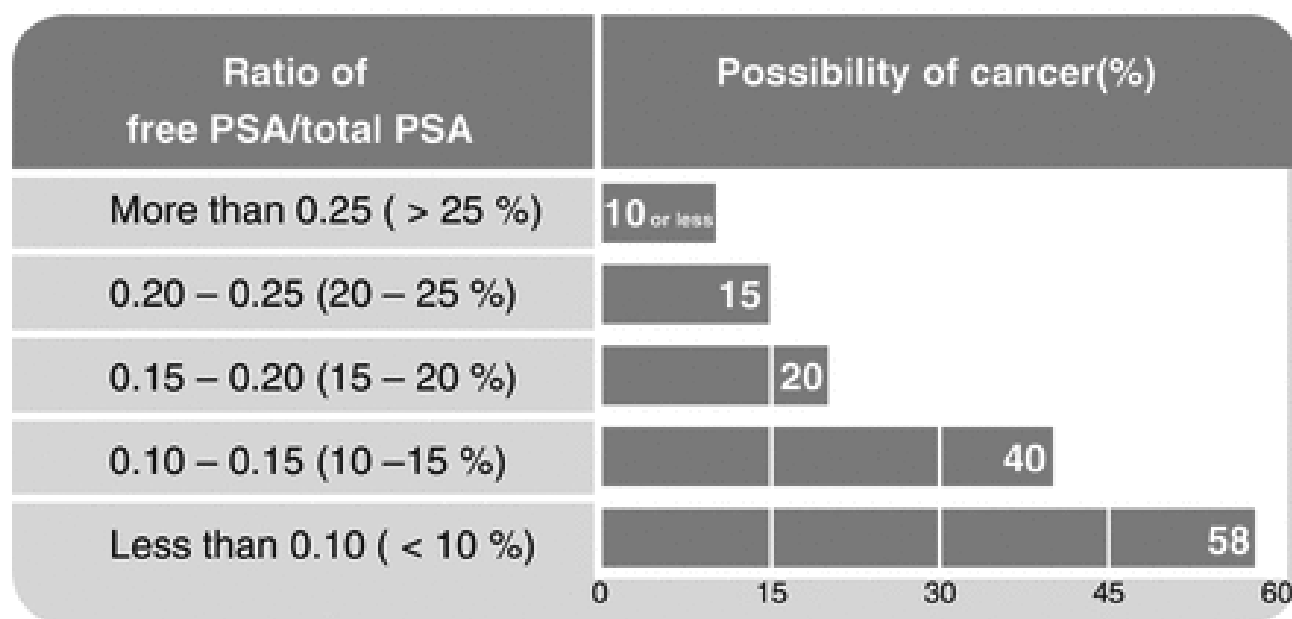
е орган а не туморно специфичен. Други известни маркери като простатно кисела фосфатаза и алкална фосфатаза, днес по-скоро са от историческо значение поради тяхната ниска специфичност и чувствителност. За референтна стойност на PSA се приема резултат 0-4 ng/ml. С цел подобряване и повишаване специфичността на PSA по отношение диагностиката на простатния карцином, съществуват т. нар. допълнителни тестове или “производни” на PSA:

- възрастово-специфичен PSA / age-specific PSA /- според същия референтни стойности: 0 до 2.5 нг/мл във възрастта 40-49 години, 0 до 3.5 нг/мл за 50-59 години, 0.-4.5 нг/мл при 60-69 години и 0-6.5 нг/мл при 70-79 годишни, значително повишават специфичността на изследването [9].

Age range	Normal PSA range (ng/mL)
All ages	<4.0
40–49	<2.5
50–59	<3.5
60–69	<4.5
>70	<6.5

Източник: https://www.researchgate.net/figure/The-age-adjusted-normal-range-for-PSA_tbl1_309159275

- съотношение свободен към общ PSA / fPSA:tPSA /- използва се предимно при стойност на PSA в т. нар. „сива зона“ на простатния карцином 4-10 нг/мл. [10, 11].



Източник: Sotelo, R., Azhar, R.A., Guajardo, M.J.S. (2015). Prostate-Specific Antigen (PSA). In: Sotelo, R., Arriaga, J., Azhar, R., Gill, I. (eds) Prostate Cancer. Springer, Cham.

- Плътност на ПСА / PSA density=PSAD /-представява измерване на съотношението между стойността на PSA и обемът на простатната жлеза, измерен трансабдоминално или трансректално [12]. Прието е при стойност на PSAD>0.15, да се отчита повишен риск за наличие на простатен карцином и да се препоръча извършването на биопсия от простатната жлеза [13].

- Скорост на нарастване на PSA / PSA velocity= PSAV /- за целта е необходимо минимум трикратно измерване стойността на ПСА в рамките на 2 годишен период с интервал 12 месеца [13]. Като гранична стойност, повишаваща вниманието за простатен карцином се посочва и приема PSAV>=0.75 ng/ml. [14].

- Време на удвояване на PSA / PSA doubling time= PSADT /- отразява повишаването стойността на ПСА във времето, като се използват готови калкулатори.

ОБРАЗНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

- Трансректална ехография- за пръв път простатния карцином е описан ехографски като хипоехогенна зона през 1985 г. [15]. С хипоехогенна структура могат обаче да се представят и други процеси в областта на простатната жлеза, като например: простатити, дуктусна ектазия, участъци на ДПХ, атрофия на простатната жлеза или инфаркт на същата [16]. По-късни проучвания като това на Vo T., Rifkin M и Peters T., от 2001 година, в което е извършено вземане на биопсия от простатната жлеза при 650 пациента, от които карцином се доказва при 197, обосновават факта че освен в участъци с хипоехогенна структура, карцином на простатната жлеза се доказва също и в такива с хетеро/изо/ и хиперехогенно участъци. В посочените от тях данни при 50.2 % от тези с доказан карцином на простатната жлеза, същият е установен в хипоехогенна зона, 12.7 % в участъци със смесена ехогенност, 11.7 % от изоехогенен участък и 4.6 % от хиперехогенна зона [17]. Сама по себе си, използвана самостоятелно ТРУС има ниска чувствителност по отношение диагностиката на простатния карцином, докато комбинирането на същата с ректалнотуширане на простатната жлеза значително повишава предиктивната стойност на изследването [8].

- Компютърна аксиална томография (КАТ)- приложението на изследването е слабо застъпено в съвременната ранна диагностика и скрининг на простатния карцином, поради доказаните във времето факти, че същото, поради липсата на ясни образни критерии, не може да отграничи ракът на простатната жлеза от другите заболявания на жлезата (19) Установено е и, че при използването на изследването трудно биха могли да се отдиференцират наличието на метастатични от възпалителни лимфни възли, въпреки прието схващане за метастатични да бъдат подозирани и смятани тези лимфни възли с $p-p \geq 1$ см. [20].

- Мултипараметричен ЯМР- Изследването спомага за диференциране на злокачествените от доброкачествените образувания на простатна жлеза. Методът е полезен и при стадиране на вече доказан карцином на простатата. ЯМР на простатата се използва още за контрол на ефикасността на лечението и в предоперативната подготовка. Мултипараметричният магнитен резонанс (МР) за изследване на простатата е метод, който може да идентифицира клинично значим рак на простатата, дори при липсата на оплаквания, както и служи за проследяване на терапевтичния ефект в хода на лечението. Изследването се провежда от лекар по образна диагностика в отделението по образна диагностика, когато пациентът е насочен от уролог при съмнение за рак на простатата.

МР с контраст на малкия таз с насоченост простата дава най-детайлната оценка за структурата на жлезата от всички образни методи. Той може да оцени измененията от злокачествен процес още от началните стадии, когато разрастването на раковите клетки е ограничено в простатата, както и при напредване на процеса - да премине извън нея и да се разпространи към околните структури. Образният диагностик може да установи чрез МР изследването дали има нужда от биопсия и коя зона от простатата да бъде биопсирана от уролога. Чрез магнитния резонанс се определя степен на изменения в простатата по класификацията PI-RADS (prostate imaging reporting and data system). Тя се състои от 5 степени, като 1 съответства на най-нисък риск за наличен карцином (бенигнен процес), а 5 за най-висок риск за карцином (злокачествен процес), като степени 4 и 5 налагат провеждането на биопсия за поставяне на хистологична диагноза и последваща преценка на терапевтичен план [21].

-**68 Ga-PSMA PET-CT- PET/CT (PET скенер) с 68 Ga PSMA (позитронно-емисионна томография, съчетана с компютър- томография)** е хибридно образно изследване, което позволява да се получи едновременно функционален и структурно-анатомичен образ на изследваните органи и структури, след интравенозно въвеждане на белязани с радионуклиди химични съединения (радиофармацевтици). ⁶⁸Ga PSMA е маркиран с изотоп (⁶⁸Ga) простат-специфичен мембранен антиген (PSMA), който се свързва с таргетни молекули (рецептори), разположени по повърхността на карциномните клетки в простатната жлеза.

Тези рецептори се появяват на повърхността на клетките на простатната жлеза във всички стадии на заболяването, което ги прави отлично средство за радионуклидна диагностика и възможност да бъдат визуализирани с PET/CT апарата [22].

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Mladenov D. *Diagnosis and staging of prostate cancer. First Symposium of oncurology, Paphos, Cyprus, 20 November 2009*
2. Хинев А, Генадиев Цв., Дигитално ректално изследване. В: *Поведение при простатен карцином (Клинично ръководство основано на доказателства). Национален експертен борд МОРЕ 2012. Арт Трейсът, Варна, 2012;19-20*
3. Хинев А, Генадиев Цв., Дигитално ректално изследване. В: *Поведение при простатен карцином (Клинично ръководство основано на доказателства). Национален експертен борд МОРЕ 2012. Арт Трейсът, Варна, 2012;19-20*
4. Hara M, Innore T, Fukuyama T. *Some physicochemical characteristics of gamma- seminoprotein, an antigenic component specific for human seminal plasma. Jpn J Legal Med 1971;25:322-324*
5. Wang MC, Valenzuela LA, Nurphy GP. *Purification of a human prostate specific antigen. Invest Urol 1979;17:159-163*
6. Lilja H, Christensson A, Dahlen U et al. *Prostate-specific antigen in serum occurs predominantly in complex with alpha 1-antichymotrypsin. Clin Chem 1991;37:1618-1625*
7. Williams SA, Singh P, Isaacs JT et al. *Does PSA play a role as a promoting agent during the initiation and/or progression of prostate cancer ? Prostate 2007;67:312-329*
8. Oesterling JE, Jacobsen SJ, Chute CG et al. *Serum prostate- specific antigen in a community based population of healthy men. Establishment of age specific ranges. JAMA 1993a;270:860-864*
9. Бончева М, Генадиев Ц, Петров П и сътр. *Диагностична чувствителност и диагностична специфичност на ПСА съотношение. Медицинфо 2005;7:9-10*
10. Генадиев Ц, Ролята на простатоспецифичния антиген в диагностиката на простатния карцином. *Урология 2006;12(4):118-121*
11. Saeman E, Whang M, Olsson CA et al. *Prostate specific antigen density (PSAD). Role in patient evaluation and management. Urol Clin North Am 1993;20:653-663*
12. Младенов ДД. *Доброкачествена простатна хиперплазия – прогностични критерии за прогресивно развитие и избор на лечение /.*
13. *The role of prostate- specific antigen velocity in prostate cancer early detection. Curr Urol Rep 2000;1:15-19*
14. Carter HB, Pearson JD, Metter EJ et al. *Longitudinal evaluation of prostate- specific antigen levels in men with or without prostate disease. JAMA 1992;267:2215-2220*
15. Lee F, Gray JM, McLeary RD et al. *Transrectal ultrasound in the diagnosis of prostate cancer: Location, echogenicity, histopathology and staging. Prostate 1985;7:117-129*
16. Hodge KK, McNeal JE, Stamey TA. *Ultrasound guided transrectal biopsies of the palpably abnormal prostate. J Urol 1989a;142:66-70*
17. Vo T, Rifkin M, Peters T. *Should ultrasound criteria of the prostate be redefined to better evaluate when and where to biopsy. Ultrasound 2001; 17, 171*
18. Смилов Н., *Ранна диагностика на простатния карцином и оценка на риска. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“ София 2007;1-242*
19. Halpern JE, Cochlin DLI, Goldberg BB. *Imaging of the prostate. Martin Dunitz Ltd. 2002*

20. Davis GL: Sensitivity of frozen section examination of pelvic lymph nodes for metastatic prostate carcinoma. *Cancer* 76: 661-668. 1995

21. hai S, Haider MA. Multiparametric-MRI in diagnosis of prostate cancer. *Indian J Urol.* 2015 Jul-Sep;31(3):194-201. doi: 10.4103/0970-1591.159606. PMID: 26166962; PMCID: PMC4495493.

22. Kallur KG, Ramachandra PG, Rajkumar K, Swamy SS, Desai I, Rao RM, Patil SG, Sridhar PS, Madhusudhan N, Krishnappa RS, Bhadrasetty V, Kumara HM, Santhosh SD, Ajaikumar BS. Clinical Utility of Gallium-68 PSMA PET/CT Scan for Prostate Cancer. *Indian J Nucl Med.* 2017 Apr-Jun;32(2):110-117. doi: 10.4103/0972-3919.202255. PMID: 28533638; PMCID: PMC5439210.

Адрес за кореспонденция:

Д-р Пламен Димитров
УМБАЛ "Георги Старнски" - гр. Плевен
Ул. "Георги Кочев" 8А

Corresponding Author:

UMBAL "Dr. Georgi Stranski" - Pleven
UMBAL "St. Marina" Pleven
MU – Pleven

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 редколегиата. 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 абривиатури.

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