

II. ДОКУМЕНТИ, СВЪРЗАНИ С НАУЧНАТА ДЕЙНОСТ

НАУЧНАТА ДЕЙНОСТ, СВЪРЗАНА С ДОКТОРСКАТА ДИСЕРТАЦИЯ

Докторска дисертация

1. **С. Илиев** „Анални фисури и анални фистули – класификация, диагностика, лечение. Роля на сфинктерната тонометрия при избора на хирургична техника и за оценка на резултата от проведеното лечение.“ [дисертация] – Медицински Университет – Плевен; 2012г.

Резюме:

Аналните фисури и фистули са често срещано проктологично заболяване, което засяга предимно хора, които прекарват по-голяма част от времето си в седнало положение. Този тип заболявания не са причина за летален изход, но водят до сериозен дискомфорт и влошаване качеството на живот и труд, което ги прави социално значими. Влиянието им върху ежедневието на пациента, върху психоемоционалното му състояние и социалната му адаптация или изолация се подценява.

Познаването на анатомията на перинеума и физиологията на акта на дефекация са от особена важност при избора на лечение при пациентите с този тип заболявания. Често усложненията след проведеното лечение са по-сериозни от оплакванията довели пациента при лекаря.

ЦЕЛ: Проучвания върху сфинктеротонометрията с оглед комплексна пред- и следоперативна оценка при пациенти с анални фисури и фистули. Изработване на диагностично-терапевтичен алгоритъм съобразно резултатите от анкетните карти, тонометрията и анатомо-физиологичните особености на заболяването.

ЗАДАЧИ:

- Задача I.** Да се определят изискванията към сфинктеротонометричната апаратура - да е динамична, в реално време, да мери няколко нива (функционални единици), да е цифрова и компютъризирана, да съхранява информацията в база данни.
- Задача II.** Да се конструира, произведе и внедри такава апаратура. Да се приложи за оценка на функцията на аналния сфинктерен апарат пред и след оперативно.
- Задача III.** Да се проучат в литературата съществуващите класификации на аналните фистули съобразно анатомо-физиологичните особености на областта. Да изработим наша класификация съобразена с алгоритъма за лечение.
- Задача IV.** Да се приложат известните методи за консервативно и оперативно лечение на аналните фисури и фистули и да се оценят функционалните и следоперативните резултати по отношение на континенцията.
- Задача V.** Да се създаде алгоритъм за подбор на метод на лечение.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ:

КЛИНИЧЕН КОНТИНГЕНТ: Проспективно интервенционално проучване на групи население с определен тип заболяване за 11-годишен период от 2001 до 2011г.

Обхваща 624 пациенти от които 313 със анални фисури и 311 със анални фистули лекувани в УМБАЛ „Д-р Георги Странски” Плевен.

ДИАГНОСТИЧНИ МЕТОДИ:

1. Анамнестични данни и общ и хирургичен статус.
2. Лабораторни методи: ПКК, биохимия, СУЕ, урина.
3. Бактериологично изследване и антибиограма.
4. Оглед на аналната област
5. Ректално туширане.
6. Сондиране на фистулния ход.
7. Аноскопия
8. Ендоанална ехография без и с инсуфлиране на H_2O_2 във фистулния ход.
9. Фистулография.
10. КАТ
11. ЯМР
12. Анална сфинктеротонометрия предоперативно и на 1^{-вия} и 6^{-тия} следоперативни месеци.
13. Изследване на ректоаналния инхибиторен рефлекс предоперативно и на 1^{-вия} и 6^{-тия} следоперативни месеци.

СТАТИСТИЧЕСКИ МЕТОДИ: Данните бяха въведени и обработени със статистическия пакет SPSS 12.0.1. За ниво на значимост, при което се отхвърля нулева хипотеза бе избрано $p < 0,05$.

РЕЗУЛТАТИ: При лечението на аналните фисури медикаментозната сфинктеротомия води до оздравяване в различен процент без да причинява анална инконтиненция. Аналната дилатация води до рецидив в 2,5% и до 11,2% лека степен инконтиненция. Латералната сфинктеротомия е с висок процент оздравяване при 34% лека степен на инконтиненция и 4% средна степен на инконтиненция. Пластиката с проксимално лигавично ламбо е с висок процент оздравяване без развитие на анална инконтиненция.

При лечението на аналните фистули съществуващите към момента техники водят до следоперативна инконтиненция в 10,6% лека степен и 3,2% средна степен. С най-висок процент постоперативна инконтиненция и с най-нисък процент на рецидив е методът на Хипократ – Тома Юнеску.

Ключови думи: Анални фисури; анални фистули; сфинктерна тонометрия; анална инконтиненция

Списък с отпечатани публикации, свързани с докторската дисертация

2. **С. Илиев** „ Анални фисури и анални фистули – класификация, диагностика, лечение. Роля на сфинктерната тонометрия при избора на хирургична техника и за оценка на резултата от проведеното лечение.“ [автореферат] – Медицински Университет – Плевен; 2012г.

Резюме:

Аналните фисури и фистули са често срещано проктологично заболяване, което засяга предимно хора, които прекарват по-голяма част от времето си в седнало положение. Този тип заболявания не са причина за летален изход, но водят до сериозен дискомфорт и влошаване качеството на живот и труд, което ги прави

социално значими. Влиянието им върху ежедневието на пациента, върху психо-емоционалното му състояние и социалната му адаптация или изолация се подценява.

Познаването на анатомията на перинеума и физиологията на акта на дефекация са от особена важност при избора на лечение при пациентите с този тип заболявания. Често усложненията след проведеното лечение са по-сериозни от оплакванията довели пациента при лекаря.

ЦЕЛ: Проучвания върху сфинктеротонометрията с оглед комплексна пред- и следоперативна оценка при пациенти с анални фисури и фистули. Изработване на диагностично-терапевтичен алгоритъм съобразно резултатите от анкетните карти, тонометрията и анатомо-физиологичните особености на заболяването.

ЗАДАЧИ:

Задача I. Да се определят изискванията към сфинктеротонометричната апаратура - да е динамична, в реално време, да мери няколко нива (функционални единици), да е цифрова и компютъризирана, да съхранява информацията в база данни.

Задача II. Да се конструира, произведе и внедри такава апаратура. Да се приложи за оценка на функцията на аналния сфинктерен апарат пред и след оперативно.

Задача III. Да се проучат в литературата съществуващите класификации на аналните фистули съобразно анатомо-физиологичните особености на областта. Да изработим наша класификация съобразена с алгоритъма за лечение.

Задача IV. Да се приложат известните методи за консервативно и оперативно лечение на аналните фисури и фистули и да се оценят функционалните и следоперативните резултати по отношение на континенцията.

Задача V. Да се създаде алгоритъм за подбор на метод на лечение.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ:

КЛИНИЧЕН КОНТИНГЕНТ: Проспективно интервенционално проучване на групи население с определен тип заболяване за 11-годишен период от 2001 до 2011г. Обхваща 624 пациенти от които 313 със анални фисури и 311 със анални фистули лекувани в УМБАЛ „Д-р Георги Странски” Плевен.

ДИАГНОСТИЧНИ МЕТОДИ:

1. Анамнестични данни и общ и хирургичен статус.
2. Лабораторни методи: ПКК, биохимия, СУЕ, урина.
3. Бактериологично изследване и антибиограма.
4. Оглед на аналната област
5. Ректално туширане.
6. Сондиране на фистулния ход.
7. Аноскопия
8. Ендоанална ехография без и с инсуфлиране на H_2O_2 във фистулния ход.
9. Фистулография.
10. КАТ
11. ЯМР
12. Анална сфинктеротонометрия предоперативно и на 1^{-вия} и 6^{-тия} следоперативни месеци.
13. Изследване на ректоаналния инхибиторен рефлекс предоперативно и на 1^{-вия} и 6^{-тия} следоперативни месеци.

СТАТИСТИЧЕСКИ МЕТОДИ: Данните бяха въведени и обработени със статистическия пакет SPSS 12.0.1. За ниво на значимост, при което се отхвърля нулева хипотеза бе избрано $p < 0,05$.

РЕЗУЛТАТИ: При лечението на аналните фисури медикаментозната сфинктеротомия води до оздравяване в различен процент без да причинява анална инконтиненция. Аналната дилатация води до рецидив в 2,5% и до 11,2% лека степен инконтиненция. Латералната сфинктеротомия е с висок процент оздравяване при 34% лека степен на инконтиненция и 4% средна степен на инконтиненция. Пластиката с проксимално лигавично ламбо е с висок процент оздравяване без развитие на анална инконтиненция.

При лечението на аналните фистули съществуващите към момента техники водят до следоперативна инконтиненция в 10,6% лека степен и 3,2% средна степен. С най-висок процент постоперативна инконтиненция и с най-нисък процент на рецидив е методът на Хипократ – Тома Юнеску.

Ключови думи: Анални фисури; анални фистули; сфинктерна тонометрия; анална инконтиненция

Публикации в научни списания в България

3. **Sergey D. Iliev**, Pencho T. Tonchev, Dimitar J. Stoykov, Slavcho T. Tomov, Biser K. Borisov, Dobromir D. Nguen, Alexandra I. Vulcheva, „Methods and devices for anal sphyncter tonometry: challenges and solutions“ journal of biomedical and clinical research 2011(4) 2, 108-114

Summary

Anal tonometry contributes to objective assessment of the functional status of the anal sphincter complex. There are a variety of methods used in measuring the difference in pressures, generated by this complex, as well as various devices. In everyday practice, few health establishments in this country have such devices. We aimed to evaluate the requirements to devices of this kind in view of choosing an appropriate method and a device, so as to invent and put to the test in everyday practice a relevant device. We created a 5-channel anal sphincter tonometer connected to a computer. The software specially developed for the purpose makes it possible to obtain and record real-time results from the tonometry, carried out simultaneously or in sequence at different levels of the anal canal.

Keywords: sphincter tonometry, sphincter pressure gauges, anal sphincter, rectoinhibitory reflex, anal sphincter pressure

4. **Илиев С.**, Тончев П., Даскалов В., Стойков Д. „Съвременни аспекти на лечение на аналните фистули. Оценка на оперативните методи по отношение отличен резултат, рецидив, анална инконтиненция“ - списание „Военна Медицина“ 1/2012г. – под печат.

Abstract: Prospective study involving 311 patients with anal fistula, men - 239(76.8%) women - 72 (23,2%). Several modern methods of surgical treatment of anal fistulas were applied alone and in combination and their results on the functional status of the anal sphincter complex and the occurrence of relapse are reported.

Results: Incontinence is more frequent in women - 16.7% mild and 5.6% moderate to 8.8% and 2.5% average rate in men and in the age group over 60 years - 16.3%) mild and 7% moderate.

Treatment of horseshoe and for transsphincteric fistulas has the highest rate of postoperative incontinence - 18.5% and 14.4%.

Incomplete anal fistulas have highest rate of recurrence - 8.3% $p = 0.04$

The use of elastic ligature has lowest recurrence rate - 0.8% $p = 0.005$ and the highest degree

of postoperative incontinence - 15.9% $p = 0.003$

Keywords: Anal fistula, Anal tonometry, Anal incontinence, FISl.

Резюме: Проспективно проучване обхващащо 311 пациенти с анална фистула. Разпределени по пол: мъже - 239 (76,8%); жени - 72 (23,2%). Приложени са съвременни методи за оперативно лечение на аналните фистули самостоятелно и в комбинация и са отчетени резултатите от тях по отношение функционално състояние на аналния сфинктерен комплекс и появата на рецидив. Инконтиненцията е по - честа при жените - 16,7% лека степен и 5,6% средна степен срещу 8,8% лека степен и 2,5% средна степен при мъжете и във възрастовата група над 60г - 16,3% лека степен и 7% средна степен. Лечението на подковообразните и транссфинктерните анални фистули е с най - висок процент на постоперативна инконтиненция - 18,5%) и 14,4%. Инкомплетните анални фистули са с най - висок процент на рецидивирание - 8,3% $p = 0,04$

5. **Илиев С.,** Тончев П., Даскалов В., Стойков Д. „Аналната тонометрия в комплексната оценка на функционалното състояние на аналния сфинктерен комплекс при лечението на аналните фистули“ - списание „Военна Медицина“ 2/2012г. – под печат.

Abstract: Prospective study involving 311 patients with anal fistulas: men- 239 (76.8%) women.- 72 (23,2%). Anal tonometry was performed on 140 patients preoperatively and at the first and sixth postoperative months. Relapses and Incontinence were studied preoperatively and on 1st and 6th month after operation, using FISl questionnaire. Modern methods of surgical treatment of anal fistulas were used alone and in combination and their results on functional status of the anal sphincter complex and the occurrence of relapse are discussed.

Results: Decrease in anal resting pressure by an average of 10-15%, pressure in contraction of 20-25% and during cough in 5-10% leads to the development of mild incontinence according FISl. Drop in resting anal pressure by an average of 20-25%, in contraction of 30-40% and in cough 20-25% of registered preoperative values, correlate with moderate degree of incontinence in FISl. Although ligatures method of treatment has lowest recurrence rate of 0.8%, it has also the highest rate of postoperative incontinence -15.9% $p = 005$.

Keywords: Anal fistula, Anal tonometry, Anal incontinence, FISl

Резюме: Проспективно проучване обхващащо 311 пациенти с анална фистула. Разпределени по пол: мъже - 239 (76,8%); жени - 72 (23,2%). При 140 пациенти е извършена предоперативна сфинктеротонометрия и на първия и шестия следоперативни месеци. При всички е попълнена анкетна карта за степен на инконтиненция и рецидив пред и след оперативно на 1-вия и 6-тия месеци.

Приложени са съвременни методи за оперативно лечение на аналните фистули самостоятелно и в комбинация и са отчетени резултатите от тях по отношение функционално състояние на аналния сфинктерен комплекс и появата на рецидив.

Понижаението на аналното налягане в покой средно с 10-15%; при контракция средно с 20-25% и при кашлица средно с 5-10% водят до развитие на лека степен на инконтиненция по FISl. Спадане на аналното налягане в покой средно с 20-25%; при контракция средно с 30-40% и при кашлица средно с 20-25% от регистрираните предоперативно корелират с средна по тежест степен на инконтиненция по FISl.

С най - нисък процент рецидиви е лигатурния метод - 0,8%, но отчетената при него постоперативна инконтиненция е най-висока - 15,9% $p = 005$.

Ключови думи: Анални фистули, сфинктерна тонометрия, анална инконтиненция, FISI

Резюмета от участия в научни прояви в чужбина

6. И. Екрем, **С. Илиев**, Д. Стойков. „Роля на контролираната анална дилатация при лечението на хроничната анална фисура” – XIII Национален Конгрес по Хирургия с Международно Участие, 23-27.05.2012 - Истанбул.

SB-88 KRONİK ANAL FİSSÜR TEDAVİSİNDE KONTROLLÜ ANAL DİLATASYONUN YERİ

İSMAİL EKREM, SERGEY İLÜEV, DİMİTAR STOYKOV

PLEVNE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, BULGARİSTAN

Amaç:

Bu çalışmamızda kronik anal fissürün tedavisinde kontrollü anal dilatasyonun yerini belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Bu prospektif multidisipliner çalışma 2010-2011 yılları arasında, Plevne Üniversitesi Hastanesinde, kronik anal fissürü olan 313 hasta üzerinde yapıldı. Hastalar iki gruba ayrıldı. Grup 1'de kronik anal fissürü olan 158 hastaya anal dilatasyonsuz bir yöntemle tedavi yapıldı. Grup 2'deki 155 hastaya anal dilatasyonlu bir tedavi uygulandı. Nüks kriteri olarak epitelizeasyonun olmaması veya ağrının sebat etmesi esas alındı. İnkontinans kriterleri, Fecal Incontinence Severity Index (FISI) tarafından önerilen ankete göre belirlendi. Anket, ameliyat sonrası bir ve altıncı ayda yapıldı. Sonuçların değerlendirilmesinde SPSS 12.0.1 programı kullanıldı. $p < 0.05$ değeri üzerindeki sonuçlar anlamlı kabul edildi.

Bulgular:

Dilatasyonsuz tedavi olan hastalarda postop birinci ayda 75 hastada (%47,5) inkontinans ve 67 hastada (%42,5) nüks tesbit edildi. Altıncı ayda ise 2 hastada (%1,3) inkontinans ve 1 hastada (%0,6) nüks görüldü. Dilatasyonlu tedavi grubunda ise birinci ayda 46 hastada (%29,7) inkontinans ve 34 hastada (%21,4) nüks belirlendi. Altıncı ayda ise 17 hastada (%11,2) inkontinans ve 4 hastada (%2,5) nüks görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Düşük nüks ve inkontinans oranına sahip kontrollü anal dilatasyon, kronik anal fissürün tedavisinde kullanılabilir.

Резюмета от участия в научни прояви в България

7. **Илиев С.**, Бояджиев Б., Пресолски И., Грозев В., Тончев П., Ковачев Л. - “Аноректалнаманометрия при пациенти с комплексни анални фистули, лекувани с фибриново лепило” –Юбилейна X Национална Конференция по Колопроктология с международно участие, Варна, 4-6. Октомври 2007г.

Abstract

Purpose: To establish and compare anorectal manometry values of anal canal pressure at rest and at squeezed anal sphincter taken preoperatively and after the treatment with fibrin glue in patients with anal fistulas.

Methods: A prospective study was carried out for a period of two years (2006 -2007) which included eight patients (males-2 ; females-6) with recurring complex anal fistulas. History of dis ease ranged from 3 to 5 years. In two patients the internal opening of the fistula was not found. We used five channel balloon catheter for dynamic measurement of anal sphincter tone. Measurements were taken preoperatively and after the first postoperative month. We injected the fistula tracts with commercial fibrin glue „Tissucol” by Baxter, under spinal anesthesia. Follow up was done at first week ,1st, 6th and 12th months

Results and discussions: The successful closure of fistula tract was registered in seven patients (75%). In two patients the fistula relapsed after first month of the treatment. Pre-operative registered anal canal pressure values at rest were as follows:

vi) At the level of subcutaneous sphincter: 20-80 cm H₂O

vii) At the level of superficial sphincter: 40-90 cm H₂O

viii) At the level of internal sphincter: 60-90 cm H₂O

ix) At the level of Puborectal muscle: 40-70 cm H₂O

x) Intra-rectal pressure: 15-80 cm H₂O

Pre-operative registered anal canal pressure values at voluntary contraction were as follows:

vi) At the level of subcutaneous sphincter: 80-210 cm H₂O

vii) At the level of superficial sphincter: 100-160 cm H₂O

viii) At the level of internal sphincter: 90-150 cm H₂O

ix) At the level of Puborectal muscle: 80-105 cm H₂O

x) Intra-rectal pressure: 45-100 cm H₂O

The postoperative anorectal manometry showed maintained end values of anal canal pressure at rest and a slight increase in values up to 10 cm H₂O at squeezed anal sphincter.

Conclusion: The treatment of complex anal fistulas with fibrin glue is with minimal surgical trauma, retained function of anal sphincter complex and in case of failure there is always a possibility of retreatment with glue or with conventional operative procedure.

Key words: Anorectal manometry, fibrin glue, anal fistulas.

8. **Илиев С.**, Делийски Т., Пресолски И., Илиева А., Тончев П., Ковачев Л.

„Аноректална манометрия при пациенти с анална инконтиненция, при които е извършена пластика на аналния сфинктер и грацилис пластика“ - Юбилейна X Национална Конференция по Колопроктология с международно участие, Варна, 4-6. Октомври 2007г.

Abstract

Purpose: To establish and compare anorectal manometry values of anal canal pressure at rest and at squeezed anal sphincter taken pre-operatively and post-operatively in patients with 3rd degree anal incontinence.

Methods: A prospective study was carried out for a period of two years (2006 - 2007) which included four female patients (between 22-79 years) with 3rd degree anal incontinence. History of disease ranged from 6 months to 22 years.

We used five channel balloon catheter for dynamic measurement of anal incontinence. Measurements were taken preoperatively and after the first postoperative month.

Operative methods used: Reconstruction of anal sphincter (sphincteroplasty); Levatoroplasty combined with intra abdominal fixation of rectum by method of Wells and fixation of uterus by Pollosson - Pellanda method; Levatoroplasty and unilateral gracilis transposition and two staged bilateral gracilis transposition.

Follow up was done at first week, 1st, 6th and 12th months. Results and discussions: An improvement in the sphincter function was seen in all the patients. In two patients continence was attained and in the other two an improvement was seen from 3rd degree to 1st and 2nd degree of incontinence. The last patient after reoperation informed of having partial gas incontinence.

Preoperative registered anal canal pressure values at rest were as follows:

- i) At the level of sub cutaneous sphincter :5 -10 cm H₂O
- ii) At the level of superficial sphincter :6 -12 cm H₂O
- iii) At the level of internal sphincter :5 -10 cm H₂O
- iv) At the level of Puborectal muscle :5-20 cm H₂O
- v) Intra-rectal pressure :3-10 cm H₂O

Preoperative registered anal canal pressure values at voluntary contraction were as follows:

- i) At the level of sub cutaneous sphincter :3 -12 cm H₂O
- ii) At the level of superficial sphincter :6 -15 cm H₂O
- iii) At the level of internal sphincter :5 -20 cm H₂O
- iv) At the level of Puborectal muscle :5-22 cm H₂O
- v) Intrarectal pressure :5-15 cm H₂O

The post-operative anorectal manometry showed marked increase in the outcome values of anal canal pressure at rest and at squeezed anal sphincter correlated with improvement of the sphincter function and decrease in the degree of incontinence.

Conclusion: The treatment of anal incontinence is a complex process which begins pre-operatively and continues postoperatively. Results are recorded based on questionnaires and scoring systems. The digital rectoanal manometry is an objective method for registering recto-anal pressure and fulfills the assessment for effectiveness of treatment.

Key words : Anorectal manometry , anal incontinence, gracilis transposition

9. **Илиев С.,** Пресолски И., Грозев В., Тончев П., Делийски Т. - „Аноректална манометрия при пациенти с анални фисури “ - XI Национална Конференция по Колопроктология с международно участие, Варна, 8-11. Октомври 2009г.

Abstract

Aim: To record preoperative anal canal pressure at rest and at voluntary contraction. To record changes in tonus of anal sphincter after anal fissure treatment.

Material and Methods: Prospective study for period of four years has been done (2006-2009). It included 72 patients with anal fissures-66 women and 6 men. History of disease was between 3-10 years. Fissures were treated by following methods- Sphincterotomy, Fissuroplasty with mucosal flap and lateral open sphincterotomy. For anorectal manometry we used 5-way balloon catheter for dynamic recording of tonus of anal sphincter complex. Measurements were done preoperatively and one month postoperatively. Control examinations were held after one week and after 1, 3 and 12 months.

Results and Discussions: Successful closure of fissure was registered in 68 patients - 90%. In 4 patients recurrence was registered within one month of treatment. Registered anal canal pressure values in rest are: At the level of sub cutaneous sphincter - 20-90 cm H₂O; Superficial sphincter - 40-105 cm H₂O; Deep sphincter - 60-110 cm. H₂O; Puborectal Muscle -40-90 cm. H₂O; Intrarectal Pressure -15-100 cm. H₂O

Registered anal canal pressure values at voluntary contraction are: At the level of sub cutaneous sphincter - 80-210 cm. H₂O; Superficial sphincter - 100-160 cm. H₂O; Deep sphincter - 90-150 cm. H₂O; Puborectal Muscle - 85-105 cm. H₂O; Intrarectal Pressure - 45-100 cm. H₂O. Postoperative anorectal manometry in patients without sphincterotomy showed that there is an average increase in anal canal pressure by 10 cm. H₂O at voluntary contraction but pressure at rest remains the same. In contrast, patients with sphincterotomy showed that there is decrease in anal canal

pressure by 20-30 cm. H₂O at rest while values at voluntary contraction remain the same. After 3 months none of the patients complained of anal incontinence.

Conclusions: Preoperative anal sphincteromanometry in patients with anal fissure is of great importance while considering surgical tactics. Interpretation of these results is very helpful in preventing postoperative anal incontinence.

Key words: Anorectal manometry, Chemical sphincterotomy, Lateral sphincterotomy, Anal fissure

10. **Илиев С.**, Пресолски И., Грозев В., Тончев П., Делийски Т. - „Пластично-реконструктивни операции на аналния сфинктерен апарат при пациенти с анална инконтиненция. Роля на сфинктерната манометрия“ - XI Национална Конференция по Колопроктология с международно участие, Варна, 8-11. Октомври 2009г.

Abstract

Objective: To establish preoperative values of anal canal pressure at rest and during voluntary contraction of anal sphincter complex in patients with anal incontinence and to compare with the values recorded after surgical treatment.

Materials and methods: Prospective study for a four-year period from 2006-2009 included 9 patients with IInd and IIIrd degree of anal incontinence. Eight women aged between 22 -79 years and a man aged 62 years was included. Duration of the disease was between 6 months and 22 years. For anorectal manometry we used five channeled balloon catheter for recording the dynamic tone of the anal sphincter complex. Measurements were taken preoperatively and during the first postoperative month. Operative methods undertaken were: Reconstruction of the anal sphincter with auto graft; levatoroplasty and reconstruction of sphincter combined with intraabdominal fixation of rectum by Wells method and fixation of the uterus by Polloson-Pellanda method; levatoroplasty and unilateral Gracilis muscle pasty and two staged bilateral Gracilis plasty. Alloplastic reconstruction of the pelvic diaphragm with septoksen. Control examinations were made in the first week and after 1, 6 and 12 months.

Results and discussion: Improvement in the sphincter function was recorded in all the patients. In six patients full recovery from incontinence was observed and two patients had an improvement from IIIrd stage to IInd and Ist stage of incontinence. The last patient after reoperation reported only partial incontinence of gas.

Preoperative registered values of anal canal pressure at rest were: at the level of subcutaneous sphincter -3-10 cm H₂O; superficial sphincter: 6-12 cm H₂O; deep sphincter: 5-10cm H₂O; puborectal muscle: 5-20 cm H₂O; interrectal pressure: 3-10 cm H₂O;. Registered values of anal canal pressure at voluntary contraction were: subcutaneous sphincter: 3-12 cm H₂O; superficial sphincter: 6 -15 cm H₂O; deep sphincter: 5 - 20 cm H₂O; puborectal muscle: 5-22 cm H₂O; interrectal pressure - 5-15 cm H₂O Postoperative anorectal manometry showed a significant increase in base line pressure within the anal canal at rest and under voluntary contraction, along with an improved sphincter function and decrease in the degree of incontinence.

Conclusions: Treatment of anal incontinence is a complex process that starts before surgical treatment and continues thereafter. Results are reported based on questionnaires and scoring systems. Digital anorectal manometry is an objective method for recording the pressure in the anal canal and complements in evaluation of the effectiveness of treatment.

Key words: anorectal manometry, anal incontinence, gracilis plasty

11. **Илиев С.**, Тончев П., Пресолски И., Грозев В., Филипов Е., Мирочник П., Ристовски И. - „Лечение на аналните фистули, баланс между отличния резултат, рецидива и инконтиненцията“ - XII Национална Конференция по Колопроктология с международно участие, Варна, 29.09-02.10. 2011г.

НАУЧНАТА ДЕЙНОСТ, НЕСВЪРЗАНА С ДОКТОРСКАТА ДИСЕРТАЦИЯ

Списък на публикации, несвързани с докторската дисертация

Публикации в чужди научни списания

12. P. Tonchev, **S. Iliev**, V. Radev, D. Stoikov. FEEDING JEJUNOSTOMY IN COMPLICATED AND EMERGENCY UPPER GASTROINTESTINAL SURGERY. Clinical Nutrition 2012 Suppl p2681

Abstract

Rationale: Indications and route of enteral nutritional support are not very clear in emergency operations or reoperations following major upper GI surgery. Purpose of this study is to compare length of hospital and ICU stay and mortality in such patients receiving parenteral (PN) versus combined enteral + parenteral nutrition (EN+PN).

Methods: The study was performed at University Hospital from 2008-2011. One hundred and one patients included in the study were divided in two groups: (PN) 68 patients received PN and (PN+EN) 33 patients received combined PN +EN via nutritional jejunostomy. Nutritional risk was assessed with ESPEN NRS 2002. Operative risk was assessed via operative part of POSSUM scale.

New index combining NRS 2002 with operative POSSUM scale as a predictor of surgical complications and death was investigated.

Energy goals were set to 25 kcal/kg/day. Caloric and protein intake were calculated. "Energy deficit" was calculated in 3, 6, 9 day.

Mortality rate, length of ICU and hospital stay, severity of operation measured with POSSUM operative scale, energy provided, energy deficit at 3,6,9 day, complications of nutritional support were compared in both groups by Student T test, Fisher exact test, Chi squared, Kaplan Maier survival plots, ROC curves etc.

Results: Mortality rate was 38% (PN) versus 18% (PN+EN) ($p = 0.067$). In patients accumulated more than 9000 kcal deficit on 9 day mortality rate was 44% (PN) versus 8% (PN+EN) ($p < 0.05$). Patients with pneumonia, sepsis, peritonitis were with better survival in PN+EN group. The survival rate after 20 day of treatment was higher in ON+ EN group ($p < 0.05$).

Conclusion: Enteral nutrition improves survival in the patients with complications of major surgery of upper GI tract, It reduces length of ICU stay. This study demonstrates that in case of inadequate nutritional intake EN possess a protective function.

13. **Iliev S.**, Tonchev P., Presolski I., Stoykov D., Filipov E., Ekrem I., Nedyalkov K., Valcheva A., Nguen D. „Changes in the values of the anal pressure at different anatomical levels after application of elastic ligature in patients with anal fistula. Study on 311 patients.“ - Под печат в Турция

Abstract:

Aim: To measure with specially developed apparatus anal and intrarectal pressure before and after different operations for perianal fistulas, and to correlate degree of incontinence evaluated by FISI with changes in measured pressures and type of operation used.

Methods: 311 patients with perianal fistulas were operated with several operative methods. Pressures of anal canal at 5 different levels were measured by the specially developed apparatus at rest, squeezing and cough, before and after 6 months of operation. FISI form was used for detection of incontinence. Appropriate statistical methods were used.

Results. Resting, squeezing and cough pressures were higher in men before and after operations. The reduction in anal rest pressure by an average of 10-15%; at contraction by an average of 20-25% and at cough by an average of 5-10% leads to the development of mild incontinence by FISI. Drop in the rest anal pressure by an average of 20-25%, at contraction by an average of 30-40% and at cough by an average of 20-25%, correlate with postoperative moderate degree of incontinence by FISI, in our survey. Severe incontinence by FISI, in our study, are not registered. Method of Hippocrates-Thoma-Junescu has the highest percentage of postoperative incontinence - 15.9%- mild degree and 4.3% moderate degree by FISI. Severe degree of incontinence is not registered in our study.

Conclusion: Method of anal sphincterotomy demonstrates significant drop of anal pressure after operations treating anal fistulas. This objective decrease of anal sphincter tone correlates well with higher FISI scores showing postoperative incontinence. Method of elastic ligation (of Hippocrates-Thoma-Junescu) of perianal fistulas has highest rate of incontinence (around 20%) and causes highest drop of anal pressure.

14. **Iliev S.**; Presolski I.; Tonchev P., Stojkov D.; Filipov E.; Ekrem I.; Marinova P.; Nedyalkov K., Valcheva A., Nguen D. „Open lateral sphincterotomy – method of choice in treatment of chronic anal fissure. Indication and results.“ - Под печат в Турция

Abstract:

Aim: The key towards the treatment of chronic anal fissures is the reduction of the abnormal values of anal rest 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 OLS as a method for treatment of chronic anal fissure requires careful selection of patients. It is not recommended for patients with risk of incontinence like those with previous birth trauma, age beyond 60 years, previous ano-rectal operations, neurological diseases and low values in rest anal pressure.
Key words: Internal lateral Open Sphincterotomy, Chronic anal fissure, anal incontinence

Публикации в научни списания в България

15. Ковачев Л., Ив. Пресолски, **С. Илиев** и съавт., "Характеристика на перитонита при коремна травма.", Спешна мед., 1996, 1, 13-15.

Summary

Over the period 1985 through 1994, a total of 207 patients with abdominal trauma are admitted to the Chair of Propedeutics of Surgical Diseases. Of them 175 present non-penetrating, and 32 — penetrating wounds. Isolated abdominal injury is present in 107 patients, and traumatic peritonitis — in twenty-five. All patients are operated within six hours. Five of the patients with postoperative complications die as a result of associated traumatic lesions. Laparotomy is performed in all patients and in three of them it is preceded by laparocentesis. The treatment protocol includes abdominal cavity drainage, closed and controlled peritoneal lavage through laparostoma which is a method routinely used in the Chair ever since 1988.

Key Words: PERITONITIS, ABDOMINAL TRAUMA, DIAGNOSTIC PERITONEAL LAVAGE

Резюме

За периода 1985-1994 г. в Катедрата по пропедевтика на хирургическите болести са постъпили 207 болни с коремна травма. От тях със закрита са били 175, а с проникващи наранявания са 32. С изолирана коремна травма са били 107 болни. Болните с травматичен перитонит са 25. Всички са оперирани до 6-ия час. Починали са 5 от постоператив-ни усложнения вследствие, на допълнителни травми увреди. При всички болни е извършена лапаротомия, като при трима тя е предхождана от лапароцентеза. При лечението е използвано дрениране на коремната кухина, закрит перитонеален лаваж и дирижиран перитонеален ла-важ чрез лапаростома, който се прилага в катедрата като рутинна методика от 1988 г.

Ключови думи: ПЕРИТОНИТ, КОРЕМНА ТРАВМА, ДИАГНОСТИЧЕН ПЕРИТОНЕАЛЕН ЛАВАЖ

16. Ковачев Л., В. Грозев, **С. Илиев**, "Неотложни реоперации в хирургията на гастро-интестиналния тракт.", Хирургия, 1997, 5, 22-25.

Резюме

На ретроспективен анализ са подложени данните от лечението на 28 болни, претърпели реоперации, което представлява 1,3 % от общия брой коремни операции в катедрата за периода 1990 - 1995 г. При 19 от тях първичните оперативни интервенции са били спешни. Пак при 19 болни усложненията са били от възпалителен характер. Общо са извършени 31 операции с леталитет 36 % (10 болни). Многоорганна недостатъчност са развили 5 от тях (средна възраст 39 години). Останалите болни, умрели от септични усложнения, са били със средна възраст 76 години. Подходът при вътрекоремните следоперативни усложнения се влияе от опита на хирурга, материалното оборудване и възприетия алгоритъм на поведение.

Ключови думи: РЕОПЕРАЦИИ, МНОГООРГАННА НЕДОСТАТЪЧНОСТ, СЛЕДОПЕРАТИВНИ УСЛОЖНЕНИЯ

Summary

Data concerning the therapeutic approach in a series of 28 patients, representing 1.3 per cent of the total number of abdominal operations performed in the Chair of Propedeutics of Surgical Diseases over the period 1990 - 1995, are retrospectively analyzed. In 19 of them primary operative interventions are done on an emergency basis. In further 19 cases the complications have inflammatory character. A total of 31 operations are done with lethality amounting to 36 per cent (10 patients). Multiorgan insufficiency develops in five of them (mean age 39 years). The remainder, dying of septic complications, are with mean age 76 years. The successful treatment of intraabdominal postoperative complications is largely dependent on the surgeon's experience and skills, material equipment and facilities available and on the algorithm of the therapeutic approach adopted.

Key Words: REOPERATIONS, MULTIORGANIC INSUFFICIENCY, POSTOPERATIVE COMPLICATIONS

17. Цветков Ив., Л. Ковачев, **С. Илиев**, П. Тончев, "Интраоперативен лаваж и първична анастомоза в условията на спешност при дебелочревна непроходимост.", Хирургия, 1997, 6, 63-65.

Резюме: Първите публикации за антеграден интраоперативен лаваж и първична анастомоза при дебелочревна непроходимост са от 1980г. Предложената от Ратклиф и Дъдли техника бе въведена в практиката и от други автори със задоволителни резултати. Споровете в литературата са относно условията на спешност и в кои случаи първичната анастомоза е за предпочитане пред операцията на Хартман.

Материали и методи: Проспективно проучване обхващащо 10 пациенти от мъжки пол, оперирани в клиниката по спешност за левостранна дебелочревна непроходимост в периода март 1996 - март 1997г., разделени в две групи. I-ва група от трима болни с бенигна обструкция - волвулус на сигмата и 7 болни с карцином на сигма - ректум при които извършихме лаваж с първична анастомоза.

2-ра група от трима болни с бенигна обструкция - волвулус на сигма и 9 болни с карцином на сигма - ректум при които е извършена операция на Хартман.

Резултати и обсъждане: В първата група отчетохме две инсуфициенции при бенигна и малигна обструкция, като и в двата случая анастомозите бяха латеро-латерални, а пациентите с начален стеркорален перитонит. Регистрирахме още две усложнения - абсцес на коремна стена между перитонеума и задната фасция на ректус абдоминис и супорация на оперативната рана.

Във втората група отчетохме две супурации на оперативната рана илеус вследствие тънкочревна инкарцерация и в четвъртия случай бронхопневмония с мацерация около stomata. Няма починали болни.

Екзактният интраоперативен лаваж и видът на анастомозата са от съществено значение за избягване на следоперативните усложнения.

Ключови думи: първична анастомоза; операция на Хартман; интраоперативен чревен лаваж.

18.Л. Ковачев, И.Пресолски, П.Филипов, В.Грозев, **С.Илиев.**”Спешна хирургия в напреднала и старческа възраст.” Спешна медицина, 1999, 1, 34-37.

Резюме

На ретроспективен анализ са подложени резултатите от лечението на 652 болни на възраст над 70 год., лекувани за периода 1993-1997 г. Най-висок както общ, така и оперативен леталитет е регистриран при следните заболявания: остра мезентериална непроходимост, илеус, гастро-интестинални кръвоизливи, перфорирала стомашно-дуоденална язва, остър холецистит и заклещени хернии на коремната стена. Общият леталитет на оперираните по спешност е 19.4%, докато при оперираните в планов порядък той е 3.7%. Общият леталитет на приетите по спешност е 9.8%. Нулева е смъртността при оперираните с остър апендицит и остър холецистит. Статистически недостоверни са разликите относно леталитета при острия холецистит, кръвоизливите и заклещените хернии, където той е вариал от 4.8 до 6.5%. Висока е смъртността при оперираните болни с илеус и кръвоизливи. Оценката на механизмите, обуславящи получените резултати, е затруднена от влиянието на много фактори от медицинско и немедицинско естество. Налице е съпоставимост с резултатите от публикациите, третиращи хирургията в тази възрастова група.

Ключови думи: напреднала възраст, спешна хирургия, хирургия и старческа възраст

Summary

The treatment results in a series of 652 patients with age exceeding 70 years, covering the period 1993-1997, are retrospectively analyzed. The highest overall and operative lethality is registered in diseases, such as: acute mesenteric obstruction, ileus, gastrointestinal hemorrhage, perforating gastroduodenal ulcer, acute cholecystitis and incarcerated herniations of the abdominal wall. The overall lethality in those operated on an emergency basis amounts to 19.4 per cent, while in patients subjected to routinely scheduled operation – 3.7 per cent. In patients admitted on an emergency basis the overall lethality is 9.8 per cent. Lethality in cases operated for acute appendicitis and acute cholecystitis is nil. Differences regarding lethality in acute cholecystitis, hemorrhages and incarcerated hernias, varying in the range 4.8 to 6.5 per cent, are statistically insignificant. The lethality in patients operated for ileus and hemorrhages is rather elevated. A number of factors of both medical and nonmedical nature interfere greatly with assessment of the mechanisms conditioning the obtained results. The latter are comparable with literature data on surgery in this particular age group.

Key words: advanced age, emergency surgery, surgery vs old age

19. Ив. Цветков, Ив. Пресолски, **С. Илиев**, Л. Ковачев, П. Филипов, В. Грозев, „Лонгитудинално проучване върху хирургичното лечение при перфорирала стомашна или дуоденална язва“, Спешна Медицина, 1999, 2, 16-18.

Резюме

Перфориралата стомашна или дуоденална язва по честота е на второ място сред заболяванията, които образуват групата на острия хирургичен корем. В материал са разгледани данните от 51 болни, оперирани дефинитивно за перфорирала язва в клиниката за 5-годишен период. Те са сравнени с резултатите от контролна група – 68 болни, при които е извършена само сатура на перфориралата язва. Пациентите са проследени от 6 месеца до 3 години след операцията. Тежестта на заболяването при всички случаи е оценена по скалата на Визик. Изследването показва, че при по-млади болни с анамнеза за язвена болест по-радикалните хирургични методи за лечение на перфорирала стомашна или дуоденална язва са с по-добра прогноза и по-добри далечни резултати.

Ключови думи: дуоденална язва, стомашна язва, перфорирала язва, радикално хирургично лечение

Summary

By incidence rate perforated gastric or duodenal ulcers rank second after diseases assigned under the heading acute abdomen. In the case material are discussed data concerning 51 patients undergoing definitive operation in the clinic for perforated ulcer over a five-year period. A comparative assessment is done with the results in a control group of 68 patients in five of which suture of the perforated ulcer only is performed. The patients undergo follow-up study for period ranging from 6 months to 3 years after the intervention. In all instances the severity of the condition is assayed according to Visik's rating scale. As shown by the results of the study, in younger patients with a previous history of ulcers the radical operative procedures in coping with perforated gastric or duodenal ulcer are associated with a more favourable prognosis and yield better long-term results.

Key words: duodenal ulcer, gastric ulcer, perforated ulcer, radical surgical management

20. Маринова-Сънкова М., **С. Илиев**, Л. Михайлова, Н. Гачева, Б. Стаменов. „Проучване върху честотата и етиологичната структура на инфекциите в мястото на операцията в хирургичните клиники на УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ Плевен, 2004-2006г. Нозокомиални инфекции, 2007;4(2):49-56.

Summary: In spite of the substantial progress in the prevention of surgical site infections (SSIs) due to the antiseptics, modern surgical techniques and use of prophylactic antibiotics, they are still a real risk of surgery and represent a substantial burden for both the patients and healthcare services in terms of morbidity, mortality and economic cost. According to the surveillance data SSIs are one of the most common nosocomial infections with an infection rate of 2-3% to 12-13% depending on the type of surgery being performed and rank only second following the urinary tract infection. We present our results from a retrospective cohort study carried out to assess the frequency and the microbiologic profile of SSIs in surgical departments of an university hospital during a 3-year period (2004 – 2006). Based on the analysis of the data derived from the patient records of 9 779 patients with operations (preliminary “clean” and “clean-contaminated”) a total of 325 SSIs was identified for an overall infection rate of 3,3% (95% CI: 3,0 – 3,7) with a significant increase ($p < 0.001$) in SSI rate for 2006 comparing to the first year of the survey. The prevalence of antibiotic usage among hospitalized patients was found to be 45,6%, 95% CI: 44,7 – 46,5). Gram-negative microorganisms accounted for 70,3% of SSI isolates (400 of 569 bacterial strains isolated), 22,0% (125) of the isolates were Gram-positive agents, 3,50% (20 isolates) were *Candida species* and 1 strain (0,2%) – anaerobes. The most frequently isolated pathogens were: *Escherichia coli*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* u *Staphylococcus aureus* – 20,9%, 16,5%, 12,5% u 10,4%, respectively. The significant Increase of the SSI rate in 2006 (4,9% compared to 2,2% in 2004) appears to be related to an improvement in identification and reporting of the cases due to the targeted training of the IC staff. Highly endemic *Pseudomonas aeruginosa* is unfavorable finding suggesting hygienic problems and, together with high percentage of antibiotic use emphasizes the need for targeted interventions to be implemented within the hospital IC programme.

21. Pencho T. Tonchev, **Sergey D. Iliev**, Ivaylo M. Presolski, Ventsislav T. Grozev, Dimitar J. Stojkov, Borislav C. Ninov „Early enteral nutrition in upper GI emergency surgery –is it safe?“ journal of biomedical and clinical research 2011(4) 2, 104-107.

Summary

The benefits of early enteral nutrition are well known, however a considerable resistance exists in surgical departments to introduce early postoperative enteral feeding.

*The **aim** of this study was to compare the results of early versus late feeding in patients undergoing emergency operations of upper GI tract.*

Material and Methods: *All together 1773 patients were included in the study group: 434 patients in the early feeding group (feeding started before day 3), and 1339 patients in the late feeding group. Mortality, length of hospital and ICU stay, duration of mechanical ventilation and complications were studied.:*

Results *General and gastrointestinal complications showed no statistically significant difference between the two groups, however pneumonia and sepsis were more frequent in the group with late feeding ($p < 0.05$). The hospital stay was longer in the group with late feeding (16.4 vs 11.2 days, $p < 0.05$) as well*

Conclusion: *Early enteral feeding is safe and beneficial for patients with emergency operations of upper gastrointestinal tract.*

Key words: *early enteral nutrition, emergency surgery, postoperative nutrition*

22. Л. Михайлова, Д. Стойков, Б. Стаменов, **С. Илиев**, Ив. Петкова, М. Маринова-Сънкова, Н. Гачева. „Нозокомиални инфекции при пациенти с диабетна полиневропатия: Ретроспективно проучване в УМБАЛ „Д-р Георги Странски“-Плевен, 2007-2009г.“ Нозокомиални инфекции, 2011;8(1-2):83-90.

Summary. Diabetes mellitus (DM) is an increasing challenge for the healthcare system. The rising prevalence of the disease is a global problem, and it is estimated that there will be more than 350 million people with DM worldwide by the year 2025. Diabetic polyneuropathy, one of the most common complications of DM with a prevalence of approximately 30 %, can result in sensory, motor or autonomic dysfunctions. Therefore, foot and ankle surgery is common in DM patients, especially in patients with DM and neuropathy. In addition, peripheral neuropathy (PNP) has been shown to increase the risk of developing a surgical site infection (SSI) in DM patients. We carried out this pilot retrospective study to establish the epidemiologic characteristics of PNP, and to reveal the prevalence and etiology of SSI among patients with diabetic PNP, admitted to surgical wards of the University hospital of Plevan in a 3-year period (2007-2009). As a result of the survey (hospital records of 9 606 patients reviewed and 314 patients with diabetic PNP identified) we conclude that the number of PNP cases increases among patients with longer-term DM and that obesity, especially in women, represent a significant risk factor for PNP complication of DM. In accordance with the results of other similar studies we found a 2-3 fold greater prevalence of SSI among patients with diabetic PNP (9,5-15,3 %) compared to the general patient population treated in the same wards (4,9 %). The etiology of SSI in the patients under study was dominated by Gram (–) bacteria (63 %) with *E. coli* as leading cause (25,3 %, incl. 2,3 % ESBL producing *E. coli*), followed by *S aureus* (10,0 %) and NFGB (9 %). Based on the study it was estimated that the postoperative nosocomial infection in diabetic PNP patients accounted for an increase in the mean length of stay by 5,3 hospital-days and in the mean cost of treatment by BGN 386 per day/per patient.

23.Б. Борисов, В. Тодоров, **С. Илиев**. „Катетаризация на централни вени – алтернативи („ниски“) достъпи“. Нефрология, Диализа и Трансплантация, 2011,3-4:39-44.

Резюме. Докладват се резултатите от използването на "ниските" достъпи за капюли-ране на v. jugularis interna и на v. subclavia при 50 пациенти на хемодиализно лечение. На 16 пациенти са поставени временни катетри, а на 34 - постоянни. Прилагана е локална анестезия. В дясната v. jugularis interna са имплантирани 21/34 постоянни и 13/16 временни катетъра. Честотата на усложненията при катетеризациите е 4%: хематом -1 (2%); лезия на d. thoracicus - 1 (2%). При част от пациентите позицията на централния венозен катетър е верифицирана рентгенологично. Данните показват, че имплантирането на постоянни тунелизирапи катетри с локална анестезия рядко води до усложнения и може да се извършва от нефролог и диализна медицинска сестра.

Ключови думи: централна венозна катетеризация, постоянен съдов катетър, съдов достъп, хемодиализа

Summary. The results of the usage of "low" approaches for cannulation of internal jugular vein and subclavian vein in 50 haemodialysis patients are reported. Temporary catheters are placed in 16 patients, permanent catheters - in 34 patients. In the right internal jugular vein are placed 21/34 permanent (cuffed) and 13/16 temporary catheters. The incidence of complications is 4%: haematoma - 1 (2%); lesion of thoracic duct - 1 (2%). The position of the catheter was proved radiologically in some patients. Our data show, that implantation of permanent tunneled central catheters with local anaesthesia can be carried by nephrologist and specialized dialysis nurse.

Key words: central venous catheterization, permanent catheter, vascular access, haemodialysis

24.С. Томов, Г. Горчев, Ч. Цветков, **С. Илиев**, Д. Гинчева. „Терминологични и класификационни проблеми при лапароскопските хистеректомии“. Акушерство и гинекология 2012, vol. 51, 4: 40-45.

Резюме.

В литературата се срещат голям брой от термини и понятия, които описват лапароскопската хистеректомия. Терминът „лапароскопска хистеректомия“ включва различни операции, при които лапароскопът се използва като помощно средство за хистеректомия. Първите класификации на лапароскопските процедури, свързани с хистеректомия, са предложени от Munro и Parker (1993 г.), Johns и Diamonds (1994 г.) и Garry и кол. (1994 г.). Базирана на тях е класификацията на Американската Асоциация на Гинекологичните Лапароскописти от 2000 г. Reich дефинира основни термини, удобни за клиничната практика. Изработването на подходяща система за класификация, описваща размера на лапароскопската намеса при

хистеректомия, е необходимо условие, за да могат адекватно да се сравняват резултатите от научните изследвания.

Abstract

There is a great variety of terms and concepts describing laparoscopic hysterectomy in scientific

literature. The term "laparoscopic hysterectomy" includes different operations where the laparoscope is used as an aid for a hysterectomy. The first classifications related to hysterectomy laparoscopic procedures were suggested by Munro and Parker (1993) Johns and Diamonds (1994) and Garry et al. (1994). Based on them is the American Association of Gynecologic Laparoscopists (AAGL) classification of 2000. Reich defined basic terms easy to use in clinical practice. The elaboration of a suitable classification system describing the size of laparoscopic intervention in

25. С. Томов, Г. Горчев, Г. Радински, **С. Илиев**. „Лапароскопска хистеректомия – оперативна техника“. Акушерство и гинекология, 2012, vol. 51, 5: 15-20.

Резюме.

Голямо е разнообразието на описаните в литературата оперативни техники на лапароскопска хистеректомия.

Материал и методи. Авторите представят вариант на техниката на лапароскопската хистеректомия, като обобщават своя двегодишен опит (2010-2011 г.). Акцентите са както върху някои особености в инсуфлацията на CO₂ и поставянето на портовете, така и върху определени специфични стъпки в етапите на оперативната интервенция.

Резултати.

Средно оперативно време при отделните видове лапароскопски хистеректомии е разпределено както следва: лапароскопска хистеректомия с лигиране на маточните артерии - $72,96 \pm 14$ min, тотална лапароскопска хистеректомия – $68,80 \pm 15$ min, лапароскопски-асистирана вагинална хистеректомия – $75,82 \pm 18$ min ($p > 0,05$). Няма сигнификантни различия както в средния болничен престой, така и в стойностите на следоперативния хемоглобин и на следоперативния хематокрит на първия ден след операцията. Общият дял на усложненията е 1,4%.

Заклучение.

Представената техника на лапароскопска хистеректомия е сигурна и възпроизводима за общата гинекологична хирургична практика при достатъчно натрупан опит и стриктното съблюдаване на техническите особености в отделните етапи на оперативната процедура.

Ключови думи: лапароскопска хистеректомия, оперативна техника

Abstract

. There is a great variety of operative techniques for laparoscopic hysterectomy described in scientific literature.

Material and Methods.

The authors give variants of the laparoscopic hysterectomy technique summarizing their two-year experience (2010–2011). The emphasis is on some peculiarities in CO₂ insufflation and placing ports as well as on certain specific steps in the operation stages.

Results.

The mean operative time of different types of laparoscopic hysterectomy is distributed as follows: laparoscopic hysterectomy with uterine artery ligation - $72,96 \pm 14$ min, total laparoscopic hysterectomy – $68,80 \pm 15$ min, laparoscopically-assisted vaginal hysterectomy – $75,82 \pm 18$ min ($p > 0,05$). There are no significant

differences in mean hospital stay as well as in postoperative hemoglobin and postoperative hematocrite values on the first day after the operation. The total rate of complications is 1,4%.

Conclusion.

The presented laparoscopic hysterectomy technique is safe and feasible for general gynecological surgical practice as long as sufficient experience has been gained and the technical peculiarities at separate stages of the operation are strictly observed.

Key words: laparoscopic hysterectomy, operative technique

26.С. Томов, Г. Горчев, Ч. Цветков, Л. Танчев, **С. Илиев.** „Лапароскопска хистеректомия – кратка история, честота, показания и противопоказания“. Акушерство и гинекология, 2012, vol. 51, 4: 45-50.

Резюме.

Хистеректомията е най-честата гинекологична операция след цезаровото сечение, а лапароскопският достъп за отстраняване на матката е един от съвременните методи, който бележи тенденция за бавно, но устойчиво нарастване във времето.

По отношение на показанията и противопоказанията за лапароскопска хистеректомия като дискуссионни се очертават следните направления: злокачествените гинекологични тумори, големината на матката и високият индекс на телесна маса. Лапароскопската хистеректомия може да влезе в съображение при първи стадий на ендометриален, цервикален и овариален рак. Ако има съмнения за сарком на матката и е направен лапароскопски достъп, трябва да се извърши конверсия към абдоминална хистеректомия. Затлъстяването и големите матки не са контраиндикация за този минимално-инвазивен достъп. Лапароскопската хистеректомия днес е разумна алтернатива на тоталната абдоминална и вагиналната хистеректомия.

Abstract

Hysterectomy is the most common gynecological operation after Caesarean section and the laparoscopic access to uterus removal is one of the contemporary methods showing slow but steady growth in time. In reference to indications and contraindications for laparoscopic hysterectomy, the following directions emerge as controversial: malignant gynecological tumors, uterus size, and high body mass index. Laparoscopic hysterectomy can be taken into consideration at the first stage of endometrial, cervical and ovarian cancer. If there is doubt about an uterus sarcoma and a laparoscopic access is accomplished, a conversion to abdominal hysterectomy must be done. Obesity and big uteri are not a contraindication for that minimally-invasive access. Today, laparoscopic hysterectomy is a reasonable alternative to total abdominal and vaginal hysterectomy

27. **Илиев С.,** Тончев П., Даскалов В., Стойков Д. „Анална сфинктеротонометрия, видове, регистрирани стойности, приложение, сравнимост на резултатите“ - списание „Военна Медицина“ 4/2011- под печат.

Резюме: *Аналната тонометрия допринася за обективната оценка на функционалното състояние на аналния сфинктерен апарат. Съществува голям набор от методи за отчитане на градиента на налягане генериран от аналния сфинктерен комплекс. Налягането може да бъде измервано едновременно или последователно на различни нива в аналния канал.*

Записващите устройства прилагани в днешно време са: перфузионни катетри, микробалони, катетри тип ръкав, стрейнгейч трансдюсери, амбулаторни апарати. При внимателна стандартизация, всяка една от методиките осигурява задоволителен и сравним метод на отчитане, което позволява валидна сравняемост между различните проучвания.

Сфинктерната тонометрия сама по себе си не е златен стандарт в оценката на функционалното състояние на аналния сфинктерен апарат, но се явява база за преценка при определяне на плана за лечение и резултатите от него.

Ключови думи: Сфинктерна тонометрия; Сфинктерна манометрия; анален сфинктер; ректоинхибиторен рефлекс; анален сфинктерен тонус.

Summary: Anal tonometry contributes to the objective assessment of functional status of the anal sphincter apparatus. There is a wide range of methods to measure the gradient of pressure generated by the anal sphincter complex. Pressure can be measured simultaneously or sequentially at different levels in the anal canal.

Recorders used today are: perfusion catheters, microballoons, sleeve type catheters, strain gage transducers, ambulatory aids. With careful standardization, each of the methods provides satisfactory and comparable method of measurement, which allows valid comparability between different studies. Sphincter tonometry itself is not the gold standard in assessing the functional status of the anal sphincter apparatus, but is the basis for an assessment to determine the treatment plan and outcome.

Keywords: sphincter tonometry, sphincter pressure gauges; anal sphincter; rectoinhibitory reflex; anal sphincter pressure

28. **Sergey D. Iliev**, Dimitar J. Stoykov, Pencho T. Tonchev, Nikolai H. Kolev, Biser K. Borisov, Alexandra I. Vulcheva „AETIOLOGY, CLASSIFICATION AND TREATMENT OUTCOME IN ANAL FISSURES: AN OVERVIEW“, JOURNAL OF BIOMEDICAL AND CLINICAL RESEARCH 2012(5) 1, 13-24.

Summary

Acute anal fissure in a high percentage of cases is associated with increased activity of the internal anal sphincter, which is demonstrated with increased pressure in the anal canal at rest and with impaired recto-anal inhibitory reflex. The increased pressure is mainly in the back part of the anal canal, which is proved by vector manometry. The key for treatment of anal fissures is decreasing of abnormal values of anal pressure at rest. Nearly 90% of acute anal fissures heal with conservative treatment. Only 20-30% of chronic fissures can be treated conservatively. The main choice of specific treatment of chronic anal fissures (ChrAF) is chemical sphincterotomy with local application of nitrates, Ca-antagonists and phosphodiesterase-inhibitors. In case of failure, we use a second-line specific therapy for treatment of ChrAF - local application of Botulinum toxin. If the latter fails, we proceed to third-line specific therapy, i.e. surgical treatment. Surgical treatment of ChrAF is divided into: operative interventions, destructing the entirety of the anal sphincter complex-anal dilation and modifications of the lateral internal sphincterotomy and operative interventions, saving the anal sphincter complex through different types of reconstruction with skin and mucosal flap. Relapse

frequency is between 2 and 16%. Postoperative incontinence is between 11 and 34%. The dilemma is to choose between development of postoperative incontinence, and the excellent result - healing without relapse and continence failure of the anal sphincter complex.

Key words: anal fissure, chemical sphincterotomy, anal dilation, lateral sphincterotomy, anal incontinence

29. **Sergey D. Iliev**, Pencho T. Tonchev, Dimitar J. Stoykov, Nikolaiy H. Kolev, Ivajlo M. Presolski, PolyaMarinova, MayaAnkova, Alexandra I. Vulcheva, Biser K. Borisov. „RESULTS FROM APPLYING ANAL DILATATION IN TREATMENT FOR CHRONIC ANAL FISSURE“, JOURNAL OF BIOMEDICAL AND CLINICAL RESEARCH 2012(5) 1, 48-52.

Summary

Controlled anal dilatation is a widespread method in the complex treatment of chronic anal fissure (CAF). The views of different schools are controversial, and so are the published results. Most colorectal surgeons believe that anal dilatation can be effective in the treatment of anal fissure. If this approach is chosen, the risk of anal incontinence should be explained to the patient. The incidence of incontinence varies widely and depends on the degree of dilatation and associated risk factors: age over 60 years, vaginal birth, previous surgery of the perineum and anus, neurological diseases. In our study, involving 155 patients, who underwent controlled anal dilatation, the rate of relapses was 2.5%, and the cases of mild degree permanent anal incontinence accounted for 11.2% of the cases. This allows us to assume that AD is effective in the treatment of CAF, provided strict criteria are applied in patient selection and preoperative evaluation of the functional status of the anal sphincter complex is made.

Keywords: anal dilatation, anal fissure, anal incontinence

30. Strahil A. Strashilov, Borislav C. Ninov, **Sergei D. Iliev**, Bilyana I. Hristova. „A RARE CASE OF KIRSHNER'S NEEDLE IN THE LIVER AFTER OSTEOSYNTHESIS OF RIGHT HUMERUS“, JOURNAL OF BIOMEDICAL AND CLINICAL RESEARCH 2012(5) 1, 60-63.

Summary

Indirect entry of foreign body in the liver is very rare, with only about 20 cases reported. Most of them result from swallowed sewing needles by elderly women inadvertently with a subsequent migration from the gastrointestinal tract to the liver. We present a rare clinical case of 83- year-old woman with mild abdominal pain in the right subcostal region due to indirect entry into the liver of one of the three Kirshner's needles used for osteosynthesis in the proximal right hum cms, which was not found when they were removed one month after placement. The needle was found in the liver by an overview, target radiography and CT-scan of the abdomen. Mini laparotomy was performed and the foreign body was removed without complications.

Keywords: foreign body, liver, Kirshner's needle

31. Strahil A. Strashilov, Borislav C. Ninov, Yanco V. Parvanov, Hristo I. Marinov, Pencho T. Tonchev, **Sergei D. Iliev**. „A RARE CASE OF RUPTURE OF HEPATIC HYDATID CYST THROUGH DIAPHRAGM IN THE PERICARD“, JOURNAL OF BIOMEDICAL AND CLINICAL RESEARCH 2012(5) 1, 64-67.

Summary

The hydatid disease is one of the most common tape worms disease caused by the larvae of Echinococcus granulosus. Its distribution is endemic, covering different regions of the world. Infections of humans, who are an intermediate host occurs primarily by ingestion of food and water contaminated egg, by the parasite or by direct contact with contaminated dogs. After entering the intestine the larvae repass through the wall of the bowell into the portal blood and lymph vessels, and by them ; each the liver, which is their first barrier. I hus the liver is the most common target organ for the development o." an echinococcal cyst. The lung is the second most commonly affected organ. Almost all other organs are affected, but the overall incidence is about 10%. Involvement of the heart and pericardium is bel-veen 0.5 and 2%-o. We present a rare clinical ease of a 31 -year-old man with symptoms of hydropericardium as a result of If microperforation of an echii . :oecal cyst through the diaphragm into the pericardium. The diagnosis was confirmed by echocardiography, chest X-ray, CT of the abdomen and the chest, and by intraoperative findings. Thoracotomy and (aparotomy were combined with other surgical procedures to treat the condition.

Key words: echinococcosis, tamponade of the heart, hydropericardium

32. **Sergey D. Iliev**, Pencho T. Tonchev, Dimitar J. Stoykov, Ivajlo M. Presolski, PolyaMarinova, Nikolaiy H. Kolev, MayaAnkova, Alexandra I. Vulcheva, Biser K. Borisov. „Hippocrates - Toma Jonescumethodfortreatment of 164 patients with ananal fistule“. JOURNAL OF BIOMEDICAL AND CLINICAL RESEARCH 2012(5) 2, 116-120.

Summary

Surgical treatment of anal fistulae's leads to perianal fibrosis with subsequent disturbance of continence that later require reconstructive surgery. There is no other area in anorectal surgery, in which the risk of inflicting lifelong damages to patients is so high, and results achieved depend so much on the experience of and expertise of surgeons. The study covered a period in 11 years (2001-2011) and included 164 patients with transsphincter and extrasphincter fistulas, treated in the University Hospital-Pleven using the elastic ligature method. The study group was compared with a control group of 147 patients who underwent a different kind of surgical intervention. The analysis of the type of operative techniques applied and subsequent postoperative incontinence showed that applying the method of Hippocrates-Thoma Jonescu resulted in the highest percentage of postoperative incontinence: 15.9% (low degree) and 4.3% (average degree) by FISI ($p=0.003$). When we analyzed the relationship between the type of operative treatment and reported cases of relapse we established that the application of the same method resulted in a lower percentage of relapses reported after the sixth postoperativemonth-0.8%($p=0.005$).

Key words: anal fistulae, elastic ligature, anal incontinence.

33. Pencho T. Tonchev, Vladimir R. Radev, **Sergey.D. Iliev**, Slavejko H. Bogdanov, Radko N. Radev, Dimitar J. Stoikov, Strahil A. Strashilov, Ivajlo P. Rachev, Regina Komsa-Penkova. „A CASE OF ICU TREATMENT OF ANOREXIA WITH BMI<10. CAN WE AFFORD FASTER WEIGHT GAIN?“ JOURNAL OF BIOMEDICAL AND CLINICAL RESEARCH 2012(5) 1, 68-71.

Summary

Treating anorexic patient with BMI<10 is a difficult task. Recommendations for nutrition include prescription of daily calories according a rule- 'starting low and going slow' and a goal for the initial weight gain <1kg /week to prevent a refeeding syndrome. Here we present a patient with BMI=8.8 and severe refeeding syndrome admitted in ICU, with more rapid initial weight gain in 14 days (5kg) under continuous monitoring of vital functions and parameters in ICU. Before transfer to ICU a refeeding syndrome developed with liver dysfunction with cytolysis, severe muscle weakness, encephalopathy and neuropathy, bradycardia, hypotonia. Treatment in ICU was 14 days with parenteral, enteral and oral nutrition, correction of electrolyte disturbances and vitamin deficiencies. Human serum albumin and fresh frozen plasma in moderate amounts in first 10 days were applied. Weight gain for 2 weeks was 5 kg. The electrolytes were balanced, as well as liver tests and vital functions. No signs of edemas and fluid overload were present. The patient was able to sit, stand and walk and was transferred to gastroenterology department for inpatient treatment. After 2 months weight of 45 kg (BMI=15) was achieved. The approach to reach bigger weight gain by providing protein as human serum albumin and fresh frozen plasma plus enteral nutrition, avoiding high carbohydrates has important implications for the safety and efficiency of treatment in severely malnourished patients with anorexia nervosa

Keywords: Anorexia nervosa, Refeeding syndrome, ICU albumin

34. Тончев П., **Илиев С.** „Хранителната ѝеюностома – история, видове, хирургични техники, показания, противопоказания и усложнения“. Клинично Хранене, 1, 2012, 32-37.

Резюме: Предмет на настоящия обзор е хранителната ѝеюностома и нейното място в палитрата от методи за хранително подпомагане. Значимостта на ѝеюналното хранене се е променяла с напредъка в коремната хирургия, познанията на гастроинтестиналната физиология, нарастването на ролята на хранителната поддръжка, както и наличието на алтернативни методи за покриване на нуждите от течности, електролити, калории и азот.

Материали и методи: Разгледани са основните видове и техники на формирането на хранителна ѝеюностома в исторически план. Изведени са критериите и показанията за прилагането на хранителната ѝеюностома в общото лечение на пациентите в хирургичните звена и клиниките за интензивно лечение, както и противопоказанията и възможните усложнения. Изготвени са съвременни критерии за клинично хранене на тежко болни пациенти след проведено оперативно лечение.

Ключови думи: хранителна ѝеюностома

35. Колев Н., Б. Атанасов, В. Дунев, Р. Коцев, Ф. Ал-Шаргаби, С. Стратев, С. Илиев, П. Тончев. „Сравнително проучване на следоперативните усложнения след стандартна и разширена лимфна дисекция при радикална простатектомия“. Уронет 1,2013,5-11.

РЕЗЮМЕ

Ранното откриване на лимфни метастази е важно за точно стадиране, 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 илиячни и пресакарални 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. Втора група включваше 47 пациенти с висок риск от лимфни метастази и разширена лимфна дисекция. Ретроспективно разглеждахме 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 имахме 2 усложнения (5.9%), в групата с разширена ЛД имахме 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 (2.7 пъти) в сравнение със стандартна ЛД.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: радикална простатектомия, лимфна дисекция, усложнения.

36. Н. Колев, В. Дунев, С. Стратев, Р. Коцев, П. Панайотов, Цв. Генадиев, С. Илиев, П. Тончев. „Парафином на мъжките гениталии - статистически данни“. Уронет 5, 2012, 24-27.

РЕЗЮМЕ

Цел: Да се представят статистически данни за оперираните пациенти с парафином на мъжките гениталии, преминали през Клиниката по урология УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ - Плевен.

Материал и методи: За период от 2005 до август 2011 години през Клиниката по урология УМБАЛ – Плевен са преминали 81 пациенти с парафином на мъжките гениталии. От 81 случая при 74 са събрани и обработени данни от история на заболяването за възраст по време на операцията и по време на инжектирането на чуждата субстанция, семейно положение, образование и месторабота, местожिवее, количество и вид на инжектираната чужда субстанция.

Резултати: От проучените 74 случая средната възраст по време на операцията е 28 години (15 – 46 год.). Средната възраст по време на инжектирането е 25 години (14 – 45 год.). Средно време от инжектирането до операцията е 3 години (1 месец – 20 години). При 71 пациента инжектираното вещество е течен парафин (96%), при 2 – боров вазелин (2.7%) и при 1 пациент – обикновен вазелин (1.3%). Четиридесет и пет от тях са неженени (60.8%), 27 са женени (36.5%) и 2 разведени (2.7%). Инжектираното количество е средно 10.4 мл. (2 – 100 мл.). От 74 пациента само 6 са били лишавани от свобода (8.1%). Петдесет и двама посочват, че сами са си инжектирали чуждата субстанция (70.3%), двадесет и един са инжектирани от приятел (28.4%) и 1 от роднина (1.3%). Тридесет и седем пациента (50%) са безработни, само 4 са висшисти (5.4%), а 12 са ученици (16.2%) по време на инжектирането на чуждата субстанция. Жители на градовете са 47 (63.5%), а на селата – 27 от проучените (46.5%).

Изводи: Първите случаи на инжектирането на чужди субстанции в гениталиите се наблюдават в пубертета, като достигат своя пик в полово зряла възраст. Времето за търсене на лекарска помощ варира в твърде широки граници и зависи от наличните усложнения. Инжектира се предимно течен парафин в средно количество 10.4 мл. преди всичко от самите пациенти. Повечето от наблюдаваните пациенти не са били лишавани от свобода. Съотношението между работещи и безработни е еднакво. Преобладават неженените мъже. Жителите на градовете са повече от тези на селата.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: парафином

37. Н. Колев, В. Дунев, С. Стратев, Р. Коцев, Цв. Генадиев, П. Тончев, **С. Илиев**. „Функционални резултати след пластики по повод парафином на мъжките гениталии“. Уронет 4, 2012, 96-100.

РЕЗЮМЕ

Цел: Да преценим късното анатомичното и функционално възстановяване след различни видове пластични операции по повод парафином на мъжките гениталии.

Материали и методи: За период от 7 години през Клиниката по урология УМБАЛ – Плевен са преминали 81 пациенти с парафином на мъжките гениталии. При 38 от тях е извършена ексцизия на грануломатозната тъкан. При 31 пациенти е извършена двуетапна операция – модифициран Сесил /Райх/. При 4 от случаите с обширна грануломатозна реакция ангажираща пениса и скротума сме използвали свободно кожно ламбо взето от предната повърхност на бедрото. При 8 пациента с грануломатозна реакция ангажираща целия пенис използвахме билатерални скротални ламба.

Резултати: В проучването се включихме 21 пациента. Резултатите показаха индекс за еректилна функция над 23 – след радикално извършена операция няма еректилна дисфункция. Чувствителност на кожата на пениса за вибрации е по-ниска при оперираните с билатерални скротални ламба и модифициран Сесил, което се наблюдава и при чувствителността за допир. По-ниска чувствителност за топло на кожата на пениса се наблюдава при пациентите с билатерални скротални ламба в сравнение с останалите групи. Най-ниска чувствителност за студено имат оперираните с модифициран Сесил. **Изводи:** Късните резултати показват липса на ерек-

ABSTRACT

Objective: To evaluate late anatomical and functional recovery after various types of plastic surgery on the occasion parafinom of the male genitalia. Materials and Methods: Over a period of seven years in the Department of Urology University Hospital - Plevan passed 81 patients with parafinom of male genitalia. In 38 of them performed excision of the granulomatous tissue. In 31 patients we performed a two-stage operation - modified Cecil / Reich /. In 4 cases with extensive granulomatous reaction involving the penis and scrotum have used free skin flap taken from the anterior surface of the thigh. In 8 patients with granulomatous reaction involving the whole penis we used bilateral scrotal flap.

Results: The study included 21 patients. The results showed an index of erectile function over 23. Sensitivity of the skin of the penis of vibration is lower when operated with bilateral scrotal flap and modified Cecil, which was observed in sensitivity to touch. Lower sensitivity to heat of the skin of penis was observed in patients with bilateral scrotal flap compared with other groups. Lowest sensitivity to cold are in modified Cecil group.

Conclusions: Late results show a lack of erectile dysfunction, making unnecessary the application of the questionnaire quality of sexual life in these patients. Patients in all groups showed similar results in terms of sensitivity to various stimuli of glans except the touch sensation in the group with free plastic skin.

38. KYUCHUKOV N., DIMITROVA A., **ILIEV S.**, INKOV I., DOBRICHKOV L., TSVETANOV S. „TRADITIONAL AND INNOVATIVE MANAGEMENT OF PATHOLOGIC NIPPLE DISCHARGE“. MYSURGERY.BG 2012, 2, 2-20.

Abstract

Introduction

Nipple discharge (ND) is the third most common breast complaint following breast mass and mastodynia. ND is distressing to patients due to the fear of possible breast cancer. It occurs when fluid inside the milk ducts is elicited by massage or a spontaneous process. Depending on the presentation and quantity, the discharge can be normal or caused by an underlying pathology. There are seven basic types of ND: milky, multicolored and sticky, purulent, watery, serous, serosanguineous, and sanguineous. The last four are most often caused by underlying breast pathology and require surgical treatment.

Aim

The aim of the present study is to analyze the surgical management of patients with pathologic ND at the Thoracic Surgery Clinic of the Military Medical Academy in Sofia, Bulgaria. The pathologic characteristics and the surgical management are examined.

Methods

A retrospective methodology was employed in order to analyze 102 records of patients presenting with ND, operated from January 2009 to April 2012. For each case, data from the classical triad of diagnostic methods was gathered: anamnestic data indicating the physical examination and history, imaging data from ultrasonography and/or mammography, and data from the cytological examination of ND. In some cases where malignancy was suspected ductal lavage and mammary ductoscopy were also used.

Results

Lastly following each surgical procedure the initial diagnosis was matched with the histological result. Pathologic findings of women with ND revealed solitary papilloma in 26 cases, invasive breast cancer in 3, DCIS in 3, LCIS in 1, fibrocystic disease in 29, papillomatosis in 9, ductal hyperplasia in 19, and finally ductectasia in 12 cases. The preoperative diagnosis was matched with the histological result in 86% of the cases. Regardless of the fact that ND is not a common cause of cancer, clinicians should be proactive about this condition. The evaluation and diagnosis of ND are important for the early detection of carcinoma. Anamnestic, imaging, and cytologic data should continue to be the gold standard for diagnosis, however most ND are the result of a clinically insignificant benign process.

Conclusion

This study reveals that ductal lavage and mammary ductoscopy are innovative techniques that show promise as they are less invasive, nevertheless accurate diagnostic modalities. In all cases of persistent pathological ND, suspicious neoplasm or breast cancer, surgical intervention remains the best treatment modality. When cancer is present surgery still remains the best option, however these early diagnostic modalities may change or reduce the need for radical surgical intervention.

Keywords: *pathologic nipple discharge, papilloma, papillomatosis, fibrocystic disease, ductal hyperplasia, duct ectasia, ductal carcinoma in situ, lobular carcinoma in situ, ultrasonography, mammography, surgery, ductal lavage, ductoscopy*

39. **С. Илиев**, Б. Стаменов, Д. Стойков, Л. Михайлова, М. Маринова-Сънкова, Ив. Петкова. „Хирургични усложнения на нелекуваната диабетна полиневропатия при пациенти на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен Health 2, 2013, 48-50.

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

Болните 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 диабетниците 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 1,9% 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 делът на тези със ЗД тип 2 е значително по-голям както при жените, така и при мъжете. Относителният дял на мъжете, развили симптомокомплекс "диабетно стъпало", е 4 пъти по-голям от този на жените, което се обяснява с по-дълъг прогномален 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-

40. **Sergey D. Iliev**, Lybomir Ts. Beshev, Uiril L. Nedyalkov, Dobromir D. Nguen, Valentina E. Edreva-Besheva, Mariya G. Sredkova, Yuliya M. Belcheva, Emiliya J. Dimitrova. „ETIOLOGY OF DIABETIC FOOT INFECTION IN PATIENT WITH POORLY CONTROLEED DIABETES“. JOURNAL OF BIOMEDICAL AND CLINICAL RESEARCH 2013(6) 1. – под печат.

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.

Material and Methods. 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).

Results. 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* species (7 strains), *Escherichia coli* (7 strains), *Bacteroides* species (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.

Conclusion. 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

41.Д. Вачева, С. Илиев, Б. Стаменов. „КИНЕЗИТЕРАПЕВТИЧНА ПРОГРАМА ПРИ ПАЦИЕНТИ С АНАЛНИ ФИСУРИ” – ХИРУРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ кн. 2/2012.

РЕЗЮМЕ

Въведение: Аналните фисури са често срещано проктологично заболяване, което засяга предимно хора в млада възраст, прекарващи по-голяма част от деня си в седящо положение. Този тип заболяване води до сериозен дискомфорт и влошава качеството на живот и труд на пациентите. Лечението на проблема започва консервативно, но в голям процент от случаите се стига до хирургична интервенция, която може да доведе до нарушение на сфинктерния тонус с временна или постоянна инконтиненция в различна степен.

Целта на настоящото съобщение е да представим примерен кинезитерапевтичен комплекс за подпомагане ефекта от оперативното лечение на анални фисури.

Материал и методика: Изхождайки от оплаквания, които се появяват при пациентите с фисура на ануса е уместно да се състави и приложи в практиката кинезитерапевтичен комплекс за укрепване и повишаване на мускулния тонус в малкия таз при пациенти оперирани по повод проблеми в аналната област.

Основен метод в лечебната тренировка е дозираното повторение на упражнения, но с успех може да се прилагат и изометрични контракции. За засилване на слаби мускули те са в хипертрофичен режим, в бавен темп, на серии, като постепенно се увеличава броят на сериите и общия брой повторения във времето.

Заклучение: При съчетаване на медикаментозна свинктеротомия със системно и ежедневно упражняване може успешно да се предотврати извършването на анална дилатация, да се подпомогне следоперативния период и да се намали риска от поява на инконтиненция и рецидиви. Лечението с физически упражнения е продължителен процес и изисква упоритост, постоянство и воля за постигане на добър резултат.

Ключови думи: анална фисура, кинезитерапия, лечебна тренировка

Публикации в пълен текст в рецензирани научни сборници на научни звена или доклади от научни прояви

42. Л. Ковачев, Р. Колев, П. Филипов, И. Пресолски, В. Грозев, И. Цветков, С. Илиев, М. Михайлов, Р. Панайотова. „Хирургическата тактика, като елемент от лечението на болните с остър панкреатит“, Национална конференция по Хирургия „Остър панкреатит“, Софийско дружество по хирургия, Българско хирургическо дружество, Общинска болница – гр. Сандански, 1995г. 148-150.

В настоящата работа се прави проспективен анализ на хирургичното поведение при болните с първичен остър панкреатит, лекувани в Катедрата по пропедевтика на хирургическите болести, ВМИ - Плевен за периода 1992-1994 г.

Пациенти и методи

От общо 89 преминали болни за оперативно лечение са били индицирани 34 от тях (38 %). Към него се е пристъпвало при симптоми, насочващи към остър хирургичен корем, шок, сепсис, застрашаваща органна недостатъчност или поява на туморна формация в епигастриума.

Интервалът между постъпването и операцията е бил между 1-9 дни (средно 3 дни). Макроскопските изменения в панкреаса, намерени интраоперативно, са посочени на Табл. 1, както и свързаният с тях леталитет.

Табл 1.		
Изменения	Болни	Умрели
Некроза	8	3
некроза с абсцедиране	1	1
хеморагия и некроза	6	2
хеморагия и едем	-	5

едем	9	-
общо:	24	10

При общо постъпилите 89 болни с остър панкреатит (ОП), 44 са били с повече от 2 положителни показателя по Рансон (Табл. 2).

Табл 2.		
Показатели	Болни	Умрели
2	32	-
3-5	8	6
над пет	4	4
общо:	44	10

При операцията, след широко трансверзално прерязване на лигаментум гаст-роколикум, е преценявана локалната тежест на процеса, перитонеалната ексудация и ретроперитонеалната имбиция, състоянието на екстрахепаталните жлъчни пътища и наличието на жлъчни камъни. При отсъствие на демаркация на девитализирани тъкани поведението е било следното: бурсостомия при 18 болни, външен дренаж при 5, промивен лаваж по Бегер при един. При 22 болни е извършено външно дрениране на жлъчката, като при 12 болни, главно посредством трансцистичен дренаж на холедоха, а при 8 посредством холецистостома. Бурсостомия на бурса оменталис е извършвана като циркумференцията на достъпа до панкреаса на прерязаният гастрокolicен лигамент се зашива за ръба на оперативната рана и се поставят тръбни дренажи и марлени ленти в бурса оменталис (1). Под обща анестезия се извършва ревизия през 3 - 4 дни в операционната зала. Индикациите за това са били персистиращо неповлияване и/или влошаване функциите на отделните системи, както и данни за гнойно-некротични задръжки.

Резултати

Хирургичното поведение и леталитетът са отразени на Табл. 3. На Табл. 4 е даден леталитетът при болните с ОП, при които е извършван външен билиарен дренаж, сравнен с тези, при които не е извършван.

Табл 3.		
Хирургично поведение	Болни	Умрели
Бурсостомия	18	7 (33, 8%)
Дренаж	6	3 (50%)
статистически недостоверни		

Табл 4.		
Външен жлъчен дренаж	Болни	Умрели J
да	22	4(18,4%)
не	12	7 (58%)
p < 0.001		

Предимството на външния дренаж е подкрепено с голяма статистическа достоверност. Същевременно статистически че се потвърждава предимството на трансцистичния дренаж или този на Кер пред холецистостомията и обратно. Корелацията между патолого-анатомичните премени в панкреаса и прогнозата по Рансън критериите (4) е изключително висока. Всички болни, завършили летално, са били с висок бал, като леталитетът в тази група е 29.4 %, сравнен с общия леталитет от всички постъпили болни, който е 11.2 %.

Обсъждане

Фактите от литературата сочат, че леталитетът при тежките некротични форми на ОП надминава 20 % (2,6,7). с отсъствие на подобрение в резултатите (2,2. Гака че, никак не е чудно, че и днес лечението на ОП е все още поддържащо /с емпиричен характер. Обстоятелството, че на нашия материал външната билиарна декомпресия благоприятства прогнозата при ОП, идва да подсказва, че една значителна част от преминаващите конкременти остават недиагностицирани. Бурсостомията, макар че не сочи предимство по отношение на дренажните методи, то по отношение на лскалните усложнения предимствата са налице (1). Нашите да»--ни за корелацията с Рансън критериите съвпадат с тези на финландски автори (5). Все още е трудно да се даде отговор, защо при 45 % от локално овладените ОП, заболяването е завършило фатално за болните.

43. Ковачев Л., **С. Илиев**, И. Пресолски, В. Грозев, "Динамика на серумния билирубин и алкална фосфатаза след различни деривации по опвод механична жълтеница.", В "Обтурационен иктер-диагноза и лечение", Съюз на учените в България, 1999, 4-7

Запушването на жлъчните пътища е често срещан проблем в хирургията. Патофизиологичните ефекти на това явление варират в зависимост какъв тип обструкция е налице: пълна, интермитентна, хронична, непълна или сегментна (1). Цел на настоящото проучване е да установи ранната ефективност на някои видове жлъчна деривация при механичен иктер, измервано по динамиката на серумното ниво на директния билирубин (ДБ) и алкалната фосфатаза (АФ).

Материал и методи

Обект на проучване са били 71 рандомизирано подбрани пациенти на средна възраст 62,7 г. (35-85) за периода 1994-1998 г. Заболяванията, довели до появата на механична жълтеница са дадени в табл. 1 От тях са включени 40 болни, представляващи хомогенна група за сравнение на 5 основни типа билио-дигестивни деривации (Табл. 2). В изследването са включени болни, които не са имали следоперативни усложнения и тежки съпътстващи заболявания. Деривиращите операции са извършени при болестни процеси, дадени в табл. 3. Получените лабораторни показатели са усреднявани спрямо дните на проследяване. Средният престой на болните е бил 11,6 дни (9-14). Статистическият анализ е извършен с използването на нулевата хипотеза по метода на Student-Fisher и вариационен анализ.

Резултати

Средните стойности на лабораторните показатели са били както следва. Пред и след оперативно ДБ е даден на табл. 4. На същата таблица в дясно са дадени темповете на снижаване на ДБ. Относно предоперативните му стойности, статистически значими разлики са налице в групите болни, оперирани с ХДА и ХГА, съпоставени с дренирането по Кер ($p < 0,05$). Следоперативно достоверно снижение на същия е налице между групи Кер (ХГА и ХДА) ХГА (съответно $p = 0,05$; $p < 0,01$).

Стойностите на АФ пред и следоперативно, както и темповете на нейното понижаване са дадени на табл. 5. Предоперативно статистическа достоверност е налице само между болните, дренирани по Кер с тези с ХГА ($p<0,01$). Следоперативната динамика на този ензим сочи достоверни различия при болните, дренирани по Кер с тези ХцЕ ($p<0,001$). На табл. 6 е дадено съотношението на ДБ и АФ спрямо техните референтни стойности в следоперативния период.

Обсъждане

Проучвания от подобен характер не бяха намерени в допълнителната литература. Основания за това могат да се търсят в разнообразните фактори, които определят динамиката на екскрецията на билирубина и АФ. През първите дни от билиарното дрениране, жлъчката е с ниско билирубиново и жлъчно-солево съдържание (1). Докато повишаването на АФ е ясен индикатор за жлъчна обструкция, нейното възвръщане към нормата след дезобструкция е изключително вариабилно понякога (2,3).

Направеното проучване показва пропорционално съотношение спрямо нормата в снижаването на ДБ и АФ в следоперативния период. При ХГА и ХЕ е налице изпреварващо снижение на АФ спрямо ДБ. Този факт се обяснява трудно, още повече като се има предвид темповете на снижение на АФ преди и след операцията, където те са по-забавени в сравнение със стойностите на ДБ.

Направеното проучване показва, че дренирането на жлъчката по Кер или с ХДА е по-ефикасно отколкото с ХГА. Относно останалите методи на жлъчно дрениране различията са статистически недостоверни.

44. Ковачев Л, И.Пресолски, В.Грозев, **С.Илиев**, “Хирургически опит от лечението на болни с механична жълтеница.” В “Обтурационен иктер-диагноза и лечение”, Съюз на учените в България, 1999, 4-7, 44-48

Резюме: Жълтеницата, причинена от механична обструкция на жлъчните пътища е пряка заплаха за живота на болните със системните си ефекти на нарушена чернодробна функция. Изборът на лечебни схеми бе разширен с въвеждането на ендоскопски и перкутанни техники не само за диагностика, но и за повлияване на жълтеницата, било като временна, било като трайна мярка. В настоящата статия се анализира хирургическата ни тактика при лечението на тези болни.

Материали и методи: Обект на проучването са 153 последователно постъпили болни с механична жълтеница за периода 1994-1998г. В него са включени болни, които са имали общ билирубин над 50ммол на литър. Оперирани са 117 болни

Резултати: Петдесет и девет пациенти са били със злокачествена обструкция на жлъчните пътища срещу 58 с доброкачествена такава. При 10 пациенти са настъпили общо 12 постоперативни усложнения. Леталитетът при оперираните е 6,8%, като е еднакъв за пациентите с малигнени и бенигнени заболявания. Той е бил последица от холангит, перитонит, чернодробна недостатъчност или бронхопневмония. В нашата серия болни е налице приемлив леталитет и следоперативни усложнения при злокачествените заболявания.

Ключови думи: механичен иктер; холангит; чернодробна недостатъчност; жълтеница

45. Ковачев Л., В. Грозев, **С. Илиев**, И. Пресолски, “Аспекти от профилактиката на хепато-реналния синдром при механичен иктер.” В “Обтурационен иктер-диагноза и лечение”, Съюз на учените в България, 1999, 4-7, 185- 190

Резюме: Връзката между бъбречната дисфункция и обструктивната жълтеница е добре установена. Терминът „хепаторенален синдром“ днес е запазен за болни с чернодробно заболяване, които развиват бъбречна недостатъчност при липса на друга причина за бъбречна увреда. Бъбречната увреда е много честа при наличието на механична жълтеница и достига в някои проучвания до 18%, но средно се среща в около 8% от болните.

Материали и методи: Проучването е ретроспективно за периода 1994-1998г като в него са включени 117 оперирани болни с механична жълтеница на средна възраст 66,2г. Предоперативните стойности на директния билирубин са варирали от 61 – 480ммол на литър.

Резултати: Заболяванията довели до жълтеница са холедохолитиаза – 51; рак на панкреаса – 33; рак на хепатикохолесоха – 12; рак на жлъчния мехур – 6; синдром на Мирици – 5; рак на дисталния холедох – 2; рак на черния дроб – 2; хроничен панкреатит – 1; рак на стомаха – 1; рак на пикочния мехур – 1 пациенти. Съотношението доброкачествени / злокачествени заболявания е 58/59. Извършени са оперативни техники за вътрешен билиарен дренаж.

Най-доброто средство за лечение на хепатореналния синдром е неговото избягване. За това допринасят предоперативното проследяване на лабораторните показатели, хидратирането на болните и своевременното оперативно лечение.

Ключови думи: механичен иктер; хепаторенален синдром; карцином на панкреаса; холедохолитиаза.

46. **С. Илиев**, Л. Ковачев, И. Пресолски, П. Филипов, В. Грозев, П. Тончев, И. Декова, Ц. Райчева, “Нашият опит при лечението на острия холецистит”. “Инфекции на жлъчната система. Хирургическо лечение” под редакцията на проф. Д. Дамянов “ МЕДАРТ – СУБ” 2004г. 43-47.

Резюме: По данни на аутопсионен материал 20% от жените и 8% от мъжете над четиридесет годишна възраст в САЩ имат камъни в жлъчния мехур, което е между 16 и 20 милиона американци. В САЩ се извършват средно около 500 000 операции годишно по повод на жлъчнокаменна болест и нейните усложнения, като 20% от тези операции са поради остър холецистит.

Материали и методи: За пет годишен период в КПХБ към МБАЛ Плевен са лекувани 677 болни с жлъчнокаменна болест и нейните усложнения. Оперативните интервенции са били в спешен или неотложен порядък в първите 48 часа от хоспитализацията или след овладяване на острия момент до края на първата седмица.

Резултати: Извършени са общо 580 оперативни интервенции: конвенционална холецистектомия – 373; холецистектомия с трансцистичен дренаж – 47; холецистектомия, холедохолитотомия, дренаж по Кер – 64; холецистектомия, външен дренаж и лапаростома за ДПЛ – 11; холецистектомия, холедохолитотомия, дренаж по Кер и папилосфинктеропластика – 28; холецистектомия, холедохолитотомия, ХДА – 49; холецистектомия, външен дренаж и дренаж на бурса оменталис – 6; холецистектомия, холедохолитотомия, кистодуодено анастомоза – 2. Извършени са 5 релапаротомии – 0,86%. Починали са 5 пациента – смъртност 0,86%.

Ключови думи: остър холецистит; жлъчнокаменна болест.

47.Л. Ковачев, **С. Илиев**, , И. Пресолски, П. Филипов, В. Грозев, П. Тончев, И. Декова, Ц. Райчева, “Механичен иктер от калкулозен произход – тактика и лечение”. “Инфекции на жлъчната система. Хирургическо лечение” под редакцията на проф. Д. Дамянов “ МЕДАРТ – СУБ” 2004г. 242-246.

Резюме: Конкременти в екстрахепаталните жлъчни пътища се срещат средно в около 20-25% от болните с жлъчнокаменна болест. По данни на Мирици в 70% от случаите калкулозата на жлъчните пътища е множествена и в 30% е единична. По наши данни съотношението е 64% към 36%. Множествените конкременти създават повече проблеми при хирургичното лечение на холедохолитиазата поради възможността за пропускане на някой конкремент при екстракцията им с последващо формиране на резидуална холедохолитиаза. Приблизително 50% от болните с калкулоза на жлъчните пътища са с иктер или са имали предшестващ иктер.

Материали и методи: За периода 1999-2003г. в КПХБ към МБАЛ Плевен са лекувани 677 болни с холелитиаза и нейните усложнения. От тях с калкулоза на екстрахепаталните жлъчни пътища са били 188 пациенти. Механичен иктер е бил налице при 176 от разглежданата група..

Резултати: Причините довели до обструктивна жълтеница са: множествена холедохолитиаза – 113; камък инклавирен в папилата на Фатер – 38; синдром на Мирици – 23; кисти на холедоха – 2. Топографоанатомичното ниво на разположение на обструкцията е било: ниско ниво в ретродуоденалната част на холедоха – 102; средно ниво между дуктус цистикус и дъгата на дуоденума – 51; високо ниво над дуктус цистикус – 23. Извършени са пет релапаротомии. Средният болничен престой е 14,5 дни. Починали са 5 пациента – смъртност 0,86%.

Ключови думи: механичен иктер; синдром на Мирици; холедохолитиаза..

48. **С. Илиев**, Л. Ковачев, И. Пресолски, П. Филипов, В. Грозев, П. Тончев
“Хирургично поведение и тактика при лечението на острия панкреатит”.
“Заболявания на панкреаса. Хирургично лечение” под редакцията на проф.
Д. Дамянов “МЕДАРТ – СУБ” 2004г.125-129.

Резюме: През 1925г. Мойнихан описва острия панкреатит като най-ужасното от всички бедствия засягащо коремните органи, като със това подчертава важността на това заболяване, което продължава да е съпроводено с висока смъртност, продължителна хоспитализация, значителна инвалидизация и не на последно място – висока себестойност на лечението.

Материали и методи: За седем годишен период – 1997-2003г. в КПХБ към МБАЛ Плевен са лекувани 321 болни с диагноза остър панкреатит. При 117 от тях е установена билиарна генеза на възпалителния процес. Съотношението мъже жени е 1,6:1. За оценка на тежестта на заболяването е прилагана скалата на Ranson.

Резултати: Според скалата на Ranson 252 от разглежданата група са с коефициент под 3; 55 са с коефициент между 3 и 5 и 14 са с коефициент 5 и над 5. При 281 пациенти не се е наложило оперативно лечение. Оперирани са 40 пациенти: 10 до третото денонощие; 21 между първата и втората седмица; 9 след отзвучаване на клиничната симптоматика. При 26 от оперираните болни е установена билиарна генеза на заболяването. При 14 не е установен патологичен процес засягащ жлъчната система. Починали са 6 от оперираните болни: трима до 36-я час от хоспитализацията; 3-ма съответно на седмото, 12 и 20 денонощие от хоспитализацията. Всички с летален изход са с критерии по Ranson над 5.

Ключови думи: остър панкреатит; скала на Ranson; билиарен панкреатит

49. Л. Ковачев, П. Тончев, **С. Илиев**, И. Пресолски, В. Грозев, Р. Колев,
“Хирургично лечение на хроничния алкохолен панкреатит”. “Заболявания на панкреаса. Хирургично лечение” под редакцията на проф. Д. Дамянов “МЕДАРТ – СУБ” 2004г. 211-216.

Резюме: Хроничният панкреатит е клинично състояние, което включва повтаряща се или персистираща коремна болка и наличие на екзокринна и ендокринна панкреасна недостатъчност. В САЩ и развитите страни 60-90% от хроничните панкреатити са с алкохолна генеза. За тяхната поява е необходима ежедневна консумация на 80г алкохол в продължение на минимум 6 -12 години. Но само около 10% от индивидите с такава консумация развиват хроничен панкреатит.

Материали и методи: Оперативните процедури при лечението на хроничния алкохолен панкреатит, които сме приложили сме разделили в три групи:

1. Ампуларни процедури;
2. Дрениране на каналчестите структури;
3. Резекционни процедури

Резултати и обсъждане: Главната задача на оперативното лечение е да намали болката. Второстепенната задача е да съхрани максимално ендокринната и екзокринната функции на панкреаса.

Латералатералната панкреатикоеюностомия сме приложили при двама пациенти с хроничен алкохолен панкреатит.

Дистална резекция на панкреаса с вирсунгоиеюноанастомози сме извършили при двама болни.

Пилорозапазваща проксимална резекция на панкреаса е извършена при 1 пациент с 10 годишна давност на заболяването.

При трима пациенти с киста на главата на панкреаса е извършена трансдуоденална кисто-дуоденостомия с диаметър на съустиято 1,5-2см.

Пациентите са проследени за срок от 5 години.

Ключови думи: хроничен панкреатит; алкохолен панкреатит; кисти на панкреаса.

50. **С. Илиев**, Л. Ковачев, П. Филипов, И. Пресолски, В. Грозев, , П. Тончев, П. Ганев, И. Декова “ Остри деструктивни холецистити – хирургическа тактика и антибактериална терапия”. “Антибактериална терапия на хирургическите инфекции” под редакцията на Д. Дамянов, Плевен 2005г., 154-160.

Резюме: Възпалителните заболявания на жлъчния мехур и жлъчните пътища са едни от най-често срещаните в хирургичната практика. Не рядко те еволюират до тежки гнойно-деструктивни холецистити, субхепатални абсцеси, холангиохепатити и други септични усложнения, особено при пациенти в напреднала възраст или такива със съпътстващи системни заболявания. Прецизираната хирургическа тактика и съобразената антибактериална терапия са от съществено значение за успеха при лечението на деструктивните форми на острия холецистит и произтичащите от него локални и системни септични усложнения.

Материали и методи: За петгодишен период – 2000-2004г в КПХБ към УМБАЛ Плевен са лекувани 710 болни с жлъчнокаменна болест и нейните усложнения. С остър деструктивен холецистит са били 66 пациенти от разглежданата група.

Резултати и обсъждане: Ултрасонографски данни за деструктивен холецистит и субхепатален абсцес са установени при 47 пациенти. Приостаналите 19 диагнозата е била поставена интраоперативно. Десет от пациентите с деструктивни форми на остър холецистит са във възрастовата граница между 40 и 50 години; 24 между 50 и 60 годишна възраст; 16 между 60 и 70г; 14 между 70 и 80г и 2 над 80 годишна възраст. При 19 пациенти е извършена лапаростома за ДПЛ, като са извършени средно между 2 и 4 перитонеални лаважа през 48 часови интервали.

Изолирани са 78 бактериални щамове принадлежащи към 12 бактериални вида. Съотношението Грам отрицателни към Грам положителни е 74% към 24,3%.

Извършени са 2 релапаротомии, едната в ранния следоперативен период поради масивна постоперативна хеморагия и една на 10-тия постоперативен ден поради формиране на билом.

Починали са двама болни - леталитет 3% Среден болничен престой 17,8 дни.

Ключови думи: деструктивен холецистит; субхепатален абсцес; остър холецистит

51. **С. Илиев**, Л. Ковачев, П. Филипов, И. Пресолски, В. Грозев, , П. Тончев, П. Ганев, И. Декова "Микробиологични и хирургични аспекти при лечението на гангрена на Фурние". "Антибактериална терапия на хирургическите инфекции" под редакцията на Д. Дамянов, Плевен 2005г., 189-195.

Резюме: Гангрена на Фурние е рядко срещано, но тежко протичащо заболяване характеризиращо се с некроза на рехавата съединителна тъкан в областта на перинеума и гениталиите, причинена от синергична полимикробна инфекция представена от аеробни и анаеробни микроорганизми, които нормално присъстват в дисталния ректум и перинеума. Некрозата е следствие от тромбоза на малките подкожни кръвоносни съдове, причинена от разпространението на патогенните микроорганизми в рехавата съединителна тъкан. Причините за възникването и са травми или инфекции в областта на перинеума и гениталиите, най-често в комбинация със системни коморбидни заболявания.

Материали и методи: За десет годишен период – 1995-2004г в КПХБ към УМБАЛ Плевен са лекувани 276 болни с остър парапроктит. Осемнадесет от тях са били с гангрена на Фурние. Съотношението мъже към жени е 5:1.

Резултати и обсъждане: Пациентите са постъпвали в клиниката с картина на интоксикация, фебрилитет 39-40 градуса по целзий с втрисания, висока левкоцитоза до 40×10^9 на литър. При 12 болни от разглежданата група е установен като съпътстващо заболяване захарен диабет.

Оперативната интервенция е включвала широкиинцизии в пелвиоректалното пространство, параингвинално, супрапубично и на коремната стена с щателен дебридман до здраво, лаваж с кислородна вода и разтвор на бетадин и дренаж. При двама е извършено прекъсване на чревния пасаж с двуцевна стома. След саниране във фазата на гранулации са извършени различни по обем свободни и несвободни кожни пластики.

Изолираната бактериална флора е представена от 57 бактериални щама принадлежащи към 10 бактериални вида.

Средният болничен престой е 24,8 дни. Няма починали болни.

Ключови думи: гангрена на Фурние; остър парапроктит; аноректален абсцес

52. В. Попов, **С. Илиев**, Л. Ковачев, П. Филипов, И. Пресолски, В. Грозев, , П. Тончев, П. Ганев, И. Декова “ Диабетното ходило – комплексно лечение”.
”Антибактериална терапия на хирургическите инфекции” под редакцията на Д. Дамянов, Плевен 2005г., 195-199.

Резюме: Захарният диабет е на трето място по честота от социално значимите заболявания в икономически развитите страни след болестите на сърдечно-съдовата система и травматизма. В доинсулиновата ера смъртността от захарен диабет е била 80%, като основната причина за смърт е била диабетната кома, хипо или хипергликемична. Късните усложнения на диабета са били редки, поради високия процент смъртност в ранните етапи от развитие на болеста. След въвеждане на инсулинолечението смъртността причинена от кома значително е намаляла, но се е увеличил процента на късните усложнения на болестта, респективно се е увеличил и процента на болните развиващи диабетно ходило.

Материали и методи: За десет годишен период – 1995-2004г в КПХБ към УМБАЛ Плевен са лекувани 317 болни с различни по тежест хирургични усложнения на захарния диабет формирали симптомо комплекса „диабетно ходило”.

Резултати и обсъждане: Пациентите в момента на хоспитализацията са били с декомпенсиран диабет с изразена левкоцитоза и различни по степен инфламаторни промени на долните крайници. При 291 пациенти е извършена различна по обем и вид оперативна интервенция за саниране на гнойно-възпалителния процес. Към ампутации се е пристъпвало след установени девитализиращи промени на 3 от 5-те вида тъкани на крайника. Материал за бактериален растеж и антибиограма е взиман чрез тъканна биопсия по време на хирургичната обработка на възпаления участък.

Изолираната бактериална флора е представена в 763 бактериални щама принадлежащи към 10 бактериални вида.

Извършени са общо 329 оперативни интервенции. Процентът на извършените ампутации на ниво подбедрица и на ниво бедро е 26%.

Починали са 5 болни – смъртност 1,6%.

Средният болничен престой е 28,9 дни.

Ключови думи: диабетно ходило; хирургични усложнения на захарния диабет

53. Р. Н. Радев, Н. П. Манева, Н. А. Маринчев, А. А. Узунатгелова, **С. Д. Илиев**, С. Х. Богданов, К. Л. Александрова, Х. Й Христова. „Максипим^R(Цефепим)“, под редакцията на Проф. Д-р Р. Радев, Плевен 2005, 7-58.

54. Л. Ковачев, П. Тончев, **С. Илиев**, П. Филипов, В. Грозев, И. Пресолски, Р. Колев. „Някои аспекти от хирургическото лечение на ехинокока на черния дроб с десностранна куполна локализация“ – XII Национален Конгрес по Хирургия – Доклади, под редакцията на Проф. Д. Дамянов, 2006, 91-94.

Резюме: Ехинококът на черния дроб продължава да е важен проблем в света и понастоящем, особено в страни с развито животновъдство. Хирургическото лечение на това заболяване е метод на избор. Но въпросите около избора на оптимален достъп и метод остават. Специализираната литература по този проблем съдържа описания на различни инструментални подходи и оперативни методи. Оперативният подход зависи от големината и локализацията на ехинококовата киста и от общото състояние на пациента.

Материали и методи: За периода от 1995-2005г в КПХБ към УМБАЛ Плевен са лекувани 7 болни с десностранна купулна локализация на чернодробен ехинокок. Диагностиката е включвала УЗД и КАТ. Всички болни предоперативно са провели едноседмичен курс с Albendazol.

Резултати и обсъждане: При трима болни е предприет трансторакален достъп, като операцията е завършила с временен външен дренаж. Останалите пациенти са оперирани трансабдоминално със субкостален достъп. След отстраняване на ехинококовата киста и проверка за комуникация с билиарната система е извършен капитонаж. Не се е наложило извършване на хемотрансфузия. Болните са изписани без усложнения и са проследени от 1 до 5 години. Не сме установили рецидив на заболяването. Противопаразитното лечение е продължило и след дехоспитализацията.

Ключови думи: ехинокок на черния дроб; десностранна ехинококова киста

55.Л. Ковачев, **С. Илиев**, П. Тончев, В. Грозев, П. Филипов, И. Пресолски, Р. Колев, К. Бачев. „Чернодробният абсцес като клинична реалност и хирургичен проблем“ – XII Национален Конгрес по Хирургия – Доклади, под редакцията на Проф. Д. Дамянов, 2006, 122-126.

Резюме: Чернодробният абсцес е резултат от микробна инфекция на паренхимата на черния дроб и локална инфилтрация от клетки на възпалението с последващо образуване на гнойна колекция. Модерните образно-изобразителни техники позволиха тези абсцеси да се локализируют точно. Развитието на образно насочените перкутанти аспирации и дренажа на абсцесната кухина значително подобриха резултатите от лечението на това заболяване. Въпреки това регистрираният леталитет е в границите на 10-40%.

Материали и методи: За периода от 1990-2005г в КПХБ към УМБАЛ Плевен са лекувани 9 болни с чернодробен абсцес на средна възраст 60,8г. Проучването не включва пациенти с нагноили паразитарни кисти на черния дроб. Множествена локализация на чернодробни абсцеси е установена при двама от разглежданата група. При двама болни абсцесът е бил рецидивиращ.

Резултати и обсъждане: Извършено е оперативно лечение след провеждане на широкоспектрна антибиотична терапия. При 6 от пациентите е била канюлирана вена гастроепиплоика дакстра за последващо локално антибиотично лечение в басейна на порталната вена.

Изолираната бактериална флора е била представена от Грам отрицателни аероби в 6 от случаите и от Грам положителни аероби в 1 от случаите. Пациентите са изписани клинично здрави без усложнения от проведеното лечение.

Ключови думи: чернодробен абсцес; канюлиране на гастроепиплоична вена

56. Л. Ковачев, **С. Илиев**, П. Тончев, И. Пресолски, В. Грозев, П. Филипов, И. Декова. „Нашият опит от хирургическото лечение на злокачествените заболявания на жлъчните пътища“ – XII Национален Конгрес по Хирургия – Доклади, под редакцията на Проф. Д. Дамянов, 2006, 153-156.

Резюме: Злокачествените заболявания на жлъчните пътища продължават да са трудни, както за диагностика така и за лечение. Трудността за своєвременната диагностика се дължи от една страна на относителната им рядкост, а от друга на безсимптомното им протичане, докато не навлезе в стадия на напреднало заболяване със симптоми на билиарна обструкция.

Материали и методи: За периода от 1995-2005г в КПХБ към УМБАЛ Плевен са лекувани 28 болни със злокачествени заболявания на екстрахепаталните жлъчни пътища. Всички са били хоспитализирани поради изразена механична жълтеница. Диагнозата е поставена въз основа данните от УЗД, КАТ и лабораторни изследвания. Предоперативно не е установен холангит при никой от разглежданата група.

Резултати и обсъждане: Извършено е радикално оперативно лечение при 12 болни. Локализацията на туморния процес е била: папила Фатери – 4; дистален холедох – 1; дистална половина на дуктус хепатикус комунис – 2; проксимална половина на дуктус хепатикус комунис – 4; тумор на Клатскин – 1. Палиативна хирургия е приложена при 16 пациенти, като е включвала различни типове вътрешна деривация на билиарната система.

При палиативно оперираните леталитетът е 0, а средната преживяемост в тази група е 130 дни. При радикално оперираните леталитетът е 8,3%, а средната преживяемост в тази група е 2 години.

Ключови думи: тумори на жлъчните пътища; тумор на Клатскин; механичен иктер

57. **Илиев С.**, П. Тончев, И. Пресолски, П. Филипов, В. Грозев, И. Декова, Л. Ковачев. „Остри деструктивни холецистити – антибактериална терапия и хирургическа тактика“ – XII Национален Конгрес по Хирургия – Доклади, под редакцията на Проф. Д. Дамянов, 2006, 232-236.

Резюме: Необходимо условие за възникване на възпалителни заболявания на жлъчните пътища е наличието на конгенитални аномалии, холелитиаза, вродени или придобити стеснения на жлъчните пътища, билиарна стаза, стомашен хипоацидитет и общи бактериални инфекции и заболявания водещи до понижаване на системния имунитет. Инфекцията достига до жлъчните пътища по лимфогенен, хематогенен и асцендентен път и най-често е вторична.

Материали и методи: Ретроспективно проучване обхващащо периода от 2001-2005г., за който в КПХБ към УМБАЛ Плевен са лекувани 712 болни с жлъчнокаменна болест и нейните усложнения. С деструктивен холецистит са били 68 от разглежданата група. Диагнозата е поставена въз основа на клиничната картина и данните от образната диагностика.

Резултати и обсъждане: При 68 пациенти от разглежданата група е установена клинично и хистологично потвърдена деструктивна форма на остър холецистит. До края на първото денонощие са оперирани 38 пациенти, а останалите до края на третото денонощие.

При 19 от пациентите е оформена лапаростома за ДПЛ. Средният брой ДПЛ е бил между 2 и 4 извършвани през 48 часа.

При 12 пациенти е започнато ранно ентерално хранене през назойеюнална сонда, поставена по време на оперативното лечение.

При пациентите, които не са били на ДПЛ са извършени две релапаротомии.

Средният болничен престой е 17,8 дни. Смъртността в разглежданата група е 3%.

Ключови думи: деструктивен холецистит; ентерално хранене; дирижиран перитонеален лаваж; лапаростома.

58. **Илиев С.,** И. Пресолски, В. Грозев, П. Тончев, П. Филипов, И. Декова, Л. Ковачев. „Синдром на Мирици – диагностичен и терапевтичен проблем“ – XII Национален Конгрес по Хирургия – Доклади, под редакцията на Проф. Д. Дамянов, 2006, 310-314.

Резюме: През 1948г. аржентинският хирург пабло Мирици описва функционален хепатален синдром при иктерични болни дължащ се на камък инклавирани в инфундибулума на жлъчния мехур или дуктус цистикус довел до външна компресия върху общия жлъчен канал. По литературни данни синдрома на Мирици е с малка честота – 0,05 до 2,7%. Съществуват различни класификации на синдрома на Мирици, което води до трудности при сравняване на резултатите.

Материали и методи: Ретроспективно проучване за петгодишен период от 2001-2005г., за който в КПХБ към УМБАЛ Плевен са лекувани 712 болни с жлъчнокаменна болест и нейните усложнения. Синдром на мирици е установен при 7 болни.

Резултати и обсъждане: Диагнозата синдром на Мирици е поставена интраоперативно при седем болни. Според класификацията на Сценденс трима от разглежданата група са първи тип; трима са от втори тип и един пациент е от трети тип синдром на Мирици. При трима болни се установиха единични конкременти, при останалите бе налична холедохолитиаза.

Не сме установили постоперативни усложнения. Средният болничен престой е 14 дни. Няма починали пациенти.

Ключови думи: синдром на Мирици; механичен иктер; класификация на Сценденс

59. **Илиев С.**, Пресолски И., Грозев В., Пол А., Чаудари П., Тончев П., Ковачев Л. „Превенция на хепатореналния синдром при пациенти с механичен иктер“ Следоперативни усложнения в хирургията Медарт СУБ 2008, 564-568.

60. Тончев П., **Илиев С.**, „Хранителната йеюностома –необходимост при тежки и уложнени хирургични интервенции“ Следоперативни усложнения в хирургията Медарт СУБ 2008, 415-419.

61. Маринова П., **Илиев С.**, Тончев П. „Анатомични предпоставки за усложнения по време на лапароскопска холецистектомия“ Лапароскопска / Видеоасистирана торакоскопска или конвенционална хирургия - препоръки, подкрепени с доказателства. МЕДАРТ СУБ 2012, 477-483.

Резюме: Триъгълникът на Кало описан през 1891г представлява тясна зона заемаща площ от 2,5 квадратни сантиметра в която преминават важни анатомични структури в тясно взаимодействие едни с други. Познаването на топографската анатомия в детайли е предпоставка за превенция на ятрогенните усложнения при извършването на лапароскопска холецистектомия.

Материали и методи: Проведено е анатомично проучване върху 25 жлъчночернодробни препарата на човешки кадавари след формалинова фиксация в дисекционните зали на Катедра Анатомия, Хистология и Цитология на МУ Плевен.

Резултати и обсъждане: След прецизно отпрепарирание на дуктус хепатикус кумунис, дуктус цистикус и артерия цистика се направи морфометрия, като се отчете дължината и ширината на посочените структури. Отчетохме значителни вариации в морфометрията на обследваните структури по отношение на ширина и дължина, броя на артерия цистика, разположението и по отношение повърхността на дуктус хепатикус комунис, както и по отношение дължината и вливането на дуктус цистикус в хепатикохоледох. Големият брой на анатомични вариации в триъгълника на Кало е предпоставка за висок процент ятрогенни лезии в тази област.

Ключови думи: триъгълник на Кало; анатомични вариации; артерия цистика; дуктус цистикус; хепатикохоледох; лапароскопска холецистектомия.

Монографии, научни книги, глави от книги

62. **С. Илиев** „Хирургично лечение на острите панкреатити“. „Остър панкреатит“ под редакцията на Проф. д.р В. Александров, София „Артик-2001“ 2005г., 252-275.
63. **С. Илиев** „Клинично хранене при пациенти с остър панкреатит“. „Остър панкреатит“ под редакцията на Проф. д.р В. Александров, София „Артик-2001“ 2005г., 230-249.
64. Р. Радев, Н. Маринчев, **С. Илиев** „Усложнения на острите панкреатити“. „Остър панкреатит“ под редакцията на Проф. д.р В. Александров, София „Артик-2001“ 2005г., 130-145.
65. Р. Радев, В. Александров, Н. Маринчев, **С. Илиев** „ Диференциално-диагностични проблеми при остър панкреатит “. „Остър панкреатит“ под редакцията на Проф. д.р В. Александров, София „Артик-2001“ 2005г., 167-189.

Резюмета от международни научни форуми, публикувани в научни списания или сборници с резюмета на научни прояви

66. Hitkova H., Popova V., **Iliev S.**, Mihailov I. “ANTIMICROBIAL RESISTANCE PATTERNS OF BACTERIAL PATHOGENS IN SURGICAL PATIENTS” - THIRD CONGRESS OF MACEDONIAN MICROBIOLOGISTS with international participation may 17-20. 2006.

Aim: To analyse microbial flora and antimicrobial resistance in surgical patients admitted to the University Hospital-Pleven, Bulgaria.

Material and Methods: Data were collected on patients from the General surgery ward, the Abdominal surgery ward and the Intensive care Unit (ICU) between January - December, 2005. All strains were identified by classical methods and automated system - VITEK2 compact (bio Merieux). Antimicrobial susceptibility was determined by the agar diffusion method according to NCCLS guidelines and VITEK cards.

Results: During the study period a total of 670 strains were detected. The most common pathogens in both surgical wards were *f. coli* (19.5% - 30.5%) and *S. aureus* (16.8 % - 23.6%). In ICU. *A. baumannii* and *f. coli* were isolated in the same frequency (15.9% and 15.5% respectively), followed by *E. [aecalis* (10.3%). The predominant pathogens in surgical wards were more susceptible than those isolated from ICU. In ICU more than 80% of *A. baumannii* strains were resistant to ureidopeni-cillins, aminoglycosides, 3-rd generation cephalosporines, quinolones and carbapenems, and about 28% of *E. coli* were ESBLs producing multiresistant strains.

Conclusion: In conclusion, these resistant data suggest circulation of nosocomial strains in high risk units of our hospital.

67. Popova V., Hitkova H., Popov V., **Iliev S.** “PHENOTYPES OF STAPHYLOCOCCAL RESISTANCE TO MACROLIDES, LINCOSAMIDES AND

STREPTOGRAMIN B IN THE UNIVERSITY PLEVEN, BULGARIA” - THIRD CONGRESS OF MACEDONIAN MICROBIOLOGISTS with international participation may 17-20. 2006.

Introduction: The macrolide, lincosamide and streptogramin (MLS) antibiotics are widely used in the treatment of staphylococcal infections.

Aim: This study aimed to investigate phenotypes of macrolide resistant staphylococci in our area.

Material and Methods: A total of 116 clinical strains of *Staphylococcus aureus* (61 methicillin-resistant and 55 methicillin-susceptible) and 26 coagulase-negative staphylococci (CoNS) were tested. Antimicrobial susceptibility and MLSb resistance phenotypes were determined by using bio Merieux Vitek j Compact Automated system and double disc diffusion D zone test according to the recommendations of NCCLS.

Results: Seventy-four (52.1%) of the strains exhibited resistance to at least one of the MLS antibiotics. Among the 59 erythromycin resistant *S. aureus* strains 43 (72.9%) expressed constitutive MLSb and 16 (27.1%) inducible MLSb phenotype, and no strains showed MS phenotype. The constitutive and inducible MLSb phenotypes were more often found in methicillin-resistant *S. aureus* (68.8% and 19.7% respectively) than in methicillin susceptible strains (1.8% and 7.3% resp.). In CoNS, the inducible MLSb phenotype was more common than the constitutive one (61.5% vs. 30.8 %). MS phenotype was detected in only one CoNS strain. Isolated resistance to lincosamides (L phenotype), was observed in one *S. aureus* and one CoNS strain.

Conclusions: These results suggest that MLS resistance is considerably high among clinical isolates of staphylococci in our hospital. The constitutive MLSb resistance phenotype is prevalent, particularly in MRSA. In contrast, other mechanisms-active efflux and resistance mediated by antibiotic inactivation are very rare.

68. Vulcheva A., Iliev S., Presolsky I., Nedyalkov K., Tomov S. “MESENTERIC FIBROMATOSIS: A RARE CASE OF MOBILE PAINLESS ABDOMINAL MASS” – International Medical Students’ Congress in Novi Sad, Serbia, July 19-22. 2012.

Introduction:

Mesenteric fibromatosis is a rare fibrous tissue benign tumor, often associated with Gardner's syndrome. It can present in a multitude of ways and the only definite treatment is surgical resection.

Aim:

To report a rare clinical case of mesenteric fibromatosis, presenting as a solid mobile mass, in a healthy patient without pain and severe GI symptoms. To describe the objective finding in cases of MF and to acknowledge that MF should be considered in the differential diagnosis in cases with masses with unknown origin in the abdomen.

Material and methodology:

A 33 years-old woman was admitted in the surgical department due to a solid formation in the abdomen, discovered after a prophylactic examination from her GP. She had no clinical symptoms other than rare transitory constipation and significant

weight loss after a severe diet. The objective finding was a palpable formation changing its location according to body position. USD showed a mass in the left hypochondrium with hypoechogenic non-homogenic structure and hyperechogenic regions in it. Laboratory results showed no abnormalities. An exploratory laparotomy was performed and a large small bowel mesenteric mass was found, engaging all the ileum, attached to a duodenal diverticulum and penetrating the cecum. Resection of the engaged bowel was performed.

Results:

Subsequent histology revealed the tumor to be benign fibromatosis and the patient recovered uneventfully.

Conclusion:

Although mesenteric fibromatosis is rare and with non-specific clinical manifestation, it should be taken in mind in the differential diagnosis of tumors of unknown origin in the abdominal cavity.

Key words: mesenteric fibromatosis, abdominal mass

69. И. Екрем, С. Илиев, Д. Стойков. „Резултати от приложението на латерална отворена сфинктеротомия при лечението на хроничната анална фисура” – XIII Национален Конгрес по Хирургия с Международно Участие, 23-27.05.2012 Истанбул.

SB-88 KRONİK ANAL FISSÜR TEDAVİSİNDE KONTROLLÜ ANAL DİLATASYONUN YERİ

İSMAİL EKREM, SERGEY İLİEV, DİMİTAR STOYKOV

PLEVNE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, BULGARİSTAN

Amaç:

Bu çalışmamızda kronik anal fissürün tedavisinde kontrollü anal dilatasyonun yerini belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Bu prospektif multidisipliner çalışma 2010-2011 yılları arasında, Plevne Üniversitesi Hastanesinde, kronik anal fissürü olan 313 hasta üzerinde yapıldı. Hastalar iki gruba ayrıldı. Grup 1’de kronik anal fissürü olan 158 hastaya anal dilatasyonsuz bir yöntemle tedavi yapıldı. Grup 2’deki 155 hastaya anal dilatasyonlu bir tedavi uygulandı. Nüks kriteri olarak epitelizasyonun olmaması veya ağrının sebat etmesi esas alındı. İnkontinans kriterleri, Fecal Incontinence Severity Index (FISI) tarafından önerilen ankete göre belirlendi. Anket, ameliyat sonrası bir ve altıncı ayda yapıldı. Sonuçların değerlendirilmesinde SPSS 12.0.1 programı kullanıldı. p<0.05 değeri üzerindeki sonuçlar anlamlı kabul edildi.

Bulgular:

Dilatasyonsuz tedavi olan hastalarda postop birinci ayda 75 hastada (%47,5) inkontinans ve 67 hastada (%42,5) nüks tesbit edildi. Altıncı ayda ise 2 hastada (%1,3) inkontinans ve 1 hastada (%0,6) nüks görüldü. Dilatasyonlu tedavi grubunda ise birinci ayda 46 hastada (%29,7) inkontinans ve 34 hastada (%21,4) nüks belirlendi. Altıncı ayda ise 17 hastada (%11,2) inkontinans ve 4 hastada (%2,5) nüks görüldü.

Tartışma ve Sonuç:

Düşük nüks ve inkontinans oranına sahip kontrollü anal dilatasyon, kronik anal fissürün tedavisinde kullanılabilir.

III. ДОКУМЕНТИ, СВЪРЗАНИ С НАУЧНАТА АКТИВНОСТ

Списък на резюмета от научни прояви в България, публикувани в непълен размер и без книгопис в списания или сборници

1. Л. Ковачев, И. Пресолски, **С. Илиев**, П. Филипов, В. Грозев, И. Цветков, Р. Колев "Характеристика на перитонита при коремна травма." Дни на спешната хирургия, 12 ÷ 14.10.1995 – Белоградчик
2. Филипов П., Л. Ковачев, **С. Илиев**, И. Пресолски, В. Грозев, И. Цветков, П. Тончев. "Закрити гръдни травми – ролята на диагностичната торакоскопия." Дни на спешната хирургия, 12 ÷ 14.10.1995 – Белоградчик
3. Л. Ковачев, Р. Колев, П. Филипов, И.Пресолски, В. Грозев, И. Цветков, **С. Илиев**, М. Михайлов, Р. Панайотова. „ Проникващи наранявания по материали на Катедрата по Пропедевтика на Хирургическите Болести – ВМИ Плевен за периода 1990-1994г.“, НАЦИОНАЛНА ХИРУРГИЧЕСКА КОНФЕРЕНЦИЯ "ОГНЕСТРЕЛНИ НАРАНЯВАНИЯ" 14-15 април 1995г. Ботевград
4. Л. Ковачев, Р. Колев, П. Филипов, И.Пресолски, В. Грозев, И. Цветков, **С. Илиев**, М. Михайлов, Р. Панайотова. „ Огнестрелни наранявания за периода 1990-1994г. по материали на Катедрата по Пропедевтика на Хирургическите Болести – ВМИ Плевен“, НАЦИОНАЛНА ХИРУРГИЧЕСКА КОНФЕРЕНЦИЯ "ОГНЕСТРЕЛНИ НАРАНЯВАНИЯ" 14-15 април 1995г. Ботевград
5. L. Kovachev, I. Presolski, P. Filipov, V. Grozev, I. Tsvetkov, R. Kolev, **S. Iliev**, P. Tonchev. "Problems with large bowel ileus of carcinomatous nature" IV НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО КОЛО-ПРОКТОЛОГИЯ с международно участие, 29-30 септември 1995г. Варна.
6. Л. Ковачев, В. Грозев, **С. Илиев**, „Неотложни реоперации в хирургията“, Национална Конференция по Хирургия и Анестезиология по проблемите на СЛЕДОПЕРАТИВНИТЕ СЕПТИЧНИ УСЛОЖНЕНИЯ – Велико Търново 6-8 юни 1996г.
7. Л. Ковачев, **С. Илиев**, В. Грозев, П. Филипов, И. Пресолски, И. Цветков, П. Тончев. "Травматични диафрагмални хернии." Дни на спешната хирургия, 12 ÷ 14.10.1997 – Белоградчик
8. Ковачев Л., **С. Илиев**, П. Тончев, И. Пресолски, В. Грозев, П. Филипов, И. Цветков - "Относно лечението на различните форми на остра чревна непроходимост".- Дни на спешната хирургия – 15 ÷ 17.10.1997 - Белоградчик
9. **С. Илиев**, И. Пресолски, В. Грозев, „Електротравми с висок волтаж – реанимационен и хирургичен проблем“, Научна Сесия 23 години ВМИ – Плевен, 16-17 май 1997г.
10. И. Пресолски, **С. Илиев**, И. Михайлов,“ Дерматофибросаркома пермагна париетис абдоминас“, Научна Сесия 23 години ВМИ – Плевен, 16-17 май 1997г.
11. В. Грозев, **С. Илиев**, И. Пресолски, Х. Маринов,“ Кожна пластика при лечението на диабетното ходило“, Научна Сесия 23 години ВМИ – Плевен, 16-17 май 1997г.
12. **С. Илиев**, П. Тончев, И. Пресолски, П. Филипов, Л. Ковачев "Ректорагии довели до операции в спешен порядък ". Национална конференция по колопроктология – Варна 29 ÷ 30.09.1999

13. П. Тончев , **С. Илиев**, Л. Ковачев, В. Грозев, И. Пресолски “Путридни флегмони на тазовото дъно” Национална конференция по колопроктология - Варна 29 ÷ 30.09.1999
14. Л. Ковачев, И. Пресолски, **С. Илиев** „Реоперации и реконструкции по материали на КПХБ при ВМИ - Плевен“, Юбилейна научна сесия 25 години Медицински Университет – Плевен, 9-11. Декември 1999г.
15. Л. Ковачев, П. Тончев, П. Филипов, В. Грозев, И. Пресолски, **С. Илиев** „Лечение на усложнената стомашно-дуоденална язва“, Юбилейна научна сесия 25 години Медицински Университет – Плевен, 9-11. Декември 1999г.
16. Ковачев Л., **Илиев С.**, Тончев П., Пресолски И., Грозев В., Филипов П., Колев Р. “ Проблеми при третирането на закрити травми “ - V Национална конференция дни на спешната хирургия - 3 ÷ 5.10.2001 Велинград
17. Ковачев Л., Тончев П., **Илиев С.**, Пресолски И., Грозев В., Филипов П., Колев Р. “Хирургично поведение при откритите травми”- V Национална конференция дни на спешната хирургия - 3 ÷ 5.10.2001 - Велинград
18. Ковачев Л., Пресолски И., **Илиев С.**, Филипов П., Грозев В., Тончев П., Колев Р. “ Изолирана коремна травма – поведение и резултати” - V Национална конференция дни на спешната хирургия – 3 ÷ 5.10.2001 - Велинград
19. И. Пресолски, В. Грозев, **С. Илиев** – „Кожно-пластични операции при лечението на диабетното ходило“ - XI Национален конгрес по хирургия с международно участие , София, 1÷ 4. 10. 2002
20. Л. Ковачев, **С. Илиев**, И. Пресолски, В. Грозев, П. Филипов, П. Тончев, Р. Колев, ”Нашият опит от лечението на диабетното ходило.”- XI Национален конгрес по хирургия с международно участие , София, 1÷ 4. 10. 2002
21. Л. Ковачев, П. Тончев, И. Пресолски, В. Грозев, П. Филипов, **С. Илиев**, Р. Колев “Нашият опит в лечението на острия панкреатит.” - XI Национален конгрес по хирургия с международно участие , София, 1÷ 4. 10. 2002
22. Л. Ковачев, **С. Илиев**, П. Точев, “Резултати от клиничното проучване на Somatostatin – UCSB при случаи на панкреатични и гастроинтестинални фистули.”- Варна – 6 ÷ 8. 06. 2003
23. **С. Илиев**, Л. Ковачев, П. Тончев, И. Пресолски, В. Грозев, П. Филипов “Путридни флегмони на тазовото дъно – хирургическа тактика.” - Дни на спешната хирургия, Велинград ,8 ÷ 10. 10. 2003
24. **С. Илиев**, Л. Ковачев, И. Пресолски, В. Грозев, П. Филипов, П. Тончев “Ректорагии довели до операции в спешен порядък .“ - Дни на спешната хирургия, Велинград , 8 ÷ 10. 10. 2003
25. **С. Илиев**, Л. Ковачев, И. Пресолски, В. Грозев, П. Филипов, П. Тончев,“Хирургично поведение при лечението на острия панкреатит по материали на КПХБ – МБАЛ - Плевен за периода 1997-2003 г.”- Българска асоциация на хирурзи и гастроентеролози - II Национален конгрес, гр. Сандански, 1 - 3 април 2004г.
26. **С. Илиев**, Л. Ковачев, П. Филипов, П. Тончев, ”Два случая на лечение на панкреатична и тънчочревна фистули със Somatostatin без прекъсване на

- пероралното хранене “ - Българска асоциация на хирурзи и гастроентеролози - II Национален конгрес, гр. Сандански, 1 - 3 април 2004г.
27. Л. Ковачев, **С. Илиев**, П. Филипов, П. Тончев, “Хирургично лечение на хроничният алкохолен панкреатит” - Българска асоциация на хирурзи и гастроентеролози - II Национален конгрес, гр. Сандански, 1 - 3 април 2004г.
 28. **С. Илиев**, П. Тончев, Л. Ковачев, “ Приложение на изкуствено ентерално хранене при усложнени хирургично болни с нарушен пасаж на ниво стомах и дуоденум” – II Конгрес по парентерално и ентерално хранене с международно участие, Боровец, 13 – 15 май 2004г. Постер
 29. **С. Илиев**, Л. Ковачев, И. Пресолски, П. Филипов, В. Грозев, П. Тончев, И. Декова, Ц. Райчева, “Нашият опит при лечението на острия холецистит - КПХБ към МБАЛ – Плевен”- Национална конференция по хирургия – “Инфекции на жлъчната система и тяхното лечение”, гр. Търговище, 03-05. 06. 2004 г.
 30. Л.Ковачев , **С. Илиев**, И. Пресолски, П. Филипов, В. Грозев, П. Тончев, Ц.Райчева, И. Декова, “Механичен иктер от калкулозен произход – тактика и лечение. КПХБ към ВМИ – Плевен”- Национална конференция по хирургия – “Инфекции на жлъчната система и тяхното лечение”, гр. Търговище, 03-05. 06. 2004 г.
 31. **Илиев С.**, И. Пресолски, Л. Ковачев, П. Филипов, В. Грозев, П. Тончев, “Монотерапия с ертапенем (INVANZ) при лечението на гангрената на Фурние - двегодишен опит” – IX Национална Конференция по колопроктология с международно участие, Варна, 06 – 08. 10. 2005г.
 32. Тончев П., **С. Илиев**, И. Декова, П. Филипов, И. Пресолски, Р. Колев, В. Грозев, Л. Ковачев, “Диагностика и лечение на травмите на гръдния кош – 8 годишен опит” - Дни на спешната хирургия, Велинград , 26.10.÷ 28. 10. 2005г.
 33. Тончев П., **С. Илиев**, И. Декова, П. Филипов, И. Пресолски, Р. Колев, В. Грозев, Л. Ковачев, “Нашият опит в неоперативното лечение на травматичните увреди на далак и черен дроб при непроникващи коремни травми” - Дни на спешната хирургия, Велинград , 26.10.÷ 28. 10. 2005г.
 34. **Илиев С.** „Приложение на Plastospray – Actavis при стомирани пациенти“ - Юбилейна X Национална Конференция по Колопроктология с международно участие, Варна, 4-6. Октомври 2007г.
 35. Тончев П., **Илиев С.**, Филипов П., Пресолски И., Колев Р., Грозев В., Декова И., Ковачев Л. – „Хранителна йеюностома – необходимост при тежки и усложнени хирургични интервенции“ – III КОНГРЕС ПО ПАРЕНТЕРАЛНО И ЕНТЕРАЛНО ХРАНЕНО с международно участие, 5-7 юни 2008г, София.
 36. **Илиев С.**, Тончев П., Пресолски И., Ковачев Л. – „Клинично хранене при пациенти с остър панкреатит“ - III КОНГРЕС ПО ПАРЕНТЕРАЛНО И ЕНТЕРАЛНО ХРАНЕНО с международно участие, 5-7 юни 2008г, София.
 37. Тончев П., **Илиев С.**, Стойков Д., Декова И., Страшилов С., Пресолски И., Петков Ю., Радев Р., Манева Н. „Хранителна поддръжка като част от лечението на острия панкреатит“. - IV^{-та} НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО

КЛИНИЧНО ХРАНЕНЕ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ – 1-3 Октомври 2010, Слънчев бряг.

38. Тончев П., **Илиев С.**, Стойков Д., Филипов П., Пресолски И., Колев Р., Грозев В., Декова И., Ковачев Л. „Хранителната йеюностомата при спешни и усложнени хирургични интервенции“. - IV^{та} НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО КЛИНИЧНО ХРАНЕНЕ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ – 1-3 Октомври 2010, Слънчев бряг.
39. **Илиев С.**, Тончев П., Георгиева Г., Измайлков А., Пенкова Р., Пресолски И., Грозев В., Филипов Е. „Лечебно хранене при пациенти с дифузен перитонит“. - IV^{та} НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО КЛИНИЧНО ХРАНЕНЕ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ – 1-3 Октомври 2010, Слънчев бряг.
40. **Илиев С.**, П. Тончев, И. Пресолски, В. Грозев, Е. Филипов, П. Мирочник, Ц. Райчева, И. Ристовски – „Методи за лечение на хроничната анална фисура – осем годишен опит“ - XII Национална Конференция по Колопроктология с международно участие, Варна, 29.09-02.10. 2011г.
41. **Илиев С.**, Тончев П. Пресолски И., Грозев В., Филипов Е., Мирочник П., Райчева Ц., Ристовски И. – „Анална сфинктерна тонометрия. Типове, методи, апаратура, интерпретация на резултатите“ - XII Национална Конференция по Колопроктология с международно участие, Варна, 29.09-02.10. 2011г.
42. Тончев П., **Илиев С.**, Пресолски И., Грозев В., Мирочник П., Филипов П., Филипов Е., Стойков Д., Нинов Б., Ковачев Л. „Безопасност и приложение на ранно хранене при спешна хирургия в горния коремен етаж“. ДЕСЕТА ЮБИЛЕЙНА КОНФЕРЕНЦИЯ „ДНИ НА СПЕШНАТА ХИРУРГИЯ“: 26-28 октомври 2011г. Велинград.
43. Б. Борисов, В. Тодоров, Ст. Линкова, **С. Илиев**. „Профилактика и лечение на инфекциите на тунелизирани катетри“. – VI^{ти} Национален Конгрес по Нефрология, 5-7 октомври 2012. – постер
44. Б. Борисов, В. Тодоров, **С. Илиев**, В. Едрева-Бешева. „Случай на диализно асоцииран перитонит, предизвикан от Kocuriavarians“. – VI^{ти} Национален Конгрес по Нефрология, 5-7 октомври 2012. – постер
45. Б. Борисов, В. Тодоров, **С. Илиев**, В. Едрева-Бешева. „Диализно асоциирани перитонити – диагностика и лечение“. – VI^{ти} Национален Конгрес по Нефрология, 5-7 октомври 2012. – постер
46. P. Tonchev, **S. Iliev**. Combined parenteral and enteral nutrition in complicated and emergency upper gastrointestinal surgery Bulspen 4 kongres Nessebar 2012
47. K.Nedyalkov, N.Kyuchukov, **S.Iliev**, S.Tsvetanov, I.Inkov, A.Dimitrova, L.Gocheva, M.Miteva, D. Nguen. „INFLAMATORY BREST CANCER – PROBLEMS IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS“. 10th INTERNATIONAL MEDICAL SCIENTIFIC CONFERENCE, 17-20 OCTOBER 2012, PLEVEN, BULGARIA.
48. **Iliev S.**, Presolski I., Valcheva A., Stoikov D., Marinova P. „MEDICAL TREATMENT OF THE CHRONIC ANAL FISSURE“. 10-th INTERNATIONAL MEDICAL SCIENTIFIC CONFERENCE, 17-20 OCTOBER 2012, PLEVEN, BULGARIA.

49. Nguen D., Nedyalkov K., Beshev L., **Iliev S.**, Belcheva Y., Dimitrova E., Edreva V. „Microbiology of diabetic foot infection“. 10-th INTERNATIONAL MEDICAL SCIENTIFIC CONFERENCE, 17-20 OCTOBER 2012, PLEVEN, BULGARIA.
50. Ivanov K.T., Dimitrova B.I., Yovkova N.M., Rujdi B.H., Dimitrov G., **Iliev S.**, Tonchev P. „Factors influencing surgical treatment of patients with diabetic foot“. 10-th INTERNATIONAL MEDICAL SCIENTIFIC CONFERENCE, 17-20 OCTOBER 2012, PLEVEN, BULGARIA.
51. Valcheva A., **Iliev S.**, Presolski I., Stoikov D., Marinova P. „Medical treatment of the chronic anal fissure“. The Black Sea Symposium for Young scientists in Biomedicine, September 20-23. 2012. Varna, Bulgaria.
52. Nguen D.D.; Georgieva N.S.; Belcheva Y.; Ivanov C.M.; Najdenova A.I.; Nedyalkov K.; Edreva V.B.; Beshev L.; **Iliev S.** „ASSESSMENT OF ANTIBACTERIAL ACTIVITY OF URINES IN FAVOR TO INTERPRETATION OF THE MICROBIOLOGICAL TESTS“. The Black Sea Symposium for Young Scientists in Biomedicine, 20-23.09.2012 Varna.
53. Radev V., Tonchev P., **Iliev S.**, Stoikov D., Radev R., Bogdanov S., Izmailov A., Komsa-Penkova R. „ICU Treatment of Anorexia with BMI<10< CAN WE Afford Faster Weight Growth?“ 10-th International Medical Scientific Conference for Students and Young Doctors 17-20.10, 2012, Pleven, Bulgaria
54. Tonchev P., **Iliev S.**, Radev V., Stoikov D., Georgieva G., Kovachev L., Ohri S., Izmailov A.I., Komsa-Penkova R. „ Combined enteral and parenteral feeding in complicated and emergency upper gastrointestinal surgery“ 10-th International Medical Scientific Conference for Young Students and Doctors, 17-20.10, Pleven, Bulgaria
55. Strashilov S., Ninov B., Hristova I., **Iliev S.**, Hristov Y., „ A rare case of Kirshners Needle in the Liver after Osteosynthesis of a Right Humerus“ 10-th International Medical Scientific Conference for Students and Young Doctors, 17-20.10, Pleven, Bulgaria

Резюмета от участия в научни прояви в чужбина

56. И. Екрем, **С. Илиев**, Д. Стойков. „Роля на контролираната анална дилатация при лечението на хроничната анална фисура“ – XIII Национален Конгрес по Хирургия с Международно Участие, 23-27.05.2012 - Истамбул.

Резюмета от участия в научни прояви в България

57. **Илиев С.**, Бояджиев Б., Пресолски И., Грозев В., Тончев П., Ковачев Л. - „Аноректална манометрия при пациенти с комплексни анални фистули, лекувани с фибриново лепило“ – Юбилейна X Национална Конференция по Колопроктология с международно участие, Варна, 4-6. Октомври 2007г.
58. **Илиев С.**, Делийски Т., Пресолски И., Илиева А., Тончев П., Ковачев Л. - „Аноректална манометрия при пациенти с анална инконтиненция, при които е извършена пластика на аналния сфинктер и грацилис пластика“ - Юбилейна

X Национална Конференция по Колопроктология с международно участие, Варна, 4-6. Октомври 2007г.

59. **Илиев С.**, Пресолски И., Грозев В., Тончев П., Делийски Т. - „Аноректална манометрия при пациенти с анални фисури “ - XI Национална Конференция по Колопроктология с международно участие, Варна, 8-11. Октомври 2009г.
60. **Илиев С.**, Пресолски И., Грозев В., Тончев П., Делийски Т. - „Пластично-реконструктивни операции на аналния сфинктерен апарат при пациенти с анална инконтиненция. Роля на сфинктерната манометрия“ - XI Национална Конференция по Колопроктология с международно участие, Варна, 8-11. Октомври 2009г.
61. **Илиев С.**, Тончев П., Пресолски И., Грозев В., Филипов Е., Мирочник П., Ристовски И. - „Лечение на аналните фистули, баланс между отличния резултат, рецидива и инконтиненцията“ - XII Национална Конференция по Колопроктология с международно участие, Варна, 29.09-02.10. 2011г.