

Диализно-асоцииран перитонит, предизвикан от *Kocuria varians*

Б. БОРИСОВ¹, В. ТОДОРОВ¹ И С. ИЛИЕВ²

¹Клиника по нефрология и диализа, УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ – Плевен

²Отделение по гнойно-септична хирургия и колопроктология, УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ – Плевен

Peritoneal dialysis-related peritonitis due to *Kocuria varians*

B. BORISOV¹, V. TODOROV¹ AND S. ILIEV²

¹Clinic of Nephrology and Dialysis, University Hospital "Dr. G. Stranski" – Pleven

²Department of Purulent-Septic Surgery and Coloproctology, University Hospital "Dr. G. Stranski" – Pleven

Резюме. *Kocuria* spp. са аеробни, Грам-позитивни коки, принадлежащи към семейство Micrococcaceae. Известните 18 вида *Kocuria* се откриват както в природата, така и като нормална флора по кожата и в орофарингеалната мукоза при човека и други бозайници. До момента са описани единични случаи на различни инфекции, причинени от рода *Kocuria*. Ние докладваме случай на диализно-асоцииран перитонит, предизвикан от вида *Kocuria varians*, обсъждаме особеностите на причинителя и терапевтичното поведение.

Ключови думи: перитонеална диализа, перитонит, *Kocuria*

Summary. *Kocuria* spp. are aerobic, Gram-positive coccoid bacteria, belonging to Micrococcaceae family. The known 18 types are environmental, as well human and other mammalian skin and oropharyngeal mucosa commensals. A small number of different infections due to genus *Kocuria* are described until now. We report a case of dialysis-related peritonitis caused by *Kocuria varians* and summarize bacterial characterization and the treatment.

Key words: peritoneal dialysis, peritonitis, *Kocuria*

SY 9. NEUROENDOCRINE TUMOR OF APPENDIX OR MORBUS CROHN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND OPERATIVE APPROACH WITHOUT PREOPERATIVE HISTOLOGY

P. Vladova¹, S. Iliev¹, Iv. Presolski¹, K. Nedyalkov¹, S. Popovska²

¹Department of Coloproctology and Purulent-Septic Surgery, ²Department of Clinical Pathology, University Hospital - Pleven, Bulgaria

INTRODUCTION: The neuroendocrine tumors (NET) of the appendix and Morbus Crohn belong to the group of rare diseases according to the widely accepted European definition of a rare disease.

144

Folia Medica 2015; 57; Suppl. 1
© 2015 Medical University, Plovdiv, Bulgaria

DE GRUYTER
OPEN

Folia Medica 2015; 57; Suppl. 1
Copyright © 2015 Medical University, Plovdiv, Bulgaria

Usually they are discovered accidentally because of the lack of specific symptoms and because the clinicians are not well acquainted with them. The patients usually come to the hospital with manifestation of intestinal obstruction and they undergo urgent surgery. Both diseases require significantly different surgical approach and subsequent treatment. **MATERIALS:** We present 3 cases of patients operated urgently or in conditions of urgency with delayed operation with manifestations of intestinal obstruction and palpable tumor formation in the ileocecal area. Different operative interventions were performed. The patients were followed up over a period of 2 years. **RESULTS AND DISCUSSION:** Its noteworthy that the case histories and the clinical data suggested malignant neoplasm of appendiceal origin while the intraoperative findings suggested chronic inflammatory process of the terminal ileum with enlarged lymphatic nodules in the pool of arteria ileocolica which is supported by the histological findings. In 2 of the cases the histological diagnosis was Morbus Crohn and in 1 of the cases - NET of the appendix. **CONCLUSION:** Knowledge of the clinical picture and the macroscopic findings in Morbus Crohn and NET of the appendix and cecum is very important for the choice of appropriate operative tactics in order to avoid subsequent complications and unfavourable outcome of the treatment. The frequency of these diseases increases and, on the other hand, the application of approved regimens and algorithms of treatment is a prerequisite for good results and prognosis.

Key words: NET of the appendix, Morbus Crohn, differential diagnosis

presence of atherosclerosis, hypercoagulability associated with cancer as underlying cause of AMI should be considered and investigated.

PS-21-022

Adult extrarenal nephroblastoma arising in a retroperitoneal mature teratoma

K. Kekempanou*, S. Tsochatzis, E. Papakonstantinou, V. Zolota, M. Stewropoulos
*Rio-Patras, Greece

PS-21-024

Incidence and morphological characteristics of the gastroenteropancreatic neuroendocrine tumours, diagnosed and confirmed for one year in UMHAT Dr. Georgi Stranski, Plevna
S. Popovska*, P. Vladova, S. Iliev, I. Ivanov
*Medical University Plevna, Dept. of Pathology, Bulgaria

Objective: Over 90 % of neuroendocrine tumours (NETs) in Bulgaria were reported to arise in the gastrointestinal tract. Our objective was to

Springer

Virchows Arch (2015) 467 (Suppl 1):S1-S2

Study the incidence and morphological characteristics of the gastroenteropancreatic NETs, diagnosed for 1 year.

Method: The present retrospective study explores the incidence and morphological characteristics of the gastroenteropancreatic NETs, diagnosed and confirmed for 1 year period (during 2014) in UMHAT "Dr. Georgi Stranski", Plevna.

Results: Seven cases of gastroenteropancreatic NETs were diagnosed and treated for the studied period. Most common primary sites were: pancreas in 4 (57.14 %) cases and 2 in colon (28.57 %) cases. According to the morphological criteria, 2 (28.57 %) were well differentiated NETs, 3 (42.86 %) were moderately differentiated, and 2 (28.57 %) were poorly differentiated NETs. One of them was mixed adenoneuroendocrine carcinoma. All cases demonstrated immunoreexpression of Chromogranin A and Synaptophysin in addition to the distinct neuroendocrine morphology. Distant site metastasis were observed in 5 (71.43 %) cases.

Conclusion: According to our results, most of the gastroenteropancreatic NETs were well and moderately differentiated. A considerable number of patients had distant metastasis at the time of diagnosis. The expression of Chromogranin A and Synaptophysin supported the morphological diagnosis of gastroenteropancreatic NET.

PS-21-027

Dantrolene

Here we tested the mEHT related damage, stress and immune response in cancer allografts in immunocompetent mice.

Method: We implanted Colon-26 carcinoma allografts in Balb/c mice. After mEHT treatment we used immunohistochemistry on fixed samples for detect AIF, BAX, caspase-3, HMGB1 proteins and CD3+ cells.

Results: mEHT resulted in progressive tumour damage compared to controls. The cell death response was accompanied increase of activated caspase-3 levels, without significant translocation from mitochondria into nuclei of apoptosis-inducing factor (AIF), or accumulation of Bcl-2-associated X protein (BAX) in mitochondria. Stress-associated release of HMGB1 protein and increased number of CD3 positive T cells were also observed. Additional i.p. administration of a CD8+ T-cell priming agent resulted in a systemic tumour destruction.

Conclusion: mEHT can induce caspase-dependent programmed cell death and stress-associated release of HMGB1, which may support T cell mediated tumour immunity.

PS-21-029

Structural changes in the tissues for transplantation after sterilization with gamma and electron beam radiation

H. Matzová*, J. Koller, O. Futeriková, R. Klincová, V. Václavík

Review

FETUIN-A – ALPHA2-HEREMANS-SCHMID GLYCOPROTEIN: FROM STRUCTURE TO A NOVEL MARKER OF CHRONIC DISEASES PART 1. FETUIN-A AS A CALCIUM CHAPERONE AND INFLAMMATORY MARKER

Regina S. Komsa-Penkova,
Georgi M. Golemanov,
Zdravka V. Radionova¹,
Pencho T. Tonchev²,
Sergej D. Iliev²,
Veselin V. Penkov³

*Division of Biochemistry,
Medical University – Pleven,
Bulgaria*

*¹Division of Pedagogy and Psychology,
Medical University – Pleven,
Bulgaria*

*²Department of Propedeutics of
Surgical Diseases,
Medical University – Pleven,
Bulgaria*

*³Repromed Medical Center – Pleven,
Bulgaria*

Summary

Fetuin-A is a major plasma glycoprotein released mainly by the liver. Its functions include inhibition of the activity of insulin receptor, regulation of response to inflammation, inhibition of calcified matrix metabolism and ectopic mineralization, etc. Three major functional domains of fetuin-A have been identified: one similar to the Ca-binding domains, one inhibiting cysteine protease, and a domain with high affinity to insulin receptor. The fetuin-A molecule may be considered as a highly pleomorphic protein with an important impact in a variety of clinically expressed metabolic and pathological processes. It could be used as a marker in clinical practice in the future.

Key words: fetuin-A, inflammation, cystatin, calcium chaperone, hepatokine

Introduction

Original Articles

MACROSCOPIC ASSESSMENT OF TOTAL MESORECTAL EXCISION QUALITY AFTER ROBOTIC ASSISTED RECTAL RESECTION FOR RECTAL CANCER IN BULGARIA: A PROSPECTIVE TRIAL

Dobromir D. Dimitrov,
Tsvetomir M. Ivanov,
Tashko S. Deliyski,
Sergey D. Iliev¹,
Emil T. Filipov¹,
Martin P. Karamanliev,
Tatqna M. Betova²,
Savelina L. Popovska²,
Nataliya P. Chilingirova¹,
Izabela P. Georgieva,
Slavcho T. Tomov³,
Grigor A. Gortchev³

*Division of Oncological Surgery,
 Medical University – Pleven,
 Bulgaria*

*¹Department of Propedeutics of
 Surgical Diseases,
 Medical University – Pleven,
 Bulgaria*

*²Department of General and Clinical
 Pathology,*

*Medical University – Pleven,
 Bulgaria*

*³Division of Gynecological Oncology,
 Medical University – Pleven,
 Bulgaria*

Summary

Total mesorectal excision (TME) is a standard surgical procedure for rectal cancer. Robotic surgery has the potential to minimize the disadvantages of laparoscopic rectal resection. Circumferential margin and macroscopic quality assessment of the resected specimen are the major prognostic factors for local recurrence of the disease. The aim of this study was to research the macroscopic assessment of the quality of TME after robotic-assisted rectal resections for rectal cancer performed in a single center. Data was prospectively collected about macroscopic assessment of the quality of TME in thirteen patients after robotic-assisted rectal resections for rectal cancer between 09.04.2014 and 31.12.2016. After all robotic TMEs, a pathologist made macroscopic assessment of the completeness of the mesorectal excision. The quality of TME was complete in 12 cases and nearly complete in one case. The circumferential and distal resection margins were negative in all cases. The mean number of harvested lymph nodes was nine. This study indicated that using robotic surgery for rectal cancer does not lead to worsening the quality of TME. Further studies in this field are necessary.

Key words: rectal cancer, TME, quality of the specimen, robotic surgery

Introduction

Currently, the treatment of rectal cancer often includes

Direct Cannulation of Ascending Aorta versus Standard Femoral Artery Cannulation in Acute Aortic Dissection Type A

Vassil Gegouskov, MD, PhD,¹ Georgi Manchev, MD,¹ Vladimir Danov, MD, PhD,² Georgi Stoitsev, MD,¹ Sergey Iliev, MD, PhD³

¹Department of Cardiac Surgery, St. Anna University Hospital, Sofia, Bulgaria; ²Department of Cardiac Surgery, and ³Department of Propedeutics of Surgical Diseases, Medical University, Pleven, Bulgaria

ABSTRACT

Background: During surgery for ascending aortic dissection, the dissected ascending aorta itself has traditionally been rejected as a cannulation option. The purpose of this study is to prove that direct cannulation of the ascending aorta in patients operated for acute aortic dissection type A (AADA) is at least as effective and safe as classic femoral cannulation.

Methods and Results: Between September 2008 and January 2015, we operated on 117 patients with AADA through median sternotomy. Cannulation was accomplished in 32 cases (27%) through the femoral artery (group A), and in 85 patients (73%) through the dissected ascending aorta (group B). Moderate hypothermic circulatory arrest with bilateral antegrade cerebral perfusion was used in 108 patients (92%). The mean time of circulatory arrest was 17 minutes (range: 9–52 minutes). The 30-day mortality rate was 22% (7 patients) in group A, and 18% (15 patients) in group B ($P =$ not significant). Temporary neurologic dysfunction (TND) including postoperative confusion, delirium, or agitation occurred in four patients (13%) in group A, and four patients (5%) in group B ($P =$ not significant). The incidence of permanent neurologic dysfunction (stroke) was 9% (3 patients) in group A and 3% (3 patients) in group B.

Conclusions: The direct cannulation of the ascending aorta is a safe alternative for patients with AADA, offering the opportunity for antegrade cerebral perfusion. It is easy to perform, reliable, and associated with acceptable early results.

postoperative care [Khaladi 2008a; Reece 2007; Mehta 2002]. A major cause of mortality and morbidity in AADA repair patients is cerebrovascular injury and organ malperfusion, which may be influenced by the arterial cannulation method. Thus, the method used may represent a main determinant of operative outcomes.

Consensus has not yet been reached about the best method of arterial cannulation for cardiopulmonary bypass (CPB) when dealing with AADA. Generally, there are three cannulation strategies that represent the surgical approach of most cardiac surgery centers worldwide, and each method has its own advantages and disadvantages [Golobas 2014]. Traditionally, during the late '80s and early '90s, the femoral cannulation was the "gold standard" in most institutions for cardiac surgery [Khaladi 2008c]. Since this technique is associated with retrograde cerebral embolization, propagation of dissection, and organ malperfusion, many surgeons switched to an alternative approach for arterial cannulation [Kruger 2012].

Cannulation of the axillary/subclavian artery has become more popular in the last ten years, during which the benefits of antegrade body perfusion have become clearer. However, it is more time-consuming and requires a more precise technique, which is not always feasible in the emergent intervention that AADA usually necessitates [Shimokawa 2008; Reece 2007]. In addition, particularly in small patients, shortage of pump flow may be encountered due to the small caliber of the artery.

The third method is the direct or central cannulation of the dissected ascending aorta. It involves the Seldinger tech-

PRIMARY AMYLOIDOSIS WITH INITIAL GASTROINTESTINAL MANIFESTATION. A CASE REPORT

Tatyana M. BETOVA^{1,2}, Radoslav G. TRIFONOV², Savelina L. POPOVSKA¹,
Paulina T. VLADOVA³, Sergey D. ILIEV³

¹Department of Pathology, Medical University – Pleven, Bulgaria

²Medical University – Pleven, Bulgaria

³Department of Surgical Propaeutics, Medical University – Pleven, Bulgaria

Received 19 Apr 2018; Accepted 02 Jul 2018

doi:10.1515/med-2018-0072

ABSTRACT

Introduction. Amyloidosis is a rare disease associated with extracellular accumulation of abnormal protein – amyloid in various organs and systems. This disease can be either acquired or hereditary, systemic or localized. At its core, it represents a grown, tumor-like neoplastic clone of the plasma cells in the bone marrow. Gastrointestinal amyloidosis is manifested by symptoms, such as diarrhea, steatorrhea, constipation, and very rarely – hemorrhages and perforations of the colon.

Case presentation. We present a case of primary intestinal amyloidosis with recurrent hematochezia and abdominal pain in a 61-year-old woman. Colonoscopy revealed polyposis of the whole colon and a total colectomy was performed, followed by morphological and paraclinical examinations. Histologically, amyloid deposition, positive for Congo red, was found in the walls of the submucosal blood vessels and in the smooth muscle cells of the muscular layers. The laboratory tests indicated anemia, high erythrocyte sedimentation rate, and Bence-Jones proteins in urine.

Conclusions. Our case is a demonstration of primary amyloidosis with intestinal localization that should be

RÉSUMÉ

L'amyloïdose primaire avec manifestation gastro-intestinale initiale. Présentation de cas

Introduction. L'amyloïdose est une maladie rare qui est associée à l'accumulation extracellulaire d'une protéine – amyloïde anormale dans différents organes et systèmes. Elle peut être acquise ou héréditaire, systématisée ou localisée. Elle a à la base un type néoplasique des plasmocytes de la moelle osseuse qui s'est agrandie de façon tumorale. L'amyloïdose gastro-intestinale est marquée de symptômes comme la diarrhée, la stéatorrhée, la constipation et très rarement, d'hémorragie et de perforation du colon.

Rapport du cas. Nous présentons un cas d'une femme à l'âge de 61 ans avec une amyloïdose primaire intestinale marquée d'une hématochésie récurrente et une douleur abdominale. La colonoscopie a montré une polypose de l'entier colon ; on a fait une colectomie totale suivie d'une analyse morphologique et paraclinique. Histologiquement, dans les parois des vaisseaux sanguins sous-muqueux et dans les cellules musculaires lisses des couches musculaires on a trouvé des dépôts amyloïdes positifs au rouge Congo, et

✉ Address for correspondence:

Tatyana M. BETOVA

Department of Pathology, Medical University – Pleven

Address: 1, Sv. Kliment Ohridski Str., 5800 Plevna, Bulgaria

Phone: +359888770259, e-mail: betova@abv.bg

Primary amyloidosis with initial gastrointestinal manifestation. A case report – BETOVA et al

taken into consideration in the presence of recurrent hematochezia.

Keywords: amyloid, colon, hematochezia, histopathology.

de l'analyse de laboratoire – de données d'anémie, de vitesse de sédimentation élevée et de protéines Bence-Jones dans l'urine.

Conclusions. Notre cas est une démonstration d'amyloïdose primaire avec localisation intestinale qui devrait être prise en considération en présence d'une hé-

Ретроспективно проучване върху честотата и локализацията на гастроентеропанкресните невроендокринни тумори, диагностицирани и оперирани в УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ – Плевен за периода 2011-2018 година

Владова, Паулина Т.¹, Илиев, Сергей Д.¹, Поповска, Савелина А.², Иванов, Иван Н.²

¹ Катедра Пропедевтика на хирургическите болести, Медицински Университет, Плевен

² Катедра Патология, Медицински Университет, Плевен

Адрес за кореспонденция:

Д-р Паулина Трифонова Владова,
Катедра Пропедевтика на хирургическите болести,
Медицински Университет, Плевен,
ул. „Климент Охридски“ № 1,
e-mail: p.t.vladova@abv.bg

Резюме

Честотата на невроендокринните тумори (NET) нараства с годишен скок от 5.8%, предимно поради подобрените диагностични методики. През 2013 г. е осъществена съвместна първична епидемиологична информация за честота на невроендокринните тумори в България. Първонадважната информация включва анализ на 127 пациента с NET от ретроспективна база в Плевен. Туморите са с 98% локализация в гастроентеропанкресния тракт. Основно са засегнати тънкото черво, ректумът, апендиксът и по-малко колонът, стомахът и панкреасът.

Материали: Ретроспективно проучване за невроендокринните тумори на гастроентеропанкресния тракт за периода 2011-2018 г. Разглеждани са пациенти, оперирани в хирургичните клиники на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен, както и такива, които са диагностицирани, но неоперирани, поради силно авансирания туморен процес.

Резултати и обсъждане: Представени са морфологичните варианти на туморите, органата локализация и съотношението на нашите резултати, отнесени към тези за страната. Проби впечатление появата на смесени тумори (MANEC), състоящи се от невроендокринен тумор и аденокарцином. Като цяло честотата на невроендокринните тумори нараства, а честотата на NET, диагностицирани на територията на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен, е по-висока от тази за страната.

Заклучение: Въпреки значителните постижения в съвременната медицина диагнозата NET се поставя със закъснение средно от 3 до 7 г. след появата на първите симптоми. В момента на поставяне на диагнозата 50% от случаите са с метастази. Морфологичната верификация със съобразената първична оперативна интервенция предполага комплексно мултидисциплинарно сътрудничество, както и доживотно проследяване на пациентите с доказан NET.

Ключови думи: невроендокринни тумори, гастроентеропанкресни тумори, ретроспективно проучване

Supraclavicular Approach to the Subclavian Vein – One Well Forgotten Technique with Impressive Results

Authors' Contribution:

- A – Study Design
- B – Data Collection
- C – Statistical Analysis
- D – Data Interpretation
- E – Manuscript Preparation
- F – Literature Search
- G – Funds Collection

Biser Borisov^{1ABCDEF}, Sergey Iliev^{2DF}

¹Department of Nephrology and Dialysis, Medical University Plovdiv, Bulgaria

²Department of Surgery, Medical University Plovdiv, Bulgaria

Article history: Received 19.05.2018; Accepted: 1.06.2019; Published online: 06.06.2019

ABSTRACT:

Purpose: Insertion of temporary and tunneled catheters for hemodialysis in the internal jugular vein is a "gold standard". On the other hand, the supraclavicular approach to the subclavian vein was described by Yoffa in 1965. Despite its old invention, the latter technique has been well forgotten for unknown reasons. The aim of this study is to present our experience with the usage of the supraclavicular approach for insertion of temporary and tunneled catheters as vascular access for hemodialysis treatment.

Material and Methods: We provide our experience on the insertion of 506 temporary and 501 tunneled catheters within a five-year period (from 1st January 2010 to 31st December 2014). We use 8 (eight) different places for catheters' insertion, including the subclavian vein via supraclavicular approach following the techniques of D. Yoffa and I. Corchynski. The collected data include age, sex, reasons for hemodialysis, number of attempts for successful cannulation, number of acute (AC) and chronic (CC) complications, and dependence on the catheter insertion location.

Results: The gender distribution shows 463 (46%) women and 544 (54%) men with a median age of 60.0 (+/- 13.2) years. In the cases of temporary catheters, 104 (20.5%) are inserted in the subclavian vein via supraclavicular approach (SCVSC), 70 (13.8%) – in the internal jugular vein (IJV). In the cases of tunneled ones – SCVSC – 281 (56%), and IJV – 207 (41%) catheters, respectively. We found a significant statistical correlation ($p < 0.05$ and $r = 0.23$) between acute complications and the insertion position – AC are more for IJV insertion, than in SCVSC. We did not find a significant correlation between the insertion place and the chronic complications. Even central vein stenosis is more frequent in the IJV than in the SCVSC, but this is not significant ($p = 0.05$). Primary catheter patency of temporary and tunneled catheters is higher when they are inserted in the left veins.

Conclusion: We conclude that the supraclavicular approach to the subclavian vein is an easier, safer and practically more convenient method than cannulation of the IJV. The revisit of this approach demonstrates that it should be used more widely.

KEYWORDS:

complication, internal jugular vein, subclavian vein, supraclavicular approach, vascular access.

Superficialization of the outflow vein in case of a cubital fistula – always or sometimes?

Biser K. Borisov¹, Sergey D. Iliev²

¹ Klinika Nefrologii i Dializoterapii Uniwersytetu Medycznego w Plewen, Bulgaria

² Klinika Chirurgii Uniwersytetu Medycznego w Plewen, Bulgaria

Article history: Received: 10.01.2019 Accepted: 20.02.2019 Published: 20.03.2019

ABSTRACT:

Introduction: The hemodialysis treatment requires an outflow vein from an arterio-venous fistula which is easily accessible and suitable for multiple venepunctures. The increasing number of elderly patients, those overweight and those with diabetes mellitus, has led to increased number of primary cubital anastomoses. The purpose of this study was to show our attempt to superficialize the outflow vein (s) in patients with difficult venipuncture after a previously constructed native cubital fistula.

Materials and method: The data set is comprised of 442 arterio-venous anastomoses performed within a 5-year period (from 1st July 2011 until 30th June 2016) in the Clinic of Nephrology and Dialysis at Medical University, Pleven, Bulgaria. The primary cubital fistulas constitute 311 (70%) of all cases. Consecutive superficialization of the outflow vein was performed in 18 cases (6%).

Results: No case of complications was recorded – neither during the intervention, nor afterwards, when the fistula was used. One-year patency of the fistula was observed in 17 patients (94%). The surgery has been successful (comfortable access for puncture area) in 17 cases (94 %).

Conclusions: According to the data presented by us, the planned superfuidisation of the outflow vein(s) in cubital anastomoses shows good perioperative and one-year survival. It may be observed in patients with difficult to-puncture veins and we recommend using it more often in practice. This intervention improves the quality of treatment in patients undergoing hemodialysis.

KEYWORDS:

av fistula, superficialization, outflow vein

13.6.11

Documents

Collaborative EuroSurg (S.Iliev). Safety of hospital discharge before return of bowel function after elective colorectal surgery. *Br J Surg.* 2020 Apr;107(5):552-559. 0.03T. IF-5.572 ISSN: 0007-1323; eISSN: 1365-2168 – Scopus, Web of Science

Chapman, S.J., Blanco-Colino, R., Pérez-Ajates, S., Bautista, O.A., Hodson, J., Blanco-Colino, R., Chapman, S.J., Glasbey, J.C., Pata, F., Pellino, G., Soares, A.S.A., van Elst, T., Van Straten, S., Nepogodiev, D., Hodson, J., Borakali, A., Bath, M.F., Yasin, I.H., Mclean, K., Arthur, T., Kovacevic, M., Delibegovic, S., Karamanliev, M., Swamad, M., Žebrák, R., Paramasivam, R., Martensen, A., Larsen, H.M., Rådeker, L., Frey, P.E., Kechagias, A., Venara, A., Duchalais, E., Ioannidis, A., Pata, F., Pellino, G., Pasquali, S., Simioni, A.S.A., Farina, V., Podda, M., Lorenzon, L., ISURG, Schaeff, V., Otto, A., Jakubauskas, M., van Elst, T.R., Chu, M., Fagan, P.V.B., Wells, C.I., João, A.A., Soares, A., Juloski, J., Blanco-Colino, R., Pérez-Ajates, S., Bautista, O.A., El Kasmí, Y.E.K., EspinBasany, E., Clerc, D., Ciubotaru, C., Popescu, S., Yanishev, A., Lee, S., Ozkan, B.B., Sen, A.Y., Aktas, M.K., Baki, B.E., Yükek, B., Glasbey, J.C., Kamarajah, S., Mclean, K., Borakali, A., Yasin, I.H., Khaw, R.A., Mills, E., Goodson, R., Thakral, N., Ablett, A.D., Adra, M., Kwek, I., Khan, S.M., Quinn, P., Manley, L.R., Badran, A., Ramjeeawon, A., Campbell, A., Tan, H.L., Rye, D.S., Rajaraman, N., Norman, J.G., Vutipongsatorn, K., Solomou, G., Akhbari, M., Ali, A., Brandao, B.D., Stainer, B., Thavayogan, R., Jones, D., Onafowokan, O.O., Gharooni, A., Dabab, N., Carlton-Carew, S., Kungwengwe, G., Gabriel, M., Sewart, E., Shortland, T.C., Lawday, S., Pockney, P., Dawson, A., Stewart, P., Ng, B., Luong, J.K., Delibegovic, S., Ivanov, V., Borisova, A., Neykov, V., Žebrák, M.F.R., Harbjerg, J.L., Brandsborg, S., Mark-Christensen, A., Unbehaun, K.P., Dalsgaard, P., Lycke, K.D., Kechagias, A., LeNaoures, P., Duchalais, E., Brigand, C., Dumange, E., Gout, M., Moehwald, C., Prem, M., Alhalabi, O., Sliwinski, S., Krupp, J., Gablenz, E., Schmitzer, L., Kopp, A., Steinle, J., Gsenger, J., Pohl, L.J., Riccardi, M., Christodoulou, I.M., Konstantinidis, M., Machairas, N., Zoikas, A., Balalis, D., Manalakis, D.K., Aguilera, M.L., Simioni, A.S.A., Marano, L., Fleres, F., Lovisetto, F., Sasia, D., Segalini, E., Pata, G., Lucchi, A., Sagnotta, A., Campagnaro, T., Petrelli, F., Gallo, G., Papandrea, M., Testa, V., Sinibaldi, G., Di Candido, F., Colombo, F., Perrone, G., Aresu, S., Biancafarina, A., Canonico, G., Pagnanelli, M., Curletti, G., Bini, R., de Manzoni Garberini, A., Impellizzeri, H., Cillara, N., Tutino, R., Picciarello, A., Coletta, D., Savino, G., Ferrara, F., Tamini, N., Talamo, G., Parini, D., Giamundo, P., Pagano, G., Ripetti, V., Pesce, A., Menduni, N., Pellino, G., Giudicissi, R., Podda, M., Goldin, E., Rega, D., Belli, A., Andriola, V., Gordini, L., Pata, F., Foppa, C., Piccolo, G., Birindelli, A., Ferrari, C., Ballarini, Z., Tirelli, F., Milone, M., De Rosa, M., Federico, N.S.P., Molteni, B., Tilocca, P.L., Sancini, G., Piozzi, G.N., Lauretta, A., Mulas, S., Schaeff, V., Otto, A., Jakubauskas, M., Simcik, D., Portelli, L., van Wijnbergen, J.W.M., Dinger, T.L., ten Doesschate, S.F.H., van Dalen, A.S.H.M., van den Bos, D.D., Hansmann, M., Feliz, J.M., Kuiper, S.Z., Abdurahman, Z., Puijssers, S.R., Geneta, V.P., Chu, M., Wilton, S., Kandelaki, H., Peng, S.L., Campbell, S., Lim, Y.K., Yassaie, S.S., Murray, M., Fagan, P.V.B., Haran, C., Tan, J., Castro, J., Laranjeira, A., Catarino, S., Neves-Marques, C., Correia, J.G., Vieira, B.N., Quintela, A.C., Serra, M.L., Maciel, J., Cunha, M., Aparicio, D.J., Neves, J., Azevedo, J., Romano, M., Eiró, F., Romano, J., Monteiro, C., Claro, M., Almeida, Peyroteo, M., Machado, N.D., Capole, H., Ferreira, M., Sousa, X., Devesa, H., Cavadas, D., Guerreiro, I., Costa, M., Rosele, M., Salman, M., English, C., Mohammed, N., Popescu, S., Yanishev, A., Litvin, A., Čuk, V.V., Mészáros, K., Van Straten, S., Jaich, R., De Lima, H., Brooks, S., Marx, M., Salvation, M.N., Cardo, J.G., Mora-Guzmán, I., Muriel, J.S., de Andres Olabarria, U., Muriel, P., Viñas, C.J., Alconchel, F., Sinovas, O.E., El Kasmí, Y.E.K., Oro, C.F., Pérez-Ajates, S., Otero, M.L., Jiménez, S.F., Bellmunt, O.C., Caballero, J.M., Rubio-Pérez, I., Aguilar-Martínez, M.M., Segura-Sampedro, J.J., Moreno, C.O., Parra, D.N., Diz, A.M.E., Martín-Balbuena, R., Recuenco, C.B., Bolaños, R.E.L., Fernández, P., Padillo, A.D., Forero-Torres, A., Román, I.A.S., Rosés, H.S., Campos, P.V., Moreira, C.C.L., Peralta, P.U., Navidad, M.S., Ripollés-Melchor, J., Garcea, A., Facundo, H.G., Bautista, O.A., Pereira, P.T., Guarinos, C.V.P., Clerc, D., Blaser, B., Piazza, G., Gagliardi, B., Serin, H., Sen, A.Y., Yurdaor, S.S., Aktas, M.K., Arslan, E., Kopac, O., Uyanik, A., Ozmen, B.B., Tiftik, E., Aksoy, B., Yalcinkaya, A., Bilicen, G., Cinar, E.N., Uslu, Ö., Kaya, Y., Wong, J., Farhan-Alanie, M.M.H., Suresh, G., Asif, A., Finch, B.J., Bhahirathan, Y., Herron, J., Tew, Z.Y., Obukofe, R., Russell, C., Suchell-Kay, I., Netke, T., Williams, L., Kisiel, A., Liu, F.Y., Claireaux, H., James, P., Mondal, A., Kalderon, R., Nadama, H.H., AlSaraff, Z., Tam, J.P.H., Powell-Chandler, A., Wood, F., Campbell, A., Gorgievska, R., Ragavoodoo, A., Thakrar, C., Rojoa, D., Paimer, C., Davidson, K., Giacci, L., Hale, J., Gan, F.W., Makin-Taylor, R., Hey, C.Y., Toh, C., Findlay, J.M., Griffiths, N., Ganesanathan, S., Jasionowska, S., Poustie, M., Wong, C., Turner, T., Pyc, W., Sloper, W., Warner, C., Coey, J., Mason, D., Sait, S., Kowal, M., Shortland, T.G., Owen, M., Saiyed, A., Ashworth, I., Akbari, K., Curran, M., Martin, P., Parker, D., Dawson, A., Kwok, K., Lye, C., Pockney, P., Ghaly, M., Sammour, T., Lewis, D., Mundasad, R., Wilkes, A., Clerckle, G., Stewart, P., Delibegovic, S., Maslyankov, S.,

Dimov, R., **Iliev, S.**, Dimitrov, D., Marek, F., Örhalmi, J., Skalický, P., Skalický, T., Chrz, K., Christensen, P., Worsøe, J., Kristensen, E.S., Emmertsen, K.J., Loeve, U.S., Duchalais, E., Mihaljevic, A.L., Herrie, F., Konstantinidis, K.M., Manatakis, D.K., Korkolis, D., Karanikas, I., Aguilera, M.L., Vincenti, L., Anania, G., Borghi, F., Agresta, F., Maretto, I., Parisi, A., Bucci, L., De Palma, G., Guglielmi, A., Cucinotta, E., La Torre, F., Cianchi, F., Guerrieri, M., Lauretta, A., Trompetto, M., Persiani, R., Micheletto, G., Delrio, P., Belli, A., Cantafio, S., Lovisetto, F., Ronconi, M., Bisagni, P.A.G., De Prizio, M., Tamini, N., Sinibaldi, G., Franceschi, A., Galleano, R., Cavallini, M., Brescia, A., D'Ambra, L., Benevento, A., Niolu, P., Calgaro, M., Colangelo, E., Grottoia, T., Altomare, D.F., Puleo, S., Salamone, G., Pietrabissa, A., Poggioli, G., Ripetti, V., Erdas, E., Ottonello, R., Canonico, G., Tonini, V., Selvaggi, F., Sammarco, G., Ceccarelli, G., De Nisco, C., Surgo, D., Taglietti, L., Ozolins, A., Sivinš, A., Poskus, T., Psaila, J., Bemelman, W.A., Graat, L.J., Langenhoff, B., Wijnhoven, B.P.L., van de Ven, A.H.W., Poelman, M., Stassen, L.P.S., Slooter, G., Acherman, Y.I.Z., Hoff, C., Gerhards, M.F., Stommel, M.W.J., Hazebroek, E.J., van Geloven, A.A.W., Schasfoort, R.A., van Leeuwen, B.L., Tuynman, J.B., van Tilburg, M.W.A., Boerma, E.G., Sharma, P., Jenkins, B., Bissett, I.P., Peng, S.L., Herd, A., Gordon, A., Vernon, D., Omundsen, M., Ly, J., Reddy, A., Bonnet, G., Harmston, C., Morales, M., Francisco, V., Costa, S., Manso, A., Amorim, E., Pereira, J., Cardoso, J., Ourô, S., Caralão, M., Nascimento, C., da Silva, B.R., Taranu, V.,

Dias, R., Devesa, H., Mendes, J., Allen, M., Silva, A., Carlos, S., Barbosa, E., Carneiro, C., Ramos, L., Maciel, J., Lencastre, L., Martins, R., Silva-Vaz, P., Cahill, R., Hogan, A., Larkin, J., Negro, I., Alejevich, A., Čuk, V.M., Vician, M., Ede, C., Sardiwalla, I., Mulira, S., Montwerdi, D., Ovommo, M., Sabia, D., Porras, V.P., Vigorita, V., Ortega, G.S., García, J., Macías, A.E., Antona, F.B., Mompeán, J.A.L., Ruiz, S.S., Villarejo-Campos, P., Simó, M.R., Sánchez-Guillén, L., Jiménez-Gómez, L.M., López, A.S., Golda, T., Bergkvist, D.J., Nevado, C., Aguilar, J.F.N., Felipe, B.R., Septiem, J., Sánchez, A.R., Cañete-Gómez, J., Montesinos, I.R., Ripollés-Melchor, J., MillánScheiding, M., Prieto-Nieto, I., Segura-Sampedro, J.J., Espin-Basany, E., Frasson, M., Román, I.A.S., Olmo, D.G., Hübner, M., Petermann, D., Sauvain, M.O., Ozben, V., Geçim, I.E., Disçi, E., Rencuzogullari, A., Kurt, A., Bisgin, T., Pehlivan, M., Isik, A., Onur, E., Leventoglu, S., Keskin, M., Guner, A., Sahin, S.T., Ozbaldi, G.S., Pergel, A., Albayrak, D., Bruce, D., Fearnhead, N., Arthur, J., Harron, M., Beattie, G., Titu, L., Ali, A., Saunders, M., Phillips, J., Dindyal, S., Cresswell, B., Gercek, Y., Lee, J., Linn, T., Faulkner, G., Lockwood, S., Rees, J., Charalabopoulos, A., Campbell, B., Kontovounisios, C., Amarnath, T., Johnson, M., Epanomentakis, E., Vigs, S., Nastro, P., Gilliam, A., Smolarek, S., Wilson, T., Orbell, J., McIntyre, R., Agarwal, T., Hainsworth, P., Patel, P., Vijay, J., Liu, B., Rao, P.D., Roxburgh, C., Vipond, M., Youssef, H., Thorn, C., Schizas, A., Denley, S., Bowley, D.,

Das, K., Cuming, T., Saha, A., Chung, L., Pitt, J., Davis, P., Jones, O., Taylor, M., Bhargava, A., Haji, A., Watson, N., Bloom, I., Singh, B., Norwood, M., Gurjar, S., Stylianides, N., Mirza, S., Evans, M., Williams, G., Patil, P., Hernon, J., Finch, G., Green, S., Chapple, K., Fatemi, O., Warusavitarne, J., Samee, A., Garden, C., Ong, L., Verma, K., Joseph, A., Rawal, N., Pinkney, T., Oke, O., Glen, P., Maxwell-Armstrong, C., Oliphant, R., Garner, J.,

Moug, S.J., Middleton, S., Lund, J.N., Smart, N.J., Osborn, G., Moore, T., Raymond, T., Knowles, C.H., Hany, T.S., Clarke, R., Khera, G., Brady, R., Sellahewa, C., Mason, C., Torrance, A., Lasithiotakis, K., Knight, J., Pullybank, A., Ainsworth, P., Reid, F., Ramwell, A., Maslekar, S., George, R., Skull, A., Holtham, S., Muhammad, K., Lal, R., Varcada, M., Smith, F.M., Howlader, M., Defriend, D., Kirk, S., Richards, T., Evans, C., Borg, C.M., Telford, K., Sarfraz, N., Busby, K., Hollingshead, J., Speake, D., Pawa, N., West, D., Chadwick, M., Komolafe, O.,

Richardson, S., Thornton, M., Goede, A., Osborne, C., Bandyopadhyay, D., Foong, J., Lee, Y.J., Liebenberg, P., Mijalkov, D., Wells, A., Bull, N., Ajmera, A., Warburton, T., Morgan, S., Mahmoud, A., Schachtel, M., Mikhail, B., Fomin, I., Mekaeil, B., Taylor, N., Stevenson, C., Drane, A., Pahalawatta, U., Lai, L.T., Debiasio, A., Chrimes, A., Agarwal, A., Zhao, J., Williams, S., Jayalath, J.M.S.N., Liebenberg, P., Khor, S., Muddasani, T., Childs, S., Ridgway, S., Blefari, N.D.A., Tam, H., Puchalski, N., Ngai, C., Horne, D., Borrow, J.L., Campbell, C., Cousins, G., Jackson, L., Maheepala, K., Zhao, S., Holden, E., Tull, L., Thompson, B., Collins, H., Louie, F., Buckland, B., Smith, D., Chong, C., Chua, T.H., Nayak, C., Redmond, J., Tan, R.R., Gramick, M., Ten, J.S., Ng, S.Y., Britten-Jones, P., Rosli, R.M., Pham, H.D.V., Jegathees, T., Coulter-Nile, S.M.C.J., Gosselink, M.P., Luong, J.K., Wang, Y.L., Maciaszek, M., Chrapko, P.S., Nair, A., Thirugnanasundralingam, V., Muir, K., Salibasic, M., Pavlov, V., Paycheva, T., Borisova, A., Lyulenina, E., Kolev, N., Ivanov, V., Nguyen, D., Mitkov, Y., Mitkov, E., Vladova, P., Dimitrov, V., Hussain, M., Gabarski, A., Ivanov, T., Yotsov, T., Ilieva, I., Karamanliev, M., Akisheva, A., Shoshkova, M., Nawaz, E., Feradova, H., Mladenov, T., Neykov, V., Jozaf, V., Klail, M.F.T., Pös, M., Adel, A., Sotona, O., Bartoš, M., Amjad, T., Malý, O., Berec, S., Hurný, M.H.M., Chodora, S., Hordek, O., Novický, R., Antonova, T., Cha, K.S.S., Kimle, K.Š., Jirankova, K., Bujda, M., Padlik, A., Trap, A., Jürgens-Lahnstein, J., Storm, M., Dalsgaard, P., Damgaard, I., Olawi, F., Ehler, F., Raos, M., Kristensen, F.P., Lycke, K.D., Bøtnerup, K., Unbehauen, K.P., Brandsborg, S., Amiri, S., Enevoldsen, M., Harbjerg, J.L., Pedersen, J.H., Jepsen, B.N., Hillgaard, T.K., Erichsen, S.B., Nielsen, C.V., Madsen, C.P., Bjerke, J., Skej, G.D., Aahling, R.R., Sørensen,

Documents

1. Collaborative EuroSurg (S.Iliev). Safety and efficacy of non-steroidal antiinflammatory drugs to reduce ileus after colorectal surgery. *Br J Surg*. 2020 Jan;107(2):e161-e169 – 0.03T. IF-5.572, ISSN: 0007-1323; eISSN: 1365-2168 – Scopus, Web of Science

- Chapman, S.J., Clerc, D., Blanco-Colino, R., Otto, A., Nepogodiev, D., Pagano, G., Schaeff, V., Soares, A., Zaffaroni, G., Žebrák, R., Hodson, J., Blanco-Colino, R., Chapman, S.J., Glasbey, J.C., Pata, P., Pellino, G., Sgró, A., Soares, A., van Elst, T., Van Straten, S., Knowles, C.H., Nepogodiev, D., Hodson, J., Borakati, A., Bath, M.F., Yasin, I.H., Mclean, K., Arthur, T., Kovacevic, M., Delibegovic, S., Karamanliev, M., Swamad, M., Žebrák, R., Paramasivam, R., Martensen, A., Larsen, H.M., Rådeker, L., Frey, P.E., Kechagias, A., Venara, A., Duchalais, E., Ioannidis, A., Pata, F., Pellino, G., Pasquali, S., Sgró, A., Simioni, A., Farina, V., Podda, M., Lorenzon, L., Schaeff, V., Otto, A., Jakubauskas, M., van Elst, T.R., Chu, M., Fagan, P.V.B., Wells, C.J., Alagoa João, A., Soares, A., Juloski, J., Ciubotaru, C., Popescu, S., Yanishev, A., Lee, S., Ozkan, B.B., Yagiz Sen, A., Aktas, M.K., Baki, B.E., Yüsek, B., Glasbey, J.C., Kamarajah, S., Mclean, K., Borakati, A., Yasin, I.H., Khaw, R.A., Mills, E., Goodson, R., Thakral, N., Ablett, A.D., Adra, M., Kwek, I., Khan, S.M., Quinn, P., Manley, L.R., Badran, A., Ramjeeawon, A., Campbell, A., Tan, H.L., Rye, D.S., Rajaraman, N., Norman, J.G., Vutipongsatorn, K., Solomou, G., Akhbari, M., Ali, A., Murray, V., Baker, D.M., Brandao, B.D., Stainer, B., Thavayogan, R., Jones, D., Onafowokan, O.O., Ghareoni, A., Dabab, N., Carlton-Carew, S., Kungwengwe, G., Gabriel, M., Sewart, E., Shortland, T.C., Lawday, S., Pockney, P., Dawson, A., Arthur, T., Brumfitt, C.D., Stewart, P., Ng, B., Luong, J.K., Delibegovic, S., Ivanov, V., Borisova, A., Neykov, V., Kunčarová, K., Kološová, B., Antonova, T., Farkašová, M., Žebrák, R., Harbjerg, J.L., Brandsborg, S., Brinck, S., Kjaer, M.D., Mark-Christensen, A., Unbehaun, K.P., Dalsgaard, P., Lycke, K.D., Kechagias, A., LeNaoures, P., Duchalais, E., Brigand, C., Dumange, E., Gout, M., Moehwald, C., Prem, M., Alhalabi, O., Sliwinski, S., Krupp, J., Gablenz, E., Schmitzer, L., Koop, A., Steinle, J., Gsenger, J., Pohl, L.J., Riccardi, M., Christodoulou, I.M., Konstantinidis, M., Machairas, N., Zoikas, A., Balalis, D., Manatakis, D.K., Aguilera, M.L., Sgró, A., Simioni, A., Marano, L., Fleres, F., Lovisetto, F., Sasia, D., Segalini, E., Pata, G., Lucchi, A., Sagnotta, A., Campagnaro, T., Petrelli, F., Gallo, G., Papandrea, M., Testa, V., Sinibaldi, G., Di Candido, F., Colombo, F., Perrone, G., Aresu, S., Biancafarina, A., Canonico, G., Pagnanelli, M., Curletti, G., Bini, R., de Manzoni Garberini, A., Impellizzeri, H., Cillara, N., Tutino, R., Picciariello, A., Coletta, D., Savino, G., Ferrara, F., Tamini, N., Talamo, G., Parini, D., Giamundo, P., lo Conte, A., Pagano, G., Ripetti, V., Pesce, A., Menduni, N., Pellino, G., Giudicissi, R., Podda, M., Goldin, E., Rega, D., Belli, A., Andriola, V., Gordini, L., Pata, F., Foppa, C., Piccolo, G., Birindelli, A., Ferrari, C., Ballarini, Z., Tirelli, F., Milone, M., De Rosa, M., Pipitone Federico, N.S., Molleni, B., Tiloca, P.L., Sancini, G., Piozzi, G.N., Lauretta, A., Poillucci, G., Mulas, S., Schaeff, V., Otto, A., Jakubauskas, M., Simcik, D., Portelli, L., van Wijnbergen, J.W.M., Dinger, T.L., ten Doesschate, S.F.H., van Dalen, A.S.H.M., van den Bos, D.D., Hansmann, M., Medina Feliz, J., Kuiper, S.Z., Abdulrahman, Z., Pruijssers, S.R., Farik, S., Elliott, B.M., Geneta, V.P., Chu, M., Wilton, S., Kandelaki, H., Peng, S.L., Campbell, S., Lim, Y.K., Yassale, S.S., Murray, M., Fagan, P.V.B., Haran, C., Tan, J., Castro, J., Laranjeira, A., Catarino, S., Neves-Marques, C., Correia, J.G., Vieira, B.N., Quintela, A.G., Serra, M.L., Maciel, J., Cunha, M., Aparicio, D.J., Neves, J., Azevedo, J., Romano, M., Eiró, F., Romano, J., Monteiro, C., Claro, M., Almeida, M.R., Peyroteo, M., Machado, N.D., Capote, H., Ferreira, M., Sousa, X., Devesa, H., Cavadas, D., Guerreiro, I., Costa, M., Salman, M., English, C., Mohammed, N., Popescu, S., Yanishev, A., Litvin, A., Čuk, V.V., Mészáros, K., Van Straten, S., Jaich, R., De Lima, H., Brooks, S., Marx, M., Nshalati Salvation, M., Blaser, B., Piazza, G., Gagliardi, B., Serin, H., Yagiz Sen, A., Yurdaor, S.S., Aktas, M.K., Arslan, E., Kopac, O., Uyanik, A., Ozmen, B.B., Tiftik, E., Aksoy, B., Yalcinkaya, A., Ozoglu, F., Kocer, M.D., Bilicen, G., Cinar, E.N., Uslu, Ö., Kaya, Y., Wong, J., Farhan-Alanie, M.M.H., Suresh, G., Asif, A., Finch, B.J., Bhahirathan, Y., Herron, J., Yi Tew, Z., Obukofe, R., Russell, C., Suchett-Kay, I., Nelke, T., Williams, L., Kiesel, A., Liu, F.Y., Clairsaux, H., James, P., Mondal, A., Kalderon, R., Nadama, H.H., Al-Saraff, Z., Tam, J.P.H., Powell-Chandler, A., Wood, E., Campbell, A., Gorgievska, R., Ragavoodoo, A., Thakrar, C., Rojoa, D., Palmer, C., Davidson, K., Giacci, L., Hale, J., Gan, F.W., Makin-Taylor, R., Hey, C.Y., Toh, C., Findlay, J.M., Griffiths, N., Ganesanathan, S., Jasionowska, S., Poustie, M., Wong, C., Turner, T., Pyc, W., Sloper, W., Warner, C., Coey, J., Mason, D., Sait, S., Kowal, M., Shortland, T.G., Owen, M., Saiyed, A., Ashworth, I., Akbari, K., Curran, M., Martin, P., Parker, D., Dawson, A., Kwok, K., Lys, C., Pockney,

P., Ghaly, M., Sammour, T., Lewis, D., Mundasadi, R., Wilkes, A., Clerceto, G., Stewart, P., Delibegovic, S., Maslyankov, S., Dimov, R., **Iliev, S.**, Dimitrov, D., Marek, F., Örhalmi, J., Skalický, P., Skalický, T., Chrz, K., Christensen, P., Worsøe, J., Kristensen, E.S., Emmertsen, K.J., Loeve, U.S., Duchalais, E., Mihajjevic, A.L., Herrle, F., Konstantinidis, K.M., Manatakis, D.K., Korkolis, D., Karanikas, I., Vincenti, L., Anania, G., Borghi, F., Agresta, F., Marello, I., Parisi, A., Bucci, L., De Palma, G., Guglielmi, A., Cucinotta, E., La Torre, F., Bianchi, F., Guerrieri, M., Lauretta, A., Trompetto, M., Persiani, R., Micheletto, G., Rega, D., Belli, A., Cantafio, S., Lovisetto, F., Ronconi, M., Bisagni, P.A.G., De Prizio, M., Tamini, N., Sinibaldi, G., Franceschi, A., Galleano, R., Cavallini, M., Brescia, A., D'Ambra, L., Benevento, A., Niolu, P., Calgaro, M., Colangelo, E., Grottola, T., Altomare, D.F., Puleo, S., Salamone, G., Pietrabissa, A., Poggioli, G., Ripetti, V., Erdas, E., Ottonello, R., Canonico, G., Tonini, V., Selvaggi, F., Sammarco, G., Ceccarelli, G., De Nisco, C., Surgo, D., Taglietti, L., Ozolins, A., Sivinš, A., Poskus, T., Psaila, J., Bemelman, W.A., Graat, L.J., Langenhoff, B., Wijnhoven, B.P.L., van de Ven, A.H.W., Poelman, M., Stassen, L.P.S., Slooter, G., Acherman, Y.I.Z., Hoff, C., Gerhards, M.F., Stommel, M.W.J., Hazebroek, E.J., van Geloven, A.A.W., Schasfoort, R.A., van Leeuwen, B.L., Tuynman, J.B., van Tilburg, M.W.A., Boerma, E.G., Sharma, P., Jenkins, B., Bissett, I.P., Peng, S.L., Herd, A., Gordon, A., Vernon, D., Omundsen, M., Ly, J., Reddy, A., Bonnet, G., Harmston, C., Morales, M., Francisco, V., Costa, S., Manso, A., Amorim, E., Pereira, J., Cardoso, J., Ouró, S., Caratão, M., Nascimento, C., Ribeiro da Silva, B., Taranu, V., Dias, R., Devesa, H., Mendes, J., Allen, M., Silva, A., Carlos, S., Barbosa, E., Carneiro, C., Ramos, L., Maciel, J., Lencastre, L., Martins, R., Silva-Vaz, P., Ridgway, P.F., McNamara, D.A., Cahill, R., Hogan, A., Larkin, J., O'Connell, P.R., Negoi, I., Abelevich, A., Čuk, V.M., Vician, M., Ede, C., Sardiwalla, I., Mulira, S., Montwedi, D., Oyomno, M., Hübner, M., Petermann, D., Sauvain, M.O., Ozben, V., Geçim, I.E., Disçi, E., Rencuzogullari, A., Kurt, A., Bisgin, T., Pehlivan, M., Isik, A., Onur, E., Leventoglu, S., Haksal, M.C., Erturk, M.S., Keskin, M., Guner, A., Tutcu Sahin, S., Ozbalci, G.S., Pergel, A., Albayrak, D., Bruce, D., Fearnhead, N., Arthur, J., Harron, M., Beattie, G., Titu, L., Ali, A., Saunders, M., Phillips, J., Dindyal, S., Cresswell, B., Gercek, Y., Lee, J., Linn, T., Faulkner, G., Lockwood, S., Rees, J., Charalabopoulos, A., Campbell, B., Kontovounisios, C., Amarnath, T., Johnson, M., Epanomeritakis, E., Vigs, S., Nastro, P., Gilliam, A., Smolarek, S., Wilson, T., Orbell, J., McIntyre, R., Agarwal, T., Hainsworth, P., Patel, P., Vijay, J., Liu, B., Dhruva Rao, P., Roxburgh, C., Vipond, M., Youssef, H., Thorn, C., Schizas, A., Denley, S., Bowley, D., Das, K., Cuming, T., Saha, A., Chung, L., Pitt, J., Davis, P., Jones, O., Taylor, M., Bhargava, A., Haji, A., Watson, N., Bloom, L., Singh, B., Norwood, M., Gurjar, S., Stylianides, N., Mirza, S., Evans, M., Williams, G., Patil, P., Hernon, J., Finch, G., Green, S., Chapple, K., Fafemi, O., Warusavitarne, J., Samee, A., Carden, C., Ong, L., Verma, K., Joseph, A., Rawat, N., Pinkney, T., Oke, D., Glen, P., Maxwell-Armstrong, C., Oliphant, R., Garner, J., Moug, S.J., Middleton, S., Lund, J.N., Smart, N.J., Osborn, G., Moore, T., Raymond, T., Knowles, C.H., Hany, T.S., Clarke, R., Khera, G., Brady, R., Sellahewa, C., Mason, C., Torrance, A., Lasithiotakis, K., Knight, J., Pullybank, A., Ainsworth, P., Reid, F., Ramwell, A., Maslekar, S., George, R., Skull, A., Holtham, S., Muhammad, K., Lal, R., Varcada, M., Smith, F.M., Howlader, M., Defriend, D., Kirk, S., Richards, T., Evans, C., Borg, C., Telford, K., Sarfraz, N., Busby, K., Hollingshead, J., Speake, D., Pawa, N., West, D., Chadwick, M., Komolafe, O., Richardson, S., Thornton, M., Goede, A., Osborne, C., Bandyopadhyay, D., Foong, J., Lee, Y.J., Liebenberg, P., Mijalkov, D., Wells, A., Bull, N., Ajmera, A., Warburton, T., Morgan, S., Mahmoud, A., Schachtel, M., Mikhail, B., Fomin, I., Mekaeil, B., Taylor, N., Stevenson, C., Drane, A., Pahalawatta, U., Lai, L.T., Debrasio, A., Wong, J., Jun, H.J.S., Hengpoonthana, R., Mendis, D.M., Robb, P.M., Leo, H.J., Wycho, A.A.B., Davis, L.T., Lee, H.J., Chrimes, A., Agarwal, A., Zhao, J., Williams, S., Jayalath, J.M.S.N., Liebenberg, P., Khor, S., Muddasani, T., Childs, S., Ridgway, S., Blefari, N.D.A., Tam, H., Puchalski, N., Ngai, C., Mackenzie, J., Johnson, N., Holmes, M., Zuzek, R., Saluja, T., Gould, T., Goh, Y.K., Selvaraj, T., Brumfit, C.D., Beh, Y.Z., Dudi-Venkata, N.N., Horne, D., Borrow, J.L., Campbell, C., Cousins, G., Jackson, L., Mahecpala, K., Zhao, S., Holden, E., Tutt, L., Thompson, B., Collins, H., Louie, F., Buckland, B., Smith, D., Chong, C., Chua, T.H., Nayak, C., Redmond, J., Tan, R.R., Gramlick, M., Teh, J.S., Ng, S.Y., Britten-Jones, P., Mohd Rosli, R., Pham, H.D.V., Jegathees, T., Coulter-Nile, S.M.C.J., Gosselink, M.P., Luong, J.K., Wang, Y.L., Maciaszek, M., Ghrapko, P.S., Nair, A., Thirugnanasundralingam, V., Muir, K., Salibasic, M., Pavlov, V., Paycheva, T., Borsova, A., Lyuennina, E., Kolev, N., Ivanov, V., Nguyen, D., Mitkov, Y., Mitkov, E., Vladova, P., Dimitrov, V., Hussain, M., Gabarski, A., Ivanov, T., Yotsov, T., Ilieva, I., Karamanliev, M., Akisheva, A., Shoshkova, M., Nawaz, E., Feradova, H., Mladenov, T., Neykov, V., Jozaf, V., Farkašová, M., Klail, T., Pös, M., Adel, A., Solona, O., Bartoš, M., Amjad, T., Malý, O., Berec, S., Hanušová, M., Hurný, M., Riško, J., Ludvík, M., Stercz, M., Treskoň, R., Pospišil, M., Hlaváčová, L., Kunčarová, K., Tomanová, D., Chodora, S., Houdock, O., Novický, R., Antonova, T., Sobolková, K., Cha, S., Štula Kimle, K., Jirankova, K., Bujda, M., Paclík, A., Trap, A., Jürgens-Lahnstein, J., Storm, M., Dalsgaard, P., Damgaard, I., Olawi, F., Ehlem, F., Raos, M., Kristensen, F.P., Lycke, K.D., Bonnerup, K., Unbehaun, K.P., Kjaer, M.D., Brandsborg, S., Amiri, S., Enevoldsen, M., Harbjerg, J.L., Højgaard Pedersen, J., Jensen, B.N., Hillgaard, T.K., Erichsen, S.B., Nielsen, C.V., Madsen, C.P., Bjerke, J., Skeje, C.D., Aabing, R.R., Sørensen, J.S., MarkChristensen, A., Kechanias, A., Turunen, A., Katunin, J., Niskakangas, M., Vignaud, T., Frey, S., Ricolleau,

ETIOLOGY OF DIABETIC FOOT INFECTION IN PATIENTS WITH POORLY CONTROLLED DIABETES

Sergey D. Iliev,
Lyubomir Ts. Beshev,
Kiril L. Nedyalkov,
Dobromir D. Nguen',
Valentina E. Edreva-Besheva^{*},
Mariya P. Sredkova^{*},
Yuliya M. Belcheva^{*},
Emiliya J. Dimitrova^{*}

Department of Surgery,
Medical University – Pleven
'Clinical Microbiology Study Group,
Medical University – Pleven
^{}Department of Microbiology and*
Medical Genetics,
Medical University – Pleven

Summary

The aim of the study was to define the spectrum and susceptibility of microorganisms, isolated from diabetic foot ulcers in patients with poorly controlled diabetes, treated at the clinic of surgery, and compare microbial findings of specimens collected superficially and from deep tissues. The study included 19 patients with type 1 and 2 diabetes with clinical signs of infection. All patients were with poorly controlled diabetes and staged from 3rd to 5th grade according to the Wagner diabetic foot scale. Swab samples from non debrided wounds and biopsy samples from deep tissues were collected from each patient. Specimens were inoculated on media for isolation of aerobic and anaerobic bacteria. Identification and susceptibility testing of the isolated organisms were performed by conventional methods, and VITEK 2 and mini API Systems (bioMerieux, France). A total of 88 bacterial isolates were cultured, comprising 56 clinical strains. Gram positive bacteria were the most common isolated organisms (53.57%), followed by Gram negative bacteria (26.78%) and anaerobic bacteria (19.64%). *Staphylococcus aureus* was the most common organism detected (10 strains), followed by *Enterococcus spp.* (7 strains), *Escherichia coli* (7 strains), *Bacteroides spp.* (6 strains) and various other organisms of low incidence. Polymicrobial infection was detected in 17 (89.47%) of the patients. In most of the cases infections were caused by 3 bacterial species. Mixed aerobic/anaerobic infections were detected in 9 (47.3%) patients. In 15 (78.94%) patients, there was a coincidence of bacterial findings from superficial and deep tissue samples. The strains isolated were susceptible to commonly used antimicrobials for treatment of diabetic foot infection. The predominant part of the diabetic foot infections were polymicrobial, caused by association between two or three microbial species. In half of the cases the infection was mixed. There was a good correlation between microbial findings from superficial swabs and deep tissue specimens when they were delivered to the microbiology laboratory immediately after collection.

Key words: diabetic foot, infection, etiology

Corresponding Author:

Sergey D. Iliev
 Second Surgical Clinic
 University Hospital
 8a, Georgi Kochev Str.
 Pleven, 5800
 Bulgaria
 e-mail: sergey.iliev@plu.bg



Хирургични усложнения на нелекуваната диабетна полиневропатия при пациенти на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ - Плевен

С. Илиев, Б. Стаменов, Д. Стойков, А. Михайлова, М. Маринова-Сънкова, ИВ. Петкова, УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ - Плевен

В световен мащаб все повече се говори за проблема диабетната полиневропатия и произтичащите от нея хирургични усложнения, формиращи симптомокомплекса "диабетно стъпало". СЗО и Международната диабетна федерация (МДФ) обявиха 2005 г. за година на диабетното стъпало.

Болезните от захарен диабет съставляват 6,6% от населението на Земята във възрастта 20-79 г., или 285 милиона души. Всяка година нови 6 милиона се разболяват от диабет и се очаква до 2030 г. броят им да достигне 438 млн., или 7,8% от световната популация във възрастта 20-79 г. [1, 6, 17].

Около 28% от пациентите с диабет развиват диабетна полиневропатия (ДПН) [13, 15, 18], като честотата на ДПН е право пропорционална на давността на диабета - от 7,5% при новодиагностициран ЗД до 50% при 25-годишна давност на заболяването [13, 15]. Честотата на това усложнение е приблизително еднаква при двата типа захарен диабет (ЗД), като някои проучвания сочат по-висок процент при захарен диабет тип 2 във връзка с възрастта на пациентите, както и с възможността за стриктен метаболитен контрол на ЗД. Реалната честота на ДПН трудно може да бъде определена и зависи от критериите и методите за поставяне на диагнозата и от популацията и давността на ЗД. В проучване от 2010 г. честотата на ДПН в смесена болнична популация от 2031 души е 75,7% при представяне на ЗД1 в 16% и ЗД2 в 84% [7]. Ранните стадии в развитието на ДПН протичат без клинична изява и могат да бъдат открити само с електрофизиологично изследване. Това сериозно усложнение е предпоставка за развитие на т.нар. диабетно стъпало (ДС) - поява на трудно зарастващи рани, често водещи до ампутации на пръсти, подбедрица или бедро [8, 9, 12, 13, 15]. ДПН е причина за повече хоспитализации, отколкото всички други усложнения, взети заедно, като 50 до 75% от нетравматичните ампутации са следствие от ДПН. В САЩ се правят около 85

000 ампутации годишно, като ДПН е водещ фактор в 87% от случаите (24).

Приблизителният брой на диабетните у нас към 2009 г. е 519 500, като честотата на ЗД във възрастта 20-79 г. е 9% [2, 3]. Около 10% от тях страдат от диабетно стъпало и 1,5% са имали поне една хирургична интервенция [1, 6, 8]. По данни на Националния център за протезиране за период от 4 години у нас са извършени 2169 ампутации, от тях 1559 (73,77%) са били нетравматични. Изчисленият риск от нетравматични ампутации при диабет тип 2 е 21 пъти по-висок от този при недиабетици.

За тригодишен период в хирургичните клиники на УМБАЛ "Д-р Георги Странски" - Плевен са лекувани 314 пациенти с диабетно стъпало на фона на ДПН, при които е извършена различна по обем хирургична интервенция. Пациентите с ампутации (трайно инвалидизирани) са 193 (61,5%), а с резекции и некректомии - 121 (38,5%). Всички пациенти с резекции или ампутации са носители на един от двата типа диабет, като дялът на тези със ЗД тип 2 е значително по-голям както при жените, така и при мъжете. Относителният дял на мъжете, развили симптомокомплекса "диабетно стъпало", е 4 пъти по-голям от този на жените, което се обяснява с по-дълъг продромален период на диабета без лечение или на отказ от лечение, лош гликемичен контрол, системни нарушения в диетата, тежък физически труд или недостатъчна физическа активност, употреба на алкохол и тютюнопушене. При жените затлъстяването от II и III ст. е по-изразено и варирането в степените на затлъстяване е по-голямо: BMI при мъжете варира между 25-35 kg/m², докато при жените стойностите на BMI са от 24 до 45 kg/m².

Честотата на инфекция на хирургичното място (ИХМ) при оперираните пациенти с диабетно стъпало на фона на ДПН, лекувани в ХК на УМБАЛ "Д-р Георги Странски", варира в границите 9,5-15,3%. Високият процент на ИХМ при тези болни се дължи на характерните за тях рис-

СРАВНИТЕЛНО ПРОУЧВАНЕ НА СЛЕДОПЕРАТИВНИТЕ УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД СТАНДАРТНА И РАЗШИРЕНА ЛИМФНА ДИСЕКЦИЯ ПРИ РАДИКАЛНА ПРОСТАТЕКТОМИЯ

Н. Колев., Б. Атанасов, В. Дунев, Р. Коцев, Ф. Ал-Шаргаби, С. Стратев,
С. Илиев*, П. Тончев*

Клиника по урология, *Клиника по хирургия, УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен

COMPARATIVE STUDY OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AFTER STANDARD AND EXTENDED LYMPH NODE DISSECTION AFTER RADICAL PROSTATECTOMY

N. Kolev, B. Atanasov, V. Dunev, R. Kotsev, F. Al-Shargabi, S. Stratev, S. Iliev*, P. Tonchev*
Clinic of Urology, *Clinic of Surgery, UMBAL "G. Stranski", Pleven

РЕЗЮМЕ

Ранното откриване на лимфни метастази е важно за точно стадииране, прогнозиране на развитието на заболяването и избор на най-подходящата за пациента терапия. Увеличаване на обема на операцията чрез извършване на разширена лимфна дисекция (ЛД) с обхващане на вътрешни, общи илячни и пресакрални области е придружено от удължено оперативно време. Това може да доведе до значително повишаване на процента на пери и постоперативни усложнения.

Цел: Да проследим ретроспективно периоперативните и следоперативните усложнения, при извършване на стандартна и разширена лимфна дисекция при пациенти с радикална ретропубична простатектомия. Да определим кои са факторите, влияещи на появата на усложнения.

Материал и методи: В проучването включихме 81 мъже, оперирани в Клиниката по урология, УМБАЛ – Плевен, разделени в две групи. Първа група се състоеше от 34 пациенти със среден риск от лимфни метастази, при които извършихме стандартна ЛД. Вторя група включваше 47 пациенти с висок риск от лимфни метастази и разширена лимфна дисекция. Ретроспективно разгледахме резултатите от двете групи според възраст, оперативно време, брой отстранени лимфни възли, кръвозагуба, кръвопреливане. Анализирахме следоперативните усложнения по отношение на формиране на лимфоцеле, тромбемболия, тромбофлебит, реоперации.

Резултати: Общо при пациентите от двете групи регистрирахме 14 случая (17%) на усложнения, включващи реоперации (4.9%), формиране на лимфоцеле (7.4%), тромбофлебит (3.7%) и тромбемболия (1.2%). Усложненията бяха от 2-ра и 3-та степен според класификацията на Clavien. Разглеждайки резултатите по възрастови групи, се открих значимо по-високо ниво на усложнения във възрастовата група 60-75 г. при 21% от пациентите ($p < 0.05$). В групата със стандартна ЛД имашме 2 усложнения (5.9%), в групата с разширена ЛД имашме 12 случая на усложнения (25.5%). Средният брой отстранени лимфни възли в 1-ва и 2-ра група бяха съответно 11.5 и 20.6 броя, а при случаите с усложнения – 9.5 и 25 броя. Оперативното време беше с 37 мин. по-дълго при извършване на разширена ЛД. Всички усложнения завършиха с излекуване, без трайни последици за пациентите.

Изводи: Честотата на усложнения се увеличава при пациенти над 60-годишна възраст и при по-дълго оперативно време. Броят на отстранените ЛВ е независим фактор, влияещ на нивото на усложненията. Честотата на усложнения при разширена лимфна дисекция е значително по-висока (27 пъти) в сравнение със стандартна ЛД.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: радикална простатектомия, лимфна дисекция, усложнения

Full Length Research Paper

Microbial pathogens in moderate to severe diabetic foot infections

Liybomir Beshev¹, Valentina Edreva², Kiril Nedyalkov³, Dobromir Nguen^{3*}, Boris Tsankov¹ and Sergey Iliev³

¹Department of Vascular Surgery, University Hospital, Pleven, Bulgaria

²Department of Microbiology, University Hospital, Pleven, Bulgaria

³Department of Septic Surgery, University Hospital, Pleven, Bulgaria.

Received 4 June, 2014; Accepted 13 October, 2014

Foot infections are the most common complications in diabetic patients and common cause of morbidity and mortality. They require prompt diagnosis and involvement of a multidisciplinary team in their treatment. Prospective study to define the etiology of the deep diabetic foot infections and its specific characteristics concerning the adequate empiric antimicrobial therapy was done. The study included 60 patients, who underwent minor amputations due to moderate to severe infection of the foot. All specimens for microbiology testing were taken by biopsy or aspiration during surgery. Specimens cultivation, identification of the isolated microorganisms and their susceptibility towards antimicrobial agents were performed by conventional methods and automated systems. Diabetic foot infections were predominantly polymicrobial; 42 (84%) of the cases, caused by associations between two, three and four different pathogens. Mixed infections caused by aerobic and anaerobic bacteria were found in 17 patients (34%). Gram-positive bacteria were the prominent microbial pathogens in both monobacterial and polymicrobial infection; mostly *Streptococcus agalactiae* and *Staphylococcus aureus*. Gram-negative aerobic bacteria presented 33.3% of all isolated bacteria, predominantly members of Enterobacteriaceae family. Obligate anaerobes represents 16.66% of all isolated bacteria and were causative organisms in 17 (34%) of the patients, more than the other *Bacteroides fragilis* group and anaerobic streptococci. The strains isolated were susceptible to the recommended antibacterial agents for treatment of moderate and severe diabetic foot infections (DFIs). The optimal approach to DFIs requires immediate surgical intervention, revascularization in the setting of a multisegment vascular lesions, microbiological examination of suitable clinical materials and appropriate antibacterial therapy for empiric treatment of aerobic and anaerobic pathogens.

Key words: Diabetic foot, infection, microbial pathogens

ОСТРО НАРУШЕНИЕ НА ИНТЕСТИТАЛНОТО КРЪВООБРАЩЕНИЕ НА ФОНА НА АНТИКОАГУЛАНТНА ТЕРАПИЯ.

С. Илиев, П. Тончев, Л. Бешев¹, И Пресолски, В. Грозев,
П. Мирочник, Е. Филипов, К. Недялков, Е. Карастоянов,
И. Ристовски, Ц. Вladoва

ОКПГСХ, I ОСХ, УМБАЛ "Д-р Георги Странски" Плевен,
Медицински университет – Плевен

РЕЗЮМЕ

Въведение:

Значителен брой заболявания изискват съпътстваща антикоагулантна терапия. Оперативните интервенции се явяват индикация за започване на предоперативна противотромбемболична профилактика, продължаваща и в постоперативния период. Нарушенията на мезентериалното кръвообращение на фона на антикоагулантна терапия зачестяват във връзка с застаряването на населението. Емболията или тромбозата в басейна на горната мезентериална артерия и вена често процъфтяват под маската на други заболявания и точна предоперативна диагноза се поставя едва в 18-47% от случаите. Оперативната интервенция се извършва най-често в условията на настъпила интестинална некроза и наличен перитонит. Извършването на оперативна интервенция на фона на нарушена коагулация изисква предоперативна корекция на коагулационния статус, което забавя лечението и влошава прогнозата.

Методи:

Ретроспективно проучване обхващащо 1 годишен период. Разследани са 12 пациенти с интестинална исхемия, оперирани в условията на чревна некроза и дифузен перитонит в ОКПГСХ Първа Клиника по Хирургия на УМБАЛ "Д-р Георги Странски" – Плевен. За оценка на вероятността за наличие на ОИИ сме прилагали точковата скала на Константинов и Георгиев. За обективна оценка на тежестта на заболяването сме използвали АРАСНЕ II скалата.

Резултати:

По скалата на Тодоров и Георгиев всички пациенти са били със сбор над 19т. По АРАСНЕ II скалата всички пациентите са били с 20 - 30 точки. При 9 пациенти остро нарушение на интестиналната перфузия е настъпило на фона на съпътстващо антикоагулантно лечение с директни и с индиректни антикоагуланти. При двама болни съдовия инцидент е настъпил на фона на приема на аспиринов протект. Съотношението жени/мъже е 10 към 2. Една пациентка е на възраст 49г, останалите съ възрастовия диапазон между 71 и 92 години. При всички е извършено оперативно лечение включващо резекция на тънко черво с последваща анастомоза при 1; резекция на тънко и дебело черво с последваща анастомоза при 3; резекция на тънко черво със съдова реконструкция при 1; експлаторовна лапаротомия при 6, поради тотална некроза на тънкото черво и част от дебелото черво. При 6 пациенти е извършен повторен поглед след 24 часа. Починали са 8 пациенти – смъртност 67%.

Заключение:

Въпреки значителните постижения в съвременната хирургия, острата интестинална исхемия остава една от най-тежките форми на съдова патология водеща до смъртност в 67-97%. Възстановяването на заболяването на фона на антикоагулантна терапия е допълнителен фактор утежняващ прогнозната.

ПРОУЧВАНЕ ВЪРХУ ЧЕСТОТАТА, ЛОКАЛИЗАЦИЯТА И МОРФОЛОГИЧНАТА ХАРАКТЕРИСТИКА НА НЕВРОЕНДОКРИННИТЕ ТУМОРИ ОПЕРИРАНИ В УМБАЛ „Д-Р Г. СТРАНСКИ“ - ПЛЕВЕН ЗА 5 ГОДИШЕН ПЕРИОД

П. Влагова, С. Поповска¹, С. Илиев, П. Тончев, С. Страшилов,
И Пресолски, В. Грозев, П. Мирочник, Е. Филипов, И. Ристовски,
К. Недялков, Е. Карастоянов

ОКПГСХ, I КПА, УМБАЛ "Д-р Георги Странски" Плевен, МУ - Плевен

АБСТРАКТ:

Въведение:

Честотата на невроендокринните тумори (НЕТ) нараства с годишен скок от 5,8%. Заболемостта в САЩ е 2,5 – 5,0/100 000 пациенти и заема второ място по малигненост на ГИТ след колоректалния рак. Локализацията е предимно в тънкото черво, ректума, апендикса и по-малко в колона, стомаха и панкреаса. НЕТ нямат характерни симптоми, при тях липсват специфични и точни методи за ранна им диагностика. Проявяват се с непредсказуемо и необичайно биологично поведение и в момента на поставяне на диагнозата 50% от пациентите са с метастази.

Материали:

Ретроспективно проучване обхващащо 5 годишен период. Разгледали са пациенти оперирани в хирургичните клиники на УМБАЛ "Д-р Георги Странски" – Плевен.

Резултати и обсъждане:

Представени са морфологичните варианти на туморите, органната локализация и съотношението на нашите резултати огнесени към тези за страната. Прави впечатление появата на смесени тумори състоящи се от невроендокринен тумор и аденокарцином. Установили сме при един пациент вторичен невроендокринен тумор в гърла. Като цяло честотата на невроендокринните тумори нараства, като честотата на НЕТ диагностицирани на територията на УМБАЛ "Д-р Георги Странски" – Плевен е по-висока от тази за страната.

Заклучение:

Въпреки значителните постижения в съвременната медицина диагнозата НЕТ се поставя със закъснение средно от 3 до 7 години след появата на първите симптоми. Морфологичната верификация след извършената първична оперативна интервенция предполага комплексно мултидисциплинарно поведение, включващо медикаментозни, интервенционални и хирургични методи.

ОБУЧЕНИЕ НА ХИРУРЗИ ПО КЛИНИЧНО ХРАНЕНЕ – ВЪЗМОЖНОСТИ И ЕФЕКТИВНОСТ НА ВИРТУАЛНИЯ УНИВЕРСИТЕТ НА ЕВРОПЕЙСКАТА ОРГАНИЗАЦИЯ ПО КЛИНИЧНО ХРАНЕНЕ И МЕТАБОЛИЗЪМ

Тончев П.¹, Комса-Пенкова Р.², Илнев С.¹, Стойков Д.¹

1- Катедра „Пропедевтика на хирургическите болести МУ Плевен“

2- Катедра „Химия, биохимия, физика и биофизика“

Въведение: Медицинският Университет в Плевен е учебно заведение, въвеждащо иновативни методи на обучение и лечение [1]. Това е един от първите университети в България успешно защитил проекти за финансиране от ЕС още през 1999 година.

През 2003 година по европейската програма „Леонардо да Винчи“ беше създаден полувиртуалният университет на ЕСПЕН като съвместен проект на ЕСПЕН (Европейската организация по клинично хранене и метаболизъм) и партньорска мрежа от университети, между които МУ – Плевен, МУ – София, Университета в Бон, Брюкселския свободен университет и др. (Проект BG-03-B-F-PP-166039 и проект LLP-LDV-TOI-07-BG-166014 по програмата „Леонардо да Винчи“ за обучение през целия живот, с кон-трактор МУ – Плевен).

Обучението се реализира по два начина.

- присъствен – курсове на живо по време на конгресите на ЕСПЕН и националните дружества по хранене, лекции, разширени дискусии по клинични случаи, тест и сертификат.
- онлайн – безплатна регистрация на портала <http://www.illustration.com> и ползване на над 120 обучителни модула, със съответните тестове онлайн. (фиг.1)
преподаватели в университета – онлайн, на сайта www.illustration.com/tlll те разполагат с разширена база от различни материали – лекции, тестове, инструкции за провеждане на курсове на живо

A STUDY OF THE FREQUENCY AND LOCALIZATION OF THE GASTROENTEROPANCREATIC NEUROENDOCRINE TUMORS DIAGNOSED AND OPERATED AT THE UNIVERSITY HOSPITAL - PLEVEN IN 2014

P. Vladova, S. Iliev, S. Popovska¹, I. Ivanov¹

Department of coloproctology and purulent-septic surgery

¹Department of pathology, University hospital - Pleven

Medical University - Pleven

ABSTRACT

Objective: Over 90% of neuroendocrine tumors (NETs) in Bulgaria were reported to arise in the gastrointestinal tract. Our objective was to study the incidence and localization of the gastroenteropancreatic NETs, diagnosed for one year.

Methods: The present retrospective study explores the incidence and localization of the gastroenteropancreatic NETs, diagnosed and operated for one year period (during 2014) in UMHAT "Dr. Georgi Stranski", Pleven.

Results: Seven cases of gastroenteropancreatic NETs were diagnosed and treated for the studied period. Most common primary sites were: pancreas in 4 (57.14 %) cases and 2 in colon (28.57 %) cases. According to the morphological criteria, 2 (28.57 %) were well differentiated NETs, 3 (42.86 %) were moderately differentiated, and 2 (28.57 %) were poorly differentiated NETs. One of them was mixed adenoneuroendocrine carcinoma. All cases demonstrated immunoeexpression of Chromogranin A and Synaptophysin in addition to the distinct neuroendocrine morphology. Distant site metastases were observed in 5 (71.43 %) cases.

Conclusion: According to our results, most of the gastroenteropancreatic NETs were well and moderately differentiated and located in pancreas. A considerable number of patients had distant metastasis at the time of diagnosis. The expression of Chromogranin A and Synaptophysin supported the morphological diagnosis of gastroenteropancreatic NET.

Keywords: gastroenteropancreatic NETs, incidence, localization

PROCEEDINGS

OPEN LATERAL SPHINCTEROTOMY – A METHOD OF CHOICE IN THE TREATMENT OF CHRONIC ANAL FISSURE. INDICATIONS AND RESULTS

S. Iliev, I. Presolski, E. Filipov, P. Vladova, P. Mirochnik, K. Nedyalkov,
I. Ristovski, E. Karastoyanov, D. Nguen

*First surgical clinic, Department of coloproctology and purulent-septic surgery,
First clinic of nephrology and hemodialysis, University hospital "Dr. Georgi Stranski"
Pleven*

ABSTRACT

Aim: The key to the treatment of chronic anal fissures is the reduction of the abnormal values of anal resting pressure. The aim of the surgical treatment is to reduce the activity of the internal anal sphincter and to provide proper conditions for the fissure to cure, which can be achieved by internal sphincterotomy. In the modern surgical practice the internal sphincterotomy is performed away from the fissure, lateral of the last, using open or closed technique.

Methods: In our study we performed open lateral internal sphincterotomy (OLST) of 82 patients with chronic anal fissure, compared to a control group of 231 patients, treated with different methods.

Results: We didn't register any recurrences in the sixth post-operative month after OLST. 11% of patients with OLST were with registered incontinence after the sixth post-operative month compared with 4.4% in non-OLST patients. The data was statistically significant ($p=0.032$)

Conclusion: Choosing an OLST as a method for treatment of chronic anal fissure requires careful selection of patients. It is not recommended for patients with a risk of incontinence like those with a previous birth trauma, age beyond 60 years, previous ano-rectal operations, neurological diseases and low values in anal resting pressure.

Keywords: *internal lateral open sphincterotomy, chronic anal fissure, anal incontinence*

13.7.10

PROCEEDINGS

ANALYSIS AND ANTHROPOMETRIC STUDY OF PORT PLACEMENT IN ROBOTIC RECTAL CANCER SURGERY

Ts. Ivanov¹, D. Dimitrov¹, T. Deliyski¹, S. Iliev², E. Filipov², H. Feradova¹, K. Nedyalkov²

¹*Department of surgical oncology, Medical university of Pleven, Bulgaria*

²*Department of suppurative-septic surgery and coloproctology, Medical u niversity of Pleven, Bulgaria*

ABSTRACT

Robotic surgery is an innovative, minimally invasive technique, which has already proved its advantages in the operative-technical field by providing ergonomics, three dimensional (3D) visualization of the operative field, more precise dissection in narrow spaces, etc. The additional time needed for docking of the console and collision (internal and external) between the robotic hands is a part of the specific difficulties related to this type of surgery. The aim of this study was to analyze the position of ports and their efficiency in robotic rectal surgery based on our initial experience with this type of surgery in the University Hospital of Plev-en- Bulgaria as well as to seek for additional anatomical landmarks to improve the work process. The initial experience with robotic rectal resections for rectal cancer revealed that the recommended distance of 8 cm between the ports doesn't provide sufficient efficacy. Additional topography anatomical landmarks are required for personalized preoperative planning of port positions and enhanced effectiveness of the robotic system in rectal cancer treatment. Further studies in this field are necessary.

Keywords: *robotic rectal cancer surgery, port placement, anthropometrics*

ROBOTIC SURGERY IN THE TREATMENT OF RECTAL CANCER - IMPLEMENTATION IN BULGARIA AND EARLY CLINICAL RESULTS

T. Deliyski¹, D. Dimitrov¹, S. Iliev², Ts. Ivanov¹, E. Filipov², H. Feradova¹, K. Nedyalkov², S. Tomov³, G. Gortchev¹

¹*Department of Surgical Oncology, Medical University Pleven, Bulgaria*

²*Department of Suppurative-Septic Surgery and Coloproctology, Medical University Pleven, Bulgaria*

³*Department of Gynecology Oncology, Medical University - Pleven, Bulgaria*

INTRODUCTION

At present, the standard treatment of rectal cancer requires a multimodality approach. It includes preoperative radiotherapy, surgical removal of the tumor with total mesorectal excision (TME), and postoperative chemotherapy. Conventional open surgery is the most frequent surgical approach. Laparoscopic surgery is not a standard surgical procedure for the treatment of rectal cancer (1). The difficult anatomy of the pelvis, the two dimensional view to the surgical field, unstable camera, loss of eye-hand coordination and the enhancement of the physiological tremor lead to a number of technical difficulties, a long learning curve and a high conversion rate in treatment of rectal cancer (2).

Minimally invasive surgery has dramatically changed since the introduction of the robotic surgical systems into the practice (3). This type of a system was created for precise dissection in narrow spaces like the pelvis. Three dimensional view of the operative field, instruments with high level of mobility, recreating the wrist's movements, a filter for the physiological tremor and better ergonomics are a part of the advantages of robotic surgery over laparoscopic surgery (4-5). Better visualization and high degree of instruments movements can lead to

better dissection during TME (6). Currently some comparative studies have demonstrated a lower conversion rate for robotic surgery compared to conventional laparoscopic surgery in the treatment of rectal cancer (7-8). Other studies report faster recovery of sexual and urinary function after robotic surgery (9). This is the reason for many authors to believe that robotic surgery can overcome the limitations of conventional laparoscopic surgery in the treatment of rectal cancer. Robotic surgery can also significantly increase the percentage of minimally invasive procedures and improve the quality of rectal cancer surgery.

AIM

The aim of our study was to present the initial results after implementation of robot-assisted rectal resection for rectal cancer in Bulgaria.

MATERIALS AND METHODS

In the period of 09.04.2014 to 04.10.2015 the first robot-assisted rectal resections for rectal cancer in Bulgaria were performed in the University Hospital "G. Stranski" Pleven by teams of the Department of Surgical Oncology and the Department of Suppurative-septic

Невроендокринен тумор на апендикс или болест на Крон – диференциална диагноза и оперативен подход при липса на предоперативна хистология

Паулина Владова, Сергей Илиев, Ивайло Пресолски, Кирил Недялков, Савелина Попова¹

Отделение по колопроктология и гнойно-септична хирургия,

Университетска многопрофилна болница за активно лечение – Плевен

¹Катедра по обща и клинична патологоанатомия, Медицински университет – Плевен

Въведение

Невроендокринните тумори на апендикса и болестта на Крон се отнасят към редките заболявания. Според общоприетата европейска дефиниция редки болести са тези, при които честотата е не повече от 5 на 100 000 души.¹ Откриват се случайно, поради липсата на специфични симптоми.

Болестта на Крон се отнася към неспецифичните възпалителни колити и се характеризира с рецидивиращи периоди на възпаление, обхващаща участъци от целия гастроинтестиналният тракт – от орофаринкса до ануса. Възпалението е трансмурално и може да доведе до стриктури, микроперфорации и формиране на фистули. Възниква в резултат на патологичен имунен отговор към комменсална флора при генетично предразположени хора². Лечението на болестта на Крон е основно медикаментозно. Хирургичното лечение е метод на избор само при усложнените форми на болестта – перфорации, стриктури, стенози и фистули.¹

Невроендокринните тумори са разнообразна група с локализация в различни органи, предимно в тънко черво, ректум, апендикс и по-рядко в колон, стомах и панкреас.² При този вид тумори липсват специфични симптоми. Поради непре-

казуемостта и необичайността им биологично поведение, диагнозата се поставя със закъснение. От появата на първите симптоми до поставянето на диагнозата давността е от 3 до 7 години.¹ В момента на диагностициране 50% от случаите са с метастази. В 23% метастазите са регионални, а в 27% далечни, което ограничава възможността за противотуморна терапия.¹ Гастроентеропанкреасните тумори са с бавен биологичен прогрес, но с изразен малигнен потенциал, голяма част от тях са функционално неактивни. Имунохистохимично НЕГ се характеризират с експресия на три основни маркера: неврон-специфична енолаза-цитозолен маркер, синаптофизин – трансмембранен гликопротеин, локализиран в пресинаптичните везикули на невроните и хромогранин – разтворими кисели гликопротеини, локализирани в матрикса на невросекреторните гранули. Изолираното повишение, на който и да е от тях е недостатъчно за поставяне на диагноза без патологично верифициране. Поведението при невроендокринните тумори на гастроинтестиналният тракт е комплексно, включващо хирургично с последващо лечение – таргетна терапия или химиотерапия. Хирургичното лечение е златен стандарт в лечението на гастроен-

13.7.13

ОНКОЛОГИЧНИ ПРИНЦИПИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С КОЛОРЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ, ОПЕРИРАНИ ПО СПЕШНОСТ – СТАНДАРТ ИЛИ ПОЖЕЛАНИЕ?

Илиев С., Вladoва П., Пресолски И., Филипов Е., Мирочник П.,
Недялков К., Ристовски И., Нгуен Д., Карастоянов Е.

ОКПГСХ, I-ва Клиника по Хирургия,
УМБАЛ "Д-р Георги Странски" Плевен

РЕЗЮМЕ

Въведение: По данни от Националния Раков Регистър съществува тенденция за нарастване на заболяемостта и смъртността от колоректален карцином. Четиридесет и пет процента от случаите с рак на дебелото черво се диагностицират в напреднал стадий на заболяването. Въпреки съвременните методи за диагностика, остава висок процента на пациенти с дебелочревен карцином, оперирани в условията на спешност. В случаите на спешна хирургия, възниква въпросът до колко може да се съблюдават онкологичните принципи на оперативно лечение.

Цел: Целта на настоящето проучване е да се установи спазени ли са принципите на онкологична резекция при пациенти с колоректален карцином, оперирани в условията на спешност с картината на илеус или масивна ректорагия.

Материали: Ретроспективно проучване обхващащо 3 годишен период. Включени са пациенти с колоректален карцином, оперирани по спешност в Отделение по колопроктология и гнойно-септична хирургия към УМБАЛ "Д-р Георги Странски" – Плевен.

Резултати и обсъждане: Разгледани са 112 пациента с колоректален карцином, оперирани в спешен или неотложен порядък до 24-тия час от хоспитализацията им за периода 2013-2015 година. Анализирани са следните показатели: обем и вид на хирургичната намеса, резекционни линии, брой изследвани хистологично лимфни възли, TNM класификация, грейдинг, стейджинг и продължителност на живот. Деведесет процента от оперираните са били с картината на чревна непроходимост, а едва 1% с масивна ректорагия.

Заклучение: Нашите резултати доказват, че при пациенти с колоректален карцином, оперирани в условията на спешност могат да бъдат спазени принципите на онкологична резекция, което е предпоставка за радикално оперативно лечение. Стремещт към прилагането на онкологичните стандарти е оправдан предвид близките и далечните резултати. Добрата предоперативна подготовка и адекватната следоперативна реанимация позволяват при пациенти с настъпили усложнения от основното заболяване да бъде извършен необходимия обем оперативно лечение, независимо от картината на чревна непроходимост и перитонит. Проучването ни потвърждава данните, описани в световните

13.7.14

ПРОМЯНА В ПАРАДИГМАТА НА УСЛОЖНЕНИЯТА И ЛЕЧЕНИЕТО НА АЦИДО- ПЕПТИЧНАТА БОЛЕСТ

Нлиев С., Стойков Д., Ристовски Ив., Влодова П., Пресолски И.,
Грозев В., Мирочник П., Филипов Е., Недилков К.,
Маринова П., Съботинов Ц., Декова И., Нгуев Д., Карастоянов Е.
ОКПГСХ, I-ва Клиника по Хирургия УМБАЛ - Плевен

РЕЗЮМЕ

Въведение: Вследствие патогенетичното лечение на ацидо-пептичната болест с инхибитори на протонната помпа и тройната комбинация за ерадикация на *H. Pylori*, честотата на инфекцията с *H. Pylori* в Западна Европа значително е намаляла. Тези данни не корелират с намаляване честотата на АПБ и напротив забелязва се тенденция към нарастване на заболяемостта и честотата на животозастрашаващите усложнения – перфорация и кръвоизлив.

Цел: Целта на настоящото проучване е да установи има ли тенденцията към промяна във вида и честотата на регистрираните усложнения на язвената болест на стомаха и дванадесетопръстника лекувани в I-ва Клиника по Хирургия на УМБАЛ Плевен за пет годишен период (2011-2015г.), сравнени със периода 1996-2000г.

Материали: Ретроспективно проучване обхващащо 2 петгодишни периода разделени от 15 годишен интервал. Разгледани са пациенти с усложнения на АПБ, лекувани в Хирургичните звена на УМБАЛ "д-р Г. Странски" – Плевен.

Резултати: За периода 2011 – 2015г в I-ва Клиника по Хирургия са приети в спешен порядък 991 пациенти с кръвоизлив вследствие усложнена язва, от които са оперирани 40 болни (4,0%). С перфорирала язва са били 217 болни и 8 болни са били с доброкачествена пилорна стеноза вследствие усложнена язвена болест.

За периода 1996 – 2000г натрвата на усложненията на АПБ е доста различна. В Клиниката са приети – 186 пациенти с доброкачествена пилорна стеноза; 315 болни с кръвоизлив от язвена болест – оперирани 84 (24,6%) и 235 пациенти с язвена перфорация.

Обсъждане и изводи: Прави впечатление нарастването на броя на пациентите с кръвоизлив от ГИТ вследствие АПБ и намаляване на оперативните интервенции за оперативна хемостаза, което се асоциира с нарастване на употребата на нестероидни противовъзпалителни средства и антиагреганти. Киселинна и подобрените възможности за ендоскопична хемостаза. Доброкачествената пилорна стеноза като усложнение значително е намаляла вследствие патогенетичното лечение

на АПБ. Няма статистическа разлика в броя на пациентите с перфорация вследствие усложнена язва. Оперативни интервенции като Проксимална селективна ваготомия. Пилоропластика с трункусна ваготомия. Резекция по Билрот I и Билрот II за усложнена язвена болест са вече от миналото. Промяната в парадигмата на усложненията на АПБ от остри живене от ГИТ повишава изискванията пред екипите от ендоскопичните клиници и оперативното лечение остава резервно при неоповлияващи се кръвоизливи.

Ключови думи: Язвена болест, усложнения, парадигма

РЕТРО-ДУОДЕНАЛНИ ПЕРФОРАЦИИ – ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ

Д. Стойков, Ив. Лалев, С. Илнев, Ир. Декова, М. Янчев,
П. Маринова, М. Влахова, Г. Сарафиловски

Клиники по "Висцерална хирургия" и "Гастро-ентерология"
УМБАЛ "Д-р Г. Странски" - Плевен

Ретро-дуоденалните перфорации /ятрогенни и язвени/ за щастие сравнително рядък хирургичен проблем, но за съжаление в терапевтичното отношение те са свързани с тежки усложнения водещи все още до твърде висок леталитет.

От друга страна в последният четвърт век сме свидетели на рязко увеличените възможности на миниинвазивните процедури. Особено диагностична стойност, голяма част от тях придобиха и терапевтичен характер, като последният нерядко е с дефинитивен ефект. Наред с това обаче се срещахме с нови ятрогенни усложнения, непознати до този момент. Голяма част от тези усложнения се овладяват консервативно и не налагат агресивни хирургични намеси. Едни от най-трудните за диагностика и лечение компликации са ретродуоденалните перфорации. По литературни данни това усложнение се среща в честота 2-4% при ендоскопските манипулации, имащи за цел Papilla Vateri. При големия обем на ретро-дуоденалните перфорации в ГДО в университетските и областни болници се налага хирургично лечение, което да са запознати и готови за диагностиката и лечението на това усложнение.

Хирургичното лечение и при двата вида перфорации е възпрепятствано от наличието на множество жизненоважни структури, като нервна мрежа и от друга страна ретро-дуоденалната мастна тъкан, силно податлива на инфекция. Според публикациите в световната литература са предложени редица методи за лечение: консервативни, по-малко и по-малко инвазивно, но все още с променлив успех и значително удължени и скъпи лечение.

Материал и методи

Обект на проучване са две групи болни: в първата са включени пациенти с ретродуоденални перфорации на пептична язва. Във втората група са включени пациенти с ятрогенни перфорации на дванадесетопръстника, след ендоскопски манипулации върху папила Фатери.

За период от 5 години /2011-2015/ през клиниката по „Висцерална хирургия“ на Университетска болница са преминали 6439 пациенти, които в първата група с ретродуоденална перфорация на дуоденална язва са 15 /0.23%./

Във втората група на пациентите с ятрогенни перфорации на дванадесетопръстника са 12.

13.7.16

Open Access Journal

Indian Journal of Medical Research and Pharmaceutical Sciences

August: 2016, 3(8)

ISSN: ISSN: 2349-5340

DOI: 10.5281/zenodo.59820

Impact Factor: 3.052

DEROOFING – A METHOD OF CHOICE IN THE TREATMENT OF SUPPURATIVE HIDRADENITIS OF PERINEUM

Assoc. Prof. Sergey Iliev*, MD, Ph.D.; Dr. Paulina Vladova; Dr. Dobromir Nguen

*Department of Propedeutics of Surgical Diseases, Medical University, Pleven, Bulgaria

Department of Propedeutics of Surgical Diseases, Medical University, Pleven, Bulgaria

Department of Propedeutics of Surgical Diseases, Medical University, Pleven, Bulgaria

Abstract

Keywords:

Deroofing; Suppurative hidradenitis

Aim: Suppurative hidradenitis is a chronic relapsing inflammatory disease that affects the apocrine sweat glands, and is most often located in the perineal area. Perineal and perianal locations cover about 37% of the total morbidity and it is more common in males.

Materials and Methods: A prospective interventional study of 13 patients with suppurative fistulizing hidradenitis of perineum, treated in the Department of Coloproctological and purulent-septic surgery, University Hospital, Pleven for the period 2008 - 2013.

Results: The period between the occurrences of disease and surgical treatment is very long – from 2 to 36 years (average - 9.2 years). The average hospital stay was 13.5 days. Operative wounds healed secondarily an average of about 30 days. Patients were followed for 6 months, 1 year and 2 years. Two patients with relapses on the 6th postoperative month, have re-hospitalization and surgery with good results.

Conclusion: Treatment of suppurative hidradenitis of the perineum is complex, both in terms of local status and systematic violations resulting chronic infection. The advantages of deroofing are: minimal trauma to the patient, requires no special equipment, there is a lower rate of recurrence compared with other methods (in our study - 15.38%) and leads to the formation of aesthetically acceptable scar.

GASTROINTESTINAL METASTASES OF MALIGNANT SKIN MELANOMA – REPORT OF 2 CASES AND REVIEW OF LITERATURE

Sergey Iliev*, Paulina Vladova** and Savelina Popovska**

*Department of Coloproctological and Purulent-septic Surgery, Medical University, Pleven, Bulgaria, **1Department of Pathology, Medical University, Pleven, Bulgaria

ABSTRACT

According to the database from the National Cancer Registry malignant skin melanoma is one of the most malignant skin tumors. The prognosis of malignant skin melanoma is poor because of its high degree of aggressiveness and tendency to metastases. Metastases in the gastrointestinal tract are frequently found as 80% of the malignant skin melanoma metastases in the digestive tract affect the small intestines.

We present two cases of patients with metastases to the gastrointestinal tract from malignant skin melanoma, where radical surgical interventions on gastrointestinal metastases have been performed.

The presence of distant metastases is the most important prognostic indicator for the survival of the patients with diagnosed malignant melanoma. In both cases presented surgical treatment has been made - resection of the small intestines area affected by the tumor metastases with subsequent anastomosis, observing the principles of operative surgical oncology. The patients were monitored during a period of 6 months and 1.5 years, and their quality of life has been good.

In cases of metastases from malignant skin melanoma in GIT surgical interventions must be performed. This way the survival rate of the patients can be increased and their quality of life can be improved.

KEYWORDS malignant skin melanoma, gastrointestinal metastases, radical surgical treatment

13.7.18

ПРОУЧВАНЕ ВЪРХУ ЧЕСТОТАТА, ЛОКАЛИЗАЦИЯТА И
МОРФОЛОГИЧНАТА ХАРАКТЕРИСТИКА НА
НЕВРОЕНДОКРИННИТЕ ТУМОРИ ОПЕРИРАНИ В УМБАЛ „Д-Р Г.
СТРАНСКИ“ - ПЛЕВЕН ЗА 5 ГОДИШЕН ПЕРИОД

С. Илиев, П. Влодова, С. Поповска

ОКПГСХ, 1 КПА, УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ Плевен

Въведение:

През последните години в страните от Европейския съюз се очертава нарастване на честота на гастроентеропанкреасните невроендокринни тумори от 1.3/100 000 до 5.2/100 000.5 В България към момента липсват прецизни епидемиологични данни.6 Невроендокринните тумори са разнородна група с локализация в различни органи, предимно в тънко черво, ректум, апендикс и по-рядко в колона, стомаха и панкреаса. При този вид тумори липсват специфични симптоми2,3,4. Тъй като са с непредсказуемо и необичайно биологично поведение, диагнозата се поставя със закъснение. От появата на първите симптоми до поставянето на диагнозата могат да минат от 3 до 7 години. В момента на диагностициране 50% от случаите са с метастази. В 27% метастазите са далечни, а в 23% регионални, поради което съществуват ограничен брой възможности за противотуморна терапия1,3,4. За диагностициране на НЕТ с различна първична локализация се използват няколко универсални плазмени туморни маркера. Изолираното повишение, на който и да е от тях е недостатъчно за поставяне на диагноза без патологично верифициране. Гастроентеропанкреасните тумори са с бавен биологичен прогрес, но с изразен малигнен потенциал, голяма част от тях са функционално неактивни. Имунохистохимично НЕТ се харектиризират с експресия на на три основни маркера: неврон-специфична енолаза-цитозолен маркер, синаптофизин- трансмембранен гликопротеин, локализиран в пресинаптичните везикули на невроните и хромоградини - разтворими кисели гликопротеини, локализирани в матрикса на невросекреторните гранули. ХромоградинА е универсален маркер за невроендокринната тъкан и е прекурсор на панкреатостатин. От 2010г. е прието обобщено степенуване на НЕТ като невроендокринен тумор(G1-2) или невроендокринен карцином(G3). Запазва се категорията смесен адено-

VII. УСЛОЖНЕНИИ СЛЕД ОПЕРАЦИИ НА ТЪНКИТЕ ЧЕРВА

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИ УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ БОЛЕСТ НА КРОН, ИЗИСКВАЩИ ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ – ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР И СЛУЧАИ ОТ ПРАКТИКАТА

С. Илиев, П. Вladoва, Ив. Пресолеки, К. Недялков

Отделение по Колитроктология и спайно-септична хирургия

„УМБАТ Д-р Георги Странски ЕАД“ гр. Плевен

Медицински Университет гр. Плевен

Въведение

Болезтта на Крон обхваща група от заболявания със специфични клинични симптоми, патологични патоморфологични промени, характеризирани се с местно, асиметрично, трансмурално и понякога грануломатозно възпаление, първично засягащо гастроинтестиналния тракт. Възниква в резултат на патологичен имунен отговор към компенсация флора и генетично предразположени хора [1].

Все още продължава да се приема, че болестта на Крон е практически неизлечима [2]. Много от приетите схеми за лечение се базират на клинично проучвания и на опита на клиничистите. През 2012 година група от Корейски лекари разработва ръководство за поведение и лечение на болестта на Крон. С издаването на подобно ръководство се стандартизира терапията и се дава възможност за прицелване и адекватност в менаджането на такъв вид пациенти.

Целта на лечението е по-дълго време пациентите да са във фаза на ремисия, да имат по-добро качество на живот и да се намали риска от усложнения. Усложненията на болестта на Крон се разделят на две големи групи: такива, които засягат гастроинтестиналния тракт (ГИТ) и такива, засягащи други органи [1].

Значителен брой от пациентите с болест на Крон изискват хирургична намеса в хода на тяхното заболяване. Според скорошен метаанализ, годишният риск от операция след диагностициране на болест на Крон е 46,6% [2]. Въпреки това, процентът на операциите е с тенденция за намаляване през последните десет години, което се смята, че се дължи на развитието на нови биологични терапевтични агенти. В повечето случаи хирургия не може да бъде радикална [3]. Към нея се прибавя и случаите с

ПОСТОПЕРАТИВНИ УСЛОЖНЕНИЯ СЛЕД ОТВОРЕНА ХИРУРГИЯ НА КОЛОРЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ – СОБСТВЕН КЛИНИЧЕН ОПИТ

С. Илиев, П. Вladoва, Ив. Пресолски, В. Грозев, Е. Филипов,
П. Мирочник, Ив. Ристовски, К. Недялков, Д. Нгуен

Отделение по Колопроктология и гнойно-септична хирургия

УМБАЛ Д-р Георги Странски ЕАД – гр. Плевен

Медицински Университет – гр. Плевен

Съгласно данни от Националния Раков Регистър съществува тенденция за увеличаване заболяемостта и смъртността от колоректален карцином. Стандартизираните показатели на заболяемост и смъртност от рак на дебелото черво при мъжете в България са по-високи от средните за Европа. През 2011 г. в България заболяемостта е 36.4 на 100 000, а смъртността е 18.2 на 100 000 от рак на дебелото черво за 2011 година при средни стойности за Европа – 34.7 и 15.4 на 100 000 жени, съответно. А заболяемостта за рак на дебелото черво при мъжете е 58.7 на 100 000 при средна за Европа – 55.7 на 100 000 мъже и смъртност – 32.3 и 25.2 на 100 000 мъже, съответно[1]. През последните десет и пет процента от случаите с рак на дебелото черво се регистрират в напреднал стадий на заболяването[1]. Въпреки съвременните методи за ранна диагностика 6% до 30% имат прояви на късни стадии на колоректален карцином, налагащи спешна оперативна интервенция[2].

Симптомите с колоректален карцином, приети по спешност най-често са с проява на чревна непроходимост, остър хирургичен корем или активно кървене от гастроинтестиналния тракт (ректорагия), изискващо

Review

SURGICAL PROCEDURES FOR NEUROENDOCRINE NEOPLASMS OF THE APPENDIX: A CONSENSUS GUIDELINE REVIEW

**Paulina Tr. Vladova,
Sergey D. Iliev,
Savelina L. Popovska¹**

*Department of Propedeutics of
Surgical Diseases,
Medical University – Pleven,
Bulgaria*

*¹Department of Pathology,
Medical University – Pleven,
Bulgaria*

Summary

According to the consensus and the recommendations of the European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS), the frequency of appendicular neuroendocrine tumors (NETs) is 0.15-0.6/100 000 a year. They are found a little more often in women aged between 40 and 50. Neuroendocrine neoplasms of the appendix are about 30 to 80% of all appendicular tumors. Their evolution is usually asymptomatic. They are diagnosed accidentally during a conventional or laparoscopic appendectomy. In the past, the surgical approach used to depend on the localization of the tumor. Currently, its localization is not a significant factor in the choice of a surgical approach. Our purpose was to present the consensus guideline and the recommendations of ENETS 2017 for surgical procedures in neuroendocrine neoplasms of the appendix and analyze the difference in the survival rate in different surgical interventions. The literature overview includes studies on surgical treatment of neuroendocrine neoplasms of the appendix and takes into consideration the last consensus guideline of ENETS 2017 on the topic. ENETS recommends a simple appendectomy in well-differentiated appendix tumors smaller than 2 cm, regardless of their localization. Right hemicolectomy is performed for in tumors sized between 1 cm and 2 cm with positive resection lines, with deep mesoappendiceal invasion, high proliferation activity (G2) and vascular invasion. For tumors over larger than 2 cm – right hemicolectomy is recommended. Although current studies have pointed out no significant differences in survival rates between appendectomy for neuroendocrine neoplasms of the appendix and right hemicolectomy, ENETS 2017 suggests that the latest consensus guidelines should be followed.

Key words: neuroendocrine neoplasms of the appendix, surgical procedures

Corresponding Author:
Paulina Tr. Vladova

SURGICAL PROCEDURES FOR NEUROENDOCRINE NEOPLASMS OF THE APPENDIX: A CONSENSUS GUIDELINE REVIEW

**Paulina Tr. Vladova,
Sergey D. Ilicv,
Savelina L. Popovska¹**

*Department of Propedeutics of
Surgical Diseases,
Medical University – Pleven,
Bulgaria*

*¹Department of Pathology,
Medical University – Pleven,
Bulgaria*

Summary

According to the consensus and the recommendations of the European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS), the frequency of appendicular neuroendocrine tumors (NETs) is 0.15-0.6/100 000 a year. They are found a little more often in women aged between 40 and 50. Neuroendocrine neoplasms of the appendix are about 70 to 80% of all appendicular tumors. Their evolution is usually asymptomatic. They are diagnosed accidentally during a conventional or laparoscopic appendectomy. In the past, the surgical approach used to depend on the localization of the tumor. Currently, its localization is not a significant factor in the choice of a surgical approach. Our purpose was to present the consensus guideline and the recommendations of ENETS 2017 for surgical procedures for neuroendocrine neoplasms of the appendix and analyze the difference in the survival rate in different surgical interventions. The literature overview includes studies on surgical treatment of neuroendocrine neoplasms of the appendix and takes into consideration the last consensus guideline of ENETS 2017 on the topic. ENETS recommends a simple appendectomy in well-differentiated appendix tumors smaller than 1 cm, regardless of their localization. Right hemicolectomy is performed for tumors sized between 1 cm and 2 cm with positive resection lines, with deep mesoappendiceal invasion or a proliferation activity (G2) and vascular invasion. For tumors over larger than 2 cm – right hemicolectomy is recommended. Although current studies have pointed out no significant differences in survival rates between appendectomy for neuroendocrine neoplasms of the appendix and right hemicolectomy, ENETS 2017 suggests that the latest consensus guidelines should be followed.

Key words: neuroendocrine neoplasm of the appendix, surgical procedures

Corresponding Author:
Paulina Tr. Vladova

ПСЕВДОМИКСОМА ПЕРИТОНЕИ – ГЛЕДНАТА ТОЧКА НА ХИРУРГА

Илиев С., П. Влагова, Ив. Пресолски, С. Поповска¹
 Отделение по Колопроктология и
 гнойно-септична хирургия
 Катедра по Патологоанатомия¹
 УМБАЛ Д-р Георги Странски ЕАД – гр. Плевен
 Медицински Университет – гр. Плевен

УВОД

Псевдомиксома перитонеи (ПМП) се дефинира като рядко, енигматично състояние с клиника на муцинозен асцит и перитонеални импланти, асоциирани с руптурирала неоплазма на апендикс [1]. Освен с неоплазма на апендикс, псевдомиксома перитонеи може да се асоциира и с руптурирала муцинозна неоплазма на яйчник, колон, уракус и панкреас [1]. Псевдомиксома перитонеи не е патологоанатомична диагноза, а клинично състояние, което ако не бъде лекувано според съвременните препоръки и стандарти води до фатален край. Засяга почти еднакво и двата пола, като се среща най-често във възрастовия диапазон между 50 и 70 години. През 1884 година Werth въвежда термина псевдомиксома перитонеи, идващ от гръцките думи „pseido“ – лъжлив и „mex“ – суз.

Характерното разсейване на ПМП в перитонеалната кухина е дефинирано от Sugarbaker [2] като пълен феномен на преразпределение. Модалностите на разпространението са силно повлияни от хистопатологията на първичния тумор [2]. Традиционният подход към ПМП се основава на повтарящи се хирургически процедури за дебулкиране, често свързани с интраперитонеална или системна химиотерапия. Естествената история на това заболяване е модифицирана след въвеждане

СПЕЦИФИЧНИ ТЕХНИЧЕСКИ УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ РОБОТИЗИРАНАТА РЕКТАЛНА ХИРУРГИЯ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ЗА ТЯХНОТО РЕШЕНИЕ

Ц. Иванов, Д. Димитров, Т. Делийски, С. Илиев, Е. Филипов,
Д. Нгуен

Медицински Университет Плевен

Въведение: Роботизираната хирургия (РХ) има редица предимства пред конвенционалната лапароскопска хирургия, които правят тази особено подходяща при хирургичното лечение на ректален карцином. Въпреки нейните предимства РХ е свързана и с някои специфични, които до този момент технически усложнения, като допълнително време за настройка на системата и колизия между инструментите. Тези специфични усложнения налагат и специфични методи за тяхното разрешаване.

Цел: На база на собствено проучване да анализираме често срещаните технически усложнения при роботизирани резекции на ректума (РК). Да проучим причините, довели до тяхното възникване и да предложим методи, чрез които да се намали честотата им.

Материали и методи: Изследването се извърши върху две групи пациенти, при които се извършиха РХ на ректума по повод РК. Група 1 - пациенти, при които се направиха нестандартни антропометрични измервания. В група 1 се включиха 12 пациенти. Направихме антропометрични измервания на портите, колизията на инструментите и тяхната оптика по време на работа. В група 2 попаднаха 100 случайно избрани пациенти, върху които извършихме антропометрично измерване на редица анатомични ориентирани по предна коремна стена, които са често използвани в специализираната литература като ориентир за позицията на портите.

Резултати: При един пациент в група 1 се наложи репозиция на портите 2-ри и 3-ти инструмент. Сериозна външна колизия между инструментите по време на работа се отчете при двама пациенти. При друг пациент по време на операция се отчете ограничение в движението на работска ръка в краниална, латерална и дорзална посока. В група 2 се анализираха общите ориентирани. Предната коремна стена увеличава своите параметри средно 10% при състояние на пневмоперитонеум.

EXTRAGONADAL CHORIOCARCINOMA OF THE COLON – INCIDENCE, DIAGNOSIS, AND TREATMENT – A CASE REPORT

Sergey Dimitrov Iliev^{*}, Paulina Trifonova Vladova^{***} and Tatyana Marinova Betova^{**}

^{*}Head of Department of Propedeutics of Surgical Diseases, Medical University, Pleven, Bulgaria. ^{**}Assistant and PhD student in the Department of Propedeutics of Surgical Diseases, Medical University, Pleven, Bulgaria. ^{***}Assistant in the Department of Pathology, Medical University, Pleven, Bulgaria.

ABSTRACT Background: Choriocarcinoma is a malignant trophoblastic cancer. It could be gestational and non-gestational. The primary extragonadal choriocarcinoma of the colon is a sporadic tumour. There are only 12 cases of this neoplasm described in the literature. Just four of these 12 cases are pure primary choriocarcinomas of the colon. In the other eight cases, there is an adenocarcinoma with a choriocarcinoma component. For that reason, a rare case like this is advisable to be reported. **Case presentation** The purpose of this report was to systematise the existing information about the frequency, diagnosis, and treatment of primary choriocarcinoma of the colon and to present our experience with diagnostic and therapeutic approaches to this exceptionally rare and not well-known tumour. Primary extragonadal choriocarcinoma is most frequently found in the retroperitoneal space, mediastinum, pituitary gland and, very rarely, in the gastrointestinal tract. The stomach is the most frequent localisation in the digestive tract. In our case, an extended right hemicolectomy was performed according to the principles of oncologic resection. Chemotherapy for gonadal choriocarcinoma was started. At present - four months after the surgical intervention, the Bulgarian patient does not show the progression of the disease, and she is in good general health. **Conclusions:** There is still no accepted algorithm for treatment of primary choriocarcinoma of the colon because this is an extremely rare tumour. The behaviour in this type of tumours remains a challenge for clinicians.

KEYWORDS: extragonadal choriocarcinoma, a rare tumour, treatment.

choriocarcinoma, also called extragonadal choriocarcinoma, 200

13.7.26
2.23 НЕВРОЕНДОКРИНЕН ТУМОР НА ТЪНКО ЧЕРВО – СЛУЧАЙ ОТ ПРАКТИКАТА, АНАЛИЗ НА ПОВЕДЕНИЕТО И ИЗБОР НА ПРАВИЛНА ТАКТИКА

П. Вladoва, С. Илиев, Ан. Габърски, Ив. Ристовски, П. Мирочник
Отделение по Колопроктология и гнойно-септична хирургия, УМБАЛ-Плевен

Ключови думи:

невросендокринен тумор, тънко черво, поведение

Въведение:

Невросендокринните тумори (NET) на тънко черво са трета по честота подгрупа от гастроентеропанкреасните невросендокринни тумори. Обикновено са единични, характеризират се с ниска степен на пролиферация, много често са метастазирали в момента на откриването им. Първият по честота симптом при този вид тумори е болката, последвана от карциноидния синдром.

Цел:

Целта е да представим случай от нашата практика на невросендокринен тумор на тънко черво и да анализираме коректността на поведението ни

Материали и методи:

Представяме клиничен случай на 66 годишен мъж, постъпващ по спешност в Отделение по Колопроктология и гнойно-септична хирургия към УМБАЛ-Плевен с клиника на остър апендисит.

Резултати:

Пациентът беше опериран по спешност, поради картината на остър хирургичен корем. Интраоперативно се попадна на туморна формация на терминален илеум. Изпрати се материал за експресна биопсия, при което се установи, че се касае за ниско диференциран карцином. Извърши се първична икономична резекция с последваща анастомоза. След дехоспитализацията пациентът беше насочен за самотостатинова сцинтиграфия и препоръчана дясна хемиколектомия 1 месец след дехоспитализацията.

284

Обсъждане:

В условията на спешност хирургичните постулати гласят, че се прави минималното. В нашата практика невросендокринните тумори са рядкост, а поведението при тях непознато. Възниква въпросът дали в този случай е била уместна първична дясна хемиколектомия или не? Европейската асоциация по невросендокринни тумори (ENETS) препоръчва при NET на илеум първоначална резекция с лифна дисекция и синхронна холецистектомия. Тази препоръка обаче е валидна в случаите на плановост и предоперативно стадиране. В случаите на спешност водещо е разрешаването на острия хирургичен корем и критериите на ENETS се оказват неприложими.

Заклучение:

Конкретният случай показва един голям проблем в съвременна хирургия, а именно наличие на критерии за поведение, неприложими в реална спешна ситуация. Това от своя страна налага изискването за по-добра предиагностика и правилно менажиране на пациента след овладяване на острия момент.

ДОКЛАД

2.22 МАЛИГНЕНА ЧРЕВНА ОБСТРУКЦИЯ НА ЛЯВ КОЛОН – КРИТЕРИИ ЗА МЕНАЖИРАНЕ В УСЛОВИЯТА НА СПЕШНОСТ

С. Илиев, П. Вladoва, А. Габърски, Ив. Пресолски, К. Недякова, Б. Филипов, Д. Нгуен, Ив. Ристовски, П. Мирочник
Катедра Пропедевтика на Хирургическите Болести, МУ-Плевен; Отделение по Колопроктология
и Гнойно-септична хирургия, УМБАЛ-Плевен

Ключови думи: колоректален карцином, ляв колон, критерии за поведение

Въведение:

Хирургичната интервенция е водеща в лечението на колоректалния карцином (КРК). Елективната хирургия при КРК е предпоставка за прецизно предоперативно оптимизиране на общия и хирургичния статус на пациента, онкологично стадиране, радикалност, полижава необходимостта от стоми и многостайни операции [1]

За съжаление 15 - 20% от пациентите с колоректален карцином са с картина на остра чревна непроходимост при поставяне на диагнозата [2]. Такива пациенти обикновено са в тежко общо състояние, вследствие основното туморно заболяване, съпътстващия коморбидитет, дехидратацията, електролитния дисбаланс и промените в чревната мукоза. Спешната оперативна интервенция в тези случаи е свързана с висока смъртност и висок процент на постоперативните усложнения [3], извеждане на колостома [4], която в 40% от случаите остава дифинитивна и води до влошено качество на живот [5,6]

278

Спешната оперативна интервенция при малигнената чревна обструкция (МЧО) е рисков фактор за лош резултат по отношение на дългосрочната преживяемост [7].

За разлика от обструкцията на десния колон, където се извършват най-често едноставни операции с първични анастомози, малигнена обструкция при левия колон в повечето случаи изисква двустайни оперативни вмешательства.

Опитите за предоперативна декомпресия на колона, преодоляването на илеусното състояние и пристъпването към оперативно лечение в условията на отложена спешност са с по-добри резултати, като морбидитета и леталитета са 23% и 3,5%, срещу 39% и 12% в случаите на спешна хирургия [8,9].

Опитите за поставяне на саморазширяващите се метални стентове (SEMS) и ендоскопските опити за декомпресия на дебелото черво са предпоставка за преминаване към елективна хирургия и предоставят възможност за дефинитивно лечение на резектабилните КРК. Приложими са само за дисталните отдели на левия колон и ректума [10,11].

Предоперативното лечение на пациентите с МЧО от КРК се основава на абсолютна диета, парентерална хидратация, назогастрална аспирация и антимагнетични и аналгетични лекарства. Целите на тези мерки са да контролират симптомите, да възстановят хидроелектричното равновесие, да спомогнат за спонтанно разрешаване на обструкцията и да спестят време за установяване на нивото и тежестта на обструкцията, както и за вземане на индивидуално съобразено решение за хирургично поведение.

С тези мерки адекватен контрол на симптомите се постига в 80% от случаите и преодоляване на илеусното състояние в 30% от пациентите за по-малко от 8 дни [12].

Извършването на очистителни сифонни клизми за дебарсиране на дисталните на обструкцията отдели на колона и ректума подпомагат извършването на последваща ФКС, която освен за диагностициране нивото и вида на обструкцията, може да доведе и до спонтанно преодоляване на илеусното състояние [9]. В най-големия обобщен анализ на хирургичните резултати (43 проучвания, 4 265 пациенти) оперативното вмешателство е включвало илеостомия и/или колостомия в 20%, резекция на червата с анастомози в 48% или байпас в 38% от случаите, като висок процент пациенти претърпяват повече от една оперативна намеса [3].

Поведението при пациентите с малигнена обструкция на левия колон е сериозно предизвикателство пред хирургичните екипи, изисква динамично наблюдение и предоперативна подготовка, прецизен избор на момента за оперативна намеса и съобразен обем на оперативната интервенция с цел запазване живота на пациента и издръжаност по отношение на онкологичните принципи на лечение.

ПРИЛОЖЕНИЕ НА ПЕРИТОНЕАЛЕН СМИВ ПРИ ПАЦИЕНТИ С МАЛИГНЕНА ЧРЕВНА ОБСТРУКЦИЯ.

С. Илиев, А. Габърски

Резюме:

УВОД. Злокачествената чревна обструкция проявява тенденции към зачестяване и подмладяване на засегнатата група хора. Поради сложността на патофизиологичните процеси, диагностиката и лечението на малигнената чревна обструкция е невинаги лесна задача. Водещо и определящо в терапевтичното поведение е общото състояние на болния, анамнезата за придружаващи и минали заболявания, локализацията и степента на обструкцията.

Свободни туморни клетки могат да се появят от първичния туморен процес, спонтанно или при неправилна интраабдоминална манипулация. Перитонеалният смив е приложим метод в тяхното засичане, и е доказан в не малко проучвания като прогностичен и предиктивен фактор при колоректалния карцином.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ. Да проверим роля на перитонеалния смив като предиктивен и прогностичен фактор при пациенти с малигнена чревна обструкция в условията спешна или неотложна помощ.

РЕЗУЛТАТИ. На 26 от болните беше взет перитонеален смив интраоперативно. Простите от описаните по-горе пациенти бяха анализирани по конвенционалната методика. 8 от пациентите проявиха позитивност.

ДИСКУСИЯ. При нас позитивната цитология от ПС се очерта като самостоятелен, независим прогностичен фактор за общата преживяемост на болните. Откри се като индикатор за авансираност на заболяването и предиктор на перитонеална карциноза. За по-нататъшно разглеждане на ролята на перитонеалната цитология е необходимо голямо, популационно, многоцентрово проучване с дългосрочно проследяване.

Abstract:

INTRODUCTION. Malignant intestinal obstruction tends to increase and rejuvenate the affected group of people. Due to the complexity of the pathophysiological processes, the diagnosis and treatment of malignant intestinal obstruction is not always an easy task. The general condition of the patient, the history of accompanying and past illnesses, the localization and the degree of obstruction are leading for therapeutic behavior.

Free tumor cells can emerge from the primary tumor process, spontaneously, or with irregular intra-abdominal manipulation. Peritoneal wash is a useful method in their detection, and has been proven in few studies as a prognostic and predictive factor in colorectal carcinoma.

MATERIALS AND METHODS. We investigated the PW of the patients operated on malignant intestinal obstruction in the Department of Coloproctology and purulent-septic Surgery at the University Hospital Dr. G. Stranski- Pleven.

RESULTS. The peritoneal wash of twenty-one patients was analyzed intraoperatively. The samples from the above described patients were analyzed according to the conventional methodology. 8 of the patients showed positivity.

DISCUSSION. In our case, positive PW cytology has emerged as a separate independent prognostic factor for the overall survival of the patients. It was highlighted as an indicator of disease advancement and a predictor of peritoneal carcinomatosis. For further consideration of the role of peritoneal cytology, a large, population-based multicentric study with long-term follow-up is needed.

ДИНАМИЧНА ЕКСТРАМУРАЛНА ЧРЕВНА ОБСТРУКЦИЯ - КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

С. Илиев, П. Вladoва, А. Габърски, Ив. Пресолски, К. Недялков,
Е. Филипов, Д. Нгуен, Ив. Ристовски, П. Мирочник, В. Грозев, П. Тончев

Катедра Пропедевтика на Хирургическите Болести, МУ-Плевен; Отделение по
Колопроктология и гнойно-септична хирургия, УМБАЛ- Плевен

Резюме:

Въведение. Динамичната екстрамурална чревна обструкция е полиетиологично, монопатогенетично заболяване, изискващо навременна диагностика, своевременно и адекватно хирургично поведение, които корелират с резултатите от лечението по отношение постоперативния морбидитет и леталитет.

Цел. Да представим нашият опит в лечението на динамичната екстрамурална чревна непроходимост като го сравним със световните литературни данни по проблема.

Материали и методи. Достъпните до нас актуални консенсусни решения по проблема в световните бази данни. Анализ на болните с динамична екстрамурална чревна обструкция лекувани в ОКПГСХ за три годишен период (2016 - 2018 г.).

Резултати и обсъждане. Динамичната екстрамурална чревна непроходимост е следствие на следоперативни чревни адхезии, брид илеус, вътрешни и външни херниални инкарцерации, въздухус и чревни инвагинации. Полиетиологичният характер на обструкцията има някои специфики по отношение клиничната картина, но патофизиологичният профил на заболяването е идентичен. От съществено значение за прогнозата е навременната диагностика и своевременното оперативно лечение преди настъпването на необратим изхемия на чревната стена. Лесен е подхода при външна херниална инкарцерация когато диагнозата е видима и хирургичната тактика е стандартизирана. Проблем е вземането на решение за оперативна интервенция при неясна клинична картина, когато анамнестичните, клиничните и образните данни не насочват към поставяне на точна диагноза – чревна странгулация. Забавянето в тези случаи корелира с висок морбидитет и леталитет.

Заключение. Изборът за поведение при динамичната екстрамурална чревна непроходимост е оперативно лечение в спешен порядък. Освен разрешаване на причината довела до екстрамурална чревна обструкция трябва да се обърне съществено внимание на мерките за профилактика на следоперативната адхезионна болест.

Ключови думи: динамична чревна обструкция, екстрамурална чревна обструкция

APPENDICEAL NEUROENDOCRINE TUMOURS – RECENT INSIGHTS

Paulina Trifonova Vladova^{*,1} and Sergey Dimitrov Iliev, Head of Department of Propedeutics of Surgical Diseases, Medical University, Pleven, Bulgaria^{*}

^{*}Assistant and PhD student in the Department of Propedeutics of Surgical Diseases, Medical University, Pleven, Bulgaria; ¹Sergey Dimitrov Iliev, Head of Department of Propedeutics of Surgical Diseases, Medical University, Pleven, Bulgaria

ABSTRACT **Background** According to the consensus and the recommendations of the European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS), the frequency of appendicular neuroendocrine tumours is 0.15-0.6/100 000 a year. Their evolution is usually asymptomatic, and they are diagnosed accidentally during conventional or laparoscopic appendicectomy. **Purpose** The idea of the article is to summarise the knowledge about the neuroendocrine tumours of the appendix and to present the current trends in the treatment and follow-up of patients with that pathology. **Materials and Methods** Literature overview that includes studies about neuroendocrine neoplasms of the appendix (NEN) comprising the last consensus guideline of ENETS 2017 on the topic. **Conclusions:** Despite the lack of any prospective studies concerning appendiceal neuroendocrine tumours, there are some new consensus guidelines, regarding new trends in the optimal management of appendiceal NEN.

KEYWORDS: neuroendocrine neoplasms of the appendix, right-sided hemicolectomy, appendicectomy, review

ДИАЛИЗНО-АСОЦИИРАНИ ПЕРИТОНИТИ – ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Б. Борисов¹, В. Тодоров¹, С. Илиев², В. Едрева-Бешева³

¹Клиника по нефрология и диализа, ²Отделение по гнойно-септична хирургия и колопроктология, ³Лаборатория по микробиология.

УМБАЛ „Д-р Г. Странски“, Медицински университет – Плевен

За кореспонденция: Бисер Борисов, 1 Клиника по нефрология и диализа, УМБАЛ „Д-р Г. Странски“, ул. „Г. Кочев“ 8А, Плевен 5800. e-mail: biserugo@abv.bg

Резюме

Цел. Да се оценят честотата, етиологията и резултатите от лечението на перитонитите при пациенти с хронична бъбречна недостатъчност (ХБН), лекувани с перитонеална диализа (ПД).

Материал и методи. Проучването включва 62 пациенти, лекувани с ПД. Средната им възраст е $55,1 \pm 16,2$ години, средната продължителност на лечението с ПД е $16,9 \pm 14,1$ месеца.

Резултати. Най-честите причини за ХБН в изследваната група са диабетна нефропатия (21 лица, 34%), хроничен гломерулонефрит (15 лица, 24%), хроничен интерстициален нефрит (7 лица, 11%). Регистрирани са общо 40 случая на диализно-асоцииран перитонит, които са се развили при 19 (30,6%) пациенти. Честотата е 1 случай на перитонит на 23 пациентомесеца. 60% от перитонитите са с грам-позитивен причинител. Най-често лечението е започнато с cephazolin и gentamycin. Използвани са и други антибиотици. Перитонитът е бил причина за прекратяване на лечението с ПД при 7 пациенти.

Изводи. Перитонитите са най-важната причина за компрометиране на лечението с перитонеална диализа. Причинителите на перитонитите са най-често грам-позитивни. Лечението с cephazolin и gentamycin се прилага най-често и дава добри резултати.

Ключови думи: хронична бъбречна недостатъчност, перитонеална диализа, диализноасоцииран перитонит

DIALYSIS RELATED PERITONITIS – DIAGNOSIS AND TREATMENT

B. Borisov¹, V. Todorov¹, S. Iliev², V. Edreva-Besheva³

¹Clinic of Nephrology and Dialysis, ²Ward of Surgery, ³Laboratory of Microbiology, UMHAT “Dr. G. Stranski”

Correspondence: Biser Borisov, Clinic of Nephrology and Dialysis, UMHAT “Dr. G. Stranski”, 8A “Georgi Kochev” Str., Plevan 5800, Bulgaria. e-mail: biserugo@abv.bg

Summary

Aim. Evaluation of the incidence, etiology and treatment results of peritonitis associated with peritoneal dialysis (PD).

Material and methods. The study includes 62 chronic renal failure (CRF) patients, treated by PD. Their average age is $55,1 \pm 16,2$ years, the average duration of PD treatment is $16,9 \pm 14,1$ months. **Results.** The most common basic renal diseases are diabetic nephropathy (21 pts, 34%), chronic glomerulonephritis (15 pts, 24%) and chronic interstitial nephritis (7 pts, 11%). Forty episodes of peritonitis have been developed in 19 patients (30,6% of all pts). The incidence of peritonitis is 1 case on 23 patientmonths. Gram-positive are bacteria in 60% of

all cases. The combination of cephazolin and gentamycin is most often used for the treatment of peritonitis. Other antibiotics have been used too. Peritonitis was the cause for discontinuation of PD treatment of 7 patients.

Conclusions. Peritonitis is the most important cause for failure of peritoneal dialysis treatment. The etiology agents, causing peritonitis, are predominantly gram-positive. Cephazolin and gentamycin are the most used antibiotics, giving good results.

Key words: chronic renal failure, peritoneal dialysis, dialysis-related peritonitis.