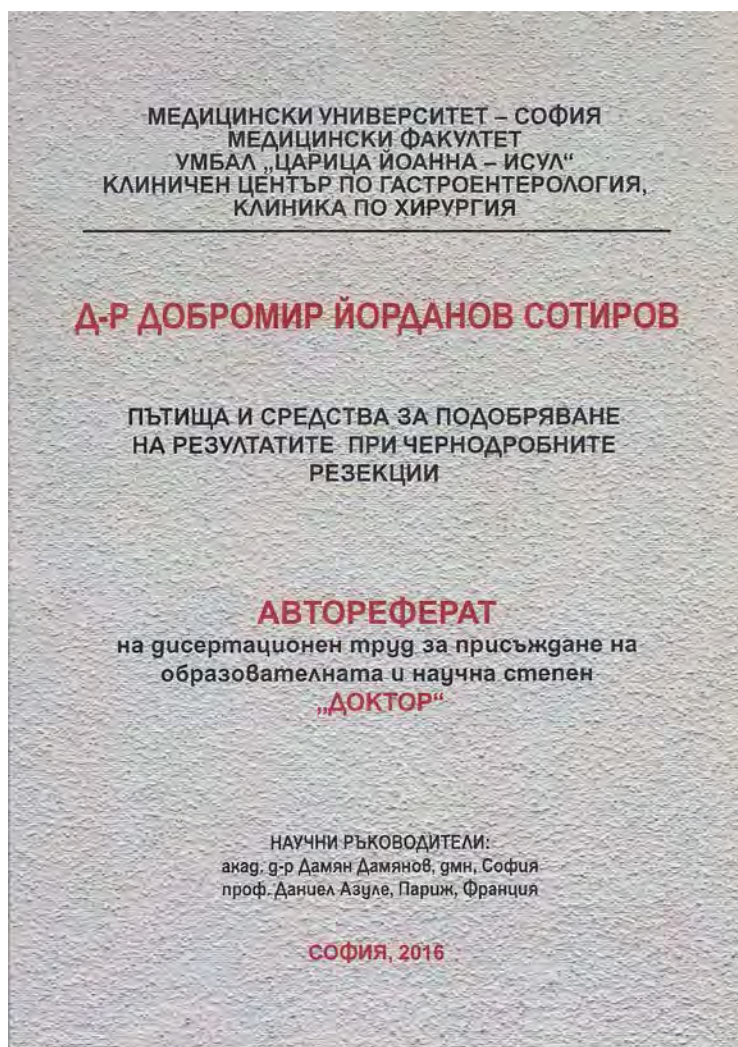


# Резюмета на научната продукция на д-р Добромир Сотиров д.м.

**Подредбата на цитатите е според списъка на научната продукция**

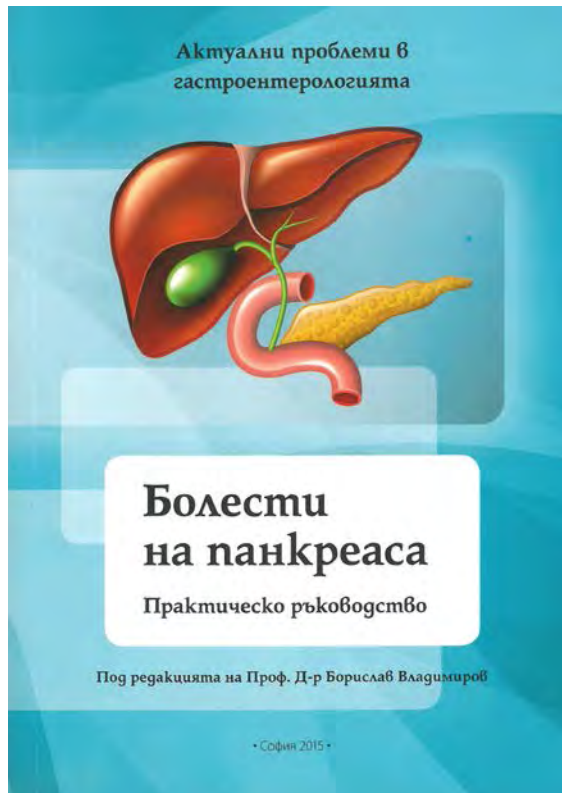
## Резюме /I.1/

Дисертационен труд за придобиване на НОС"Доктор" на тема "Пътища и средства за подобряване на резултатите при чернодробните резекции".



## Резюме /II.2/

Перкутанни инвазивни процедури под ехографски контрол при заболявания на панкреаса - Й.Генов, Р.Митова, **Д.Сотиров**, К.Павлов. В Болести на панкреаса. Практическо ръководство. Под редакцията на Б.Владимиров. Първо издание. Европринт-България ЕООД,София, 2015, 183-191.



### ПЕРКУТАННИ ИНВАЗИВНИ ПРОЦЕДУРИ ПОД ЕХОГРАФСКИ КОНТРОЛ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ПАНКРЕАСА

Йордан Генов<sup>1</sup>, Румяна Митова<sup>1</sup>, Добромир Сотиров<sup>2</sup>, Каляня Павлов<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Клиника по гастроентерология, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ гр. София  
<sup>2</sup>Клиника по хирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ гр. София

Перкутанни инвазивни процедури под ехографски контрол се извършват от 60-те години на миналия век и могат да се приложат с диагностична и лечебна цел в почти всяка анатомична област от човешкото тяло<sup>1,2</sup>. Панкреасните заболявания са сред най-честите индикации за провеждането им.

#### ОСТЪР ПАНКРЕАТИТ

Обект на рутинни инвазивни процедури при остър панкреатит (ОП) са панкреасните и перипанкреасни колекции. Необходимо е детайлно да се отчетат влияещите върху процедурата образни параметри на локалното усложнение – вид, локализация (интра-, перипанкреасна или отдалечена), размер, характер на съдържимо (течно, солидно, смесено), отграничаване, локулиране или множественост на колекцията, размер и васкуларизация на стената, съседни съдови усложнения, наличие на системни усложнения<sup>3,4</sup>.

**Острите перипанкреасни течни колекции** се развиват в ранните фази на панкреатита, хомогенни са, нямат добре обособена стена и може да са множествени. Индицирани са за диагностична пункция и аспирация при персистиране, фебрилитет, левкоцитоза, органична недостатъчност, липса на отговор към антибактериална терапия, суспекция за микотична инфекция, еволюция към псевдокиста. Нерезорбиращите се при проследяване или след аспирация колекции ефективно се третират с перкутанен дренаж<sup>5,7,9,20</sup>. Масивните интраабдоминални течни колекции при пациенти със синдром на абдоминално компарментализиране също са показани за аспирация или дренаж, с цел - намаляване на интраабдоминалното налягане<sup>21</sup>.

**Панкреасните псевдокисти** при ОП са с обособена стена, нямат солидно съдържимо, установяват се в късната фаза на панкреатита или след оперативна некрозектомия и се дължат на нарушена цялост на панкреасен канал с различно голям диаметър<sup>9</sup>. Спонтанната им резорбция е честа при размер под 4.0 cm, което дава основания за изчаквателно поведение, но честотата на компликации в еволюцията им варира значително (9-60%) в различните серии и всеки случай изисква индивидуално решение. Активният подход включва първоначална аспирация и изследване, което демонстрира

## Резюме /II.3/

Локална аблация при панкреасен дуктален аденокарцином - Й.Генов, Д.Сотиров, Р.Митова, К. Павлов, Д. Дамянов. В Болести на панкреаса. Практическо ръководство. Под редакцията на Б.Владимиров. Първо издание. Европринт-България ЕООД,София, 2015,192-200.



### ЛОКАЛНА АБЛАЦИЯ ПРИ ПАНКРЕАСЕН ДУКТАЛЕН АДЕНОКАРЦИНОМ

Йордан Генов<sup>1</sup>, Добромир Сотиров<sup>2</sup>, Румяно Митова<sup>1</sup>, Калоян Павлов<sup>1</sup>, Дамян Дамянов<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Клиника по гастроентерология, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ гр. София

<sup>2</sup>Клиника по хирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ гр. София

Лечението на пациентите с локално авансирал панкреасен дуктален аденокарцином (ПДАК) не е стандартизирано. R2-резекция не се препоръчва поради високата на значимо удължаване на преживяемостта, по-висок леталитет и честота на усложнения в сравнение с извършването на палиативен *by-pass*<sup>1</sup>. Терапевтичните режими, включващи Gemcitabine-Capcitabine, Gemcitabine-Nab-Paclitaxel и Fluoruracil-Leucovorine-Irinotecan-Oxaliplatin, водят до средна преживяемост 7,1-11,1 месеца<sup>2,3</sup>. При част от случаите с локално авансирал ПДАК е възможен *down-staging* чрез химиотерапия (ХТ) и постигане на резектабилност<sup>4</sup>. Друг възможен подход включва провеждане на локална туморна аблация и последваща ХТ или неoadjuвантна ХТ и аблация<sup>5,6</sup>.

Локална аблация на ПДАК може да се осъществи чрез термичен инвазивен метод (радиофреквентна аблация, микровълнова аблация, криоаблация), чрез термичен неинвазивен метод (високоинтензивен фокусиран ултразвук) и чрез истермичен инвазивен метод (необратима електропорация). Локално съдействие е възможно и чрез фотодинамична терапия или неаблативна антитуморна терапия.

При радиофреквентна аблация (РФА) се използва променлив ток с честота 375-600 kHz, който се провежда чрез апликатор (електрод) в тъкан. Токът предизвиква йонно възбуждение, тъй като йоните на тъканта се опитват да следват токото в посоката на тока. Йонното движение води до функционално застояване и гадките около електрода се превръщат в източник на топлина. Това предизвиква термична деструкция, коагулационна некроза и последваща фиброза<sup>7</sup>.

РФА при ПДАК се прилага от 15 години в центрове в Европа, Северна Америка и Азия, като се съобщават серии, достигщи 100 пациенти. Изключващи критерии са наличие на метастази и асцит. Провежда се под обща анестезия, балансова напоротомия и интраоперативен ултразвуков контрол за категориално стадирание, определяне на целесъобразността, насочване на апликаторите и мониториране на процедурата. Целта е постигане на масивна частична деструкция и радио – на тотална деструкция<sup>8,9,10</sup>.

Лечението чрез РФА е с установен ефект върху преживяемостта и качеството на живот при II стадий на ПДАК. Средната преживяемост след комбиниране на РФА с радиотХТ, системна ХТ и интраоперативна ХТ е 23-34 месеца. След РФА индуциран *down-staging* е възможен и извършване на резекция<sup>11,12,13</sup>. CA19-9

## Резюме/II.4/

Премалигнени лезии и карцином на панкреаса. Д.Дамянов, **Д.Сотиров**. В учебник по висцерална хирургия -12 том. Ръководство по хирургия с атлас – под редакцията на Д.Дамянов и В.Димитрова. Първо издание. Издателство на БАН“Проф.Марин Дринов“.София, 2017 г., 344-403.



### 5.10. Карцином на панкреаса

Акад. Дамян Дамянов, д-мн, д-р Добромир Сотиров, д-мн

Клиника по хирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, МУ – София

**История на хирургията на панкреасния карцином.** Въпреки че първите анатомични описания на панкреасен карцином датират от Giovanni Morgagni (1682–1771), едва с появата на микроскопската техника е възможна хистологичната диагноза на заболяването, като началото е поставено от M. Jacob Da Costa (1858 г.) [12, 13].

Големите оперативни интервенции стават технически изпълними след появата на анестезията, въведена от W. Crawford Long (1842 г.) и популяризирана от T. G. William Morton (1846 г.) [5, 6, 7]. Въпреки създадения комфорт от нея, следоперативна смъртност била над 60% поради възникващи инфекциозни усложнения. Joseph Lister през 1867 г. въвежда правилата за хирургична антисептика. Като резултат, следоперативната смъртност от инфекция спадна под 2% до 1910 г. [8, 9, 10, 11].

През този период се поставя началото на обикните анастомози при външен механичен иктер. Тласък за това дава американският хирург James Marion Sims (1878 г.), който прави първата технически успешна пекутанна холцистостома при холцистолитиаза и механичен иктер [19]. Alexander von Winthwarter (1880 г.) първоначално използва дебелото черво за вътрешна деривация, с лоши следоперативни резултати [20]. Първите холцисто-йеюнoанaстoмoзи са извършени от руския хирург Нестор Мошастирски при перипанкреатен карцином и от швейцарца Otto Kappeler при панкреасен аденокарцином през 1887 г. [21]. Първата холцисто-йеюнoанaстoмoзa e Roux-



Фиг. 1. Friedrich Trendelenburg (1842–1924)

en-Y тъмочревна бримка е осъществена от Ambrose Monroffitt през 1904 г. Въвеждайки техниката за мобилизация на двудезен Teodor Kocher (1903 г.) [22, 23, 24].

До 1910 г. са извършени няколко първоначални панкреасни резекции: през 1882 г. немският хирург Friedrich Trendelenburg (1842–1924) извършва първата успешна анатомично-тална панкреатектомия със спленектомия при спленoдуларен панкреасен карцином. Този дата се приема за начало на панкреасна хирургия. Alessandro Codivilla (1898) прави неуспешен опит за първата резекция

## Резюме /III.5/

### Impact of portal vein embolization on long-term survival of patients with primarily unresectable colorectal liver metastases. D. A. Wicherts<sup>1,4</sup>, R. J. de Haas<sup>1,4</sup>, P. Andreani<sup>1</sup>, D. Sotirov<sup>1</sup>, C. Salloum<sup>1,2,3</sup>, R. Adam<sup>1,2,3</sup> and D. Azoulay<sup>1</sup>

Original article

#### Impact of portal vein embolization on long-term survival of patients with primarily unresectable colorectal liver metastases

D. A. Wicherts<sup>1,4</sup>, R. J. de Haas<sup>1,4</sup>, P. Andreani<sup>1</sup>, D. Sotirov<sup>1</sup>, C. Salloum<sup>1</sup>, D. Castaing<sup>1,2,3</sup>, R. Adam<sup>1,2,3</sup> and D. Azoulay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centre Hépatobiliaire, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hôpital Paul Brousse, <sup>2</sup>Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Unité 785, and <sup>3</sup>Université Paris-Sud, Unité Mixte de Recherche-S 785, Villejuif, France, and <sup>4</sup>Department of Surgery, University Medical Centre Utrecht, Utrecht, The Netherlands  
Correspondence to: Professor D. Azoulay, Centre Hépatobiliaire, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hôpital Paul Brousse, 12 Avenue Paul Vaillant Couturier, F-94804 Villejuif, France (e-mail: daniel.azoulay@pbr.apbp.fr)

**Background:** Portal vein embolization (PVE) increases the resectability of initially unresectable colorectal liver metastases (CLM). This study evaluated long-term survival in patients with CLM who underwent hepatectomy following PVE.

**Methods:** In a retrospective analysis patients treated by PVE before major hepatectomy were compared with those who did not have PVE, and with those who had PVE without resection.

**Results:** Of 364 patients who underwent hepatectomy, 67 had PVE beforehand and 297 did not. Those who had PVE more often had more than three liver metastases (68 versus 40.9 per cent;  $P < 0.001$ ) that were more frequently bilobar (78 versus 55.2 per cent;  $P < 0.001$ ), and a higher proportion underwent extended hepatectomy (63 versus 18.1 per cent;  $P < 0.001$ ). Postoperative morbidity rates were 55 and 41.4 per cent respectively ( $P = 0.035$ ), and overall 3-year survival rates were 44 and 61.0 per cent ( $P = 0.001$ ). Thirty-two other patients who were treated by PVE but did not undergo resection all died within 3 years.

**Conclusion:** PVE increased the resectability rate of initially unresectable CLM. Among patients who had PVE, long-term survival was better in those who had resection than in those who did not. PVE is of importance in the multimodal treatment of advanced CLM.

Paper accepted 12 June 2009

Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/bjs.6756

#### Introduction

For patients with colorectal liver metastases (CLM), complete resection of all tumour nodules provides the only chance of long-term survival, with 5- and 10-year survival rates exceeding 50 and 20 per cent for patients with clearly resectable tumours<sup>1-3</sup>. Unfortunately, up to 80 per cent of patients with CLM present with unresectable disease at the time of diagnosis.

When tumour characteristics, such as vascular contact, large volume, multinodularity, bilaterality or extrahepatic disease, make metastases unresectable, curative

resection can be achieved in a significant subset of patients after downstaging by chemotherapy<sup>4,5</sup>. This strategy has increased the 5-year survival rate in this group to 33 per cent after liver resection, approaching that of patients with initially resectable disease<sup>5</sup>. Without complete surgical treatment, long-term survival is rare, with a 5-year survival rate of around 2 per cent<sup>6</sup>.

In patients requiring a major hepatectomy for complete tumour removal, liver resection, even when technically feasible, may still be contraindicated owing to an insufficient future remnant liver and the subsequent risk of fatal postoperative liver failure. Portal vein embolization (PVE), first described by Makuuchi and colleagues<sup>7</sup>, was developed for patients with extensive liver metastases to induce ipsilateral atrophy and contralateral compensatory

The Editors are satisfied that all authors have contributed significantly to this publication

Copyright © 2010 British Journal of Surgery Society Ltd  
Published by John Wiley & Sons Ltd

British Journal of Surgery 2010; 97: 240-250



## Резюме /III.6/

### Long-Term Outcomes After Hepatic Resection for Colorectal Metastases in Young Patients. Robbert J. de Haas, MD<sup>1,2</sup>; Dennis A. Wicherts, MD<sup>1,2</sup>; Chadi Salloum, MD<sup>1</sup>; Paola Andreani, MD, PhD<sup>1</sup>; Dobromir Sotirov, MD<sup>1</sup>; Renner Adam, MD, PhD<sup>1,3,4</sup>; Denis Castaing, MD<sup>1,3,4</sup>; and Daniel Azoulay, MD, PhD<sup>1</sup>

## Long-Term Outcomes After Hepatic Resection for Colorectal Metastases in Young Patients

Robbert J. de Haas, MD<sup>1,2</sup>; Dennis A. Wicherts, MD<sup>1,2</sup>; Chadi Saitoum, MD<sup>1</sup>; Paola Andreani, MD, PhD<sup>1</sup>; Dabromir Sotirov, MD<sup>1</sup>; René Adam, MD, PhD<sup>1,3,4</sup>; Denis Castaing, MD<sup>1,3,4</sup>; and Daniel Azoulay, MD, PhD<sup>1</sup>

**BACKGROUND:** Long-term outcomes after hepatectomy for colorectal liver metastases in relatively young patients are still unknown. The aim of the current study was to evaluate long-term outcomes in patients  $\leq 40$  years old, and to compare them with patients  $>40$  years old. **METHODS:** All consecutive patients who underwent hepatectomy for colorectal liver metastases at the authors' hospital between 1990 and 2006 were included in the study. Patients  $\leq 40$  years old were compared with all other patients treated during the same period. Overall survival (OS), progression-free survival (PFS), and disease-free survival (DFS) rates were determined, and prognostic factors were identified. **RESULTS:** In total, 806 patients underwent hepatectomy for colorectal liver metastases, of whom 56 (7%) were aged  $\leq 40$  years. Among the young patients, more colorectal liver metastases were present at diagnosis, and they were more often diagnosed synchronous with the primary tumor. Five-year OS was 53% in young patients, compared with 51% in older patients ( $P = .12$ ). Five-year PFS was 2% in young patients, compared with 16% in older patients ( $P < .001$ ). DFS rates were comparable between the groups (17% vs 23%,  $P = .10$ ). At multivariate analysis, age  $\leq 40$  years was identified as an independent predictor of poor PFS. **CONCLUSIONS:** In young patients, colorectal liver metastases seem to be more aggressive, with a trend toward lower OS, more disease recurrences, and a significantly shorter PFS after hepatectomy. However, DFS rates were comparable between young and older patients, owing to an aggressive multimodality treatment approach, consisting of chemotherapy and repeat surgery. Therefore, physicians should recognize the poor outcome of colorectal liver metastases in young patients and should consider an aggressive approach to diagnosis and early treatment. *Cancer* 2010;116:647–58. © 2009 American Cancer Society.

**KEYWORDS:** colorectal neoplasms, liver neoplasms, hepatectomy, outcome, young patients.

**Currently,** colorectal cancer is the third most commonly diagnosed cancer and the second leading cause of cancer death in the United States.<sup>1</sup> Although a slight decrease in colorectal cancer incidence has been observed in older patients during the past few years, its incidence in patients younger than 40 years is rising.<sup>2</sup> As  $>50\%$  of colorectal cancer patients develop liver metastases during their disease course, surgeons and oncologists will be more often confronted with relatively young patients presenting with colorectal liver metastases.

Hepatic resection of metastatic colorectal cancer has become the treatment of choice for selected patients, resulting in 5-year survival rates of around 40%,<sup>3–5</sup> with postoperative mortality rates of  $<5\%$  in most large series.<sup>6,7</sup> However, only 20% of patients with colorectal liver metastases are directly amenable to hepatic surgery.<sup>10</sup> Of the remaining patients, up to 13% can be converted to resectability by the administration of modern chemotherapy regimens.<sup>11</sup> In addition, specific surgical techniques such as portal vein embolization,<sup>12</sup> vascular reconstruction,<sup>13</sup> 2-stage procedures,<sup>14,15</sup> and local ablation can further increase the number of resected patients.

Whether these encouraging results differ according to the patient's age at the time of hepatectomy is still unknown. For elderly patients, mostly defined as being  $>70$  years old at hepatic resection, 5-year survival rates varying between 21% and 44% have been reported after hepatectomy for colorectal liver metastases.<sup>16,20</sup> However, long-term outcomes for young patients (ie, patients aged  $\leq 40$  years at hepatectomy) who underwent hepatic resection for colorectal liver metastases have never been evaluated. Nevertheless, a small number of studies have specifically addressed outcomes after resection of the primary colorectal malignancy in patients aged  $<40$  years. Reported 5-year survival rates in recent series ranged between 9% and

**Corresponding author:** Daniel Azoulay, MD, PhD, AP-HP Hôpital Paul Brousse, Centre Hépatite-Biliaire, 12 Avenue Paul Vallières Cousserier, 94804 Villejuif, France; fax: (01) 45 59 38 57; daniel.azoulay@pbr.aphp.fr

<sup>1</sup>AP-HP Hôpital Paul Brousse, Centre Hépatite-Biliaire, Villejuif, France; <sup>2</sup>Department of Surgery, University Medical Center Utrecht, Utrecht, the Netherlands; <sup>3</sup>Université Paris-Sud, Villejuif, France; <sup>4</sup>Inserm, Unité 785, Villejuif, France

**DOI:** 10.1002/onc.26721. **Received:** February 18, 2009; **Revised:** April 18, 2009; **Accepted:** April 20, 2009. **Published online:** December 7, 2009 in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).

# Cancer

© American Cancer Society



1 February 2010

Volume 116, Issue 3

Pages 541–775

## Резюме /III.7/

**Repeat hepatectomy for recurrent colorectal metastases.** D. A. Wicherts<sup>1</sup>, R. J. de Haas<sup>1</sup>, C. Salloum<sup>1</sup>, P. Andreani<sup>1</sup>, G. Pascall<sup>1</sup>, D. Sotirov<sup>1</sup>, R. Adam<sup>1,2,3</sup>, D. Castaing<sup>1,2,3</sup> and D. Azoulay<sup>1,4</sup>

Original article

### Repeat hepatectomy for recurrent colorectal metastases

D. A. Wicherts<sup>1</sup>, R. J. de Haas<sup>1</sup>, C. Salloum<sup>1</sup>, P. Andreani<sup>1</sup>, G. Pascall<sup>1</sup>, D. Sotirov<sup>1</sup>, R. Adam<sup>1,2,3</sup>, D. Castaing<sup>1,2,3</sup> and D. Azoulay<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Departments of Surgery, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) Hôpital Paul Brousse, Centre Hépatobiliaire, <sup>2</sup>Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Unité 785, <sup>3</sup>Unité Mixte de Recherche en Santé 785, Université Paris-Sud, and <sup>4</sup>INSERM, Unité 1004, Villejuif, France  
Correspondence to: Professor D. Azoulay, Department of Digestive, Hepato-pancreato-biliary and Liver Transplantation Surgery, AP-HP Hôpital Henri Mondor, 51 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 93010 Créteil, France (e-mail: daniel.azoulay@hmn.aphp.fr)

**Background:** The oncological benefit of repeat hepatectomy for patients with recurrent colorectal metastases is not yet proven. This study assessed the value of repeat hepatectomy for these patients within current multidisciplinary treatment.

**Methods:** Consecutive patients treated by repeat hepatectomy for colorectal metastases between January 1990 and January 2010 were included. Patients undergoing two-stage hepatectomy were excluded. Postoperative outcome was analysed and compared with that of patients who had only a single hepatectomy.

**Results:** A total of 1036 patients underwent 1454 hepatectomies for colorectal metastases. Of these, 288 patients had 362 repeat hepatectomies for recurrent metastases. Some 225 patients (78.1 per cent) had two hepatectomies, 52 (18.1 per cent) had three hepatectomies, and 11 patients (3.8 per cent) had a fourth hepatectomy. Postoperative morbidity following repeat hepatectomy was similar to that after initial liver resection (27.1 per cent after first, 34.4 per cent after second and 33.3 per cent after third hepatectomy) ( $P=0.069$ ). The postoperative mortality rate was 3.1 per cent after repeat hepatectomy versus 1.6 per cent after first hepatectomy. Three- and 5-year overall survival rates following first hepatectomy in patients who underwent repeat hepatectomy were 76 and 54 per cent respectively, compared with 88 and 45 per cent in patients who had only one hepatectomy ( $P=0.003$ ). In multivariable analysis, repeat hepatectomy performed between 2000 and 2010 was the sole independent factor associated with longer overall survival.

**Conclusion:** Repeat hepatectomy for recurrent colorectal metastases offers long-term survival in selected patients.

Paper accepted 4 January 2013

Published online 12 March 2013 in Wiley Online Library (www.bjvs.co.uk). DOI: 10.1002/bjvs.9088

#### Introduction

Hepatic resection remains the only chance of cure for patients with colorectal metastases, resulting in 5-year survival rates of up to 67 per cent in highly selected patients<sup>1</sup>. The highest resectability rates, and thus best potential for long-term survival, are obtained by treating patients in a multidisciplinary setting, involving perioperative chemotherapy and advanced surgical techniques such as portal vein embolization, vascular resection and reconstruction, two-stage hepatectomy and *in situ* hypothermic liver perfusion<sup>2–5</sup>.

Despite these encouraging results, some 50–70 per cent of patients who have hepatectomy with curative intent experience disease recurrence, with isolated hepatic

recurrence in approximately 40 per cent<sup>7–10</sup>. In these patients, repeat hepatectomy appears to be the treatment of choice, with 5-year survival rates ranging from 21 to 88 per cent (Table 1)<sup>7,11–39</sup>. However, most previously reported series, including that by the present authors<sup>7</sup>, contained only a small number of patients, many of whom were treated before the era of modern liver surgery and effective chemotherapies<sup>2,11–38</sup>. Thus, the real benefit of repeat hepatectomy for patients with recurrent colorectal metastases within current multidisciplinary treatment is still to be confirmed.

The aim of the present study was to evaluate short- and long-term outcomes following repeat hepatectomy for recurrent colorectal metastases in a large cohort of patients

© British Journal of Surgery Society Ltd.



May 2013

Volume 100, Issue 6, Pages 721–845

© 2013 British Journal of Surgery Society Ltd  
Published by John Wiley & Sons Ltd

British Journal of Surgery 2013; 100: 808–819

## Резюме /IV.8/

Р.Митова, Й.Генов, Д.Сотиров, П.Гецов, Д.Димитров, С.Стойчев. Интракавитарна контрастно усилена ехография. Diagnostic and therapeutic ultrasound. 2012;20(1):22-27.

# ДИАГНОСТИЧЕН И ТЕРАПЕВТИЧЕН УЛТРАЗВУК 1'2012



БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ПО УЛТРАЗВУК В МЕДИЦИНАТА  
BULGARIAN ASSOCIATION OF ULTRASOUND IN MEDICINE

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ULTRASOUND • Bulgaria • Vol. 20, № 1, 2012

№ 4192

## ОБОРИ

- МЕСТОТО НА КОНТРАСТНО УСИЛЕНАТА ЕХОГРАФИЯ В СЪВРЕМЕННИЯ ДИАГНОСТИЧЕН ПОДХОД ПРИ ЗАКЪТА АКСИОНАЛНА ТРАВМА
- ДИАГНОСТИЧНИ ВЪЗМОЖНОСТИ НА КОНТРАСТНО УСИЛЕНАТА ЕХОГРАФИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКАТА НА ТУМОРИТЕ НА ОДЕЖИТЕЛНАТА СИСТЕМА

## ОРИГИНАЛНИ СТАТИИ

- ДЕСЕТГОДИШЕН ОПИТ С НАИВ ТЕХНИКА ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ЕХИНОКОКОЗАТА
- ИНТРАКАВИТАРНА КОНТРАСТНО УСИЛЕНА ЕХОГРАФИЯ
- ФУНКЦИОНАЛНА ОЦЕНКА НА ПИЩОВНИ МЕЗУР ПРИ НОВОРОДЕНИ ДЕЦА ЧРЕЗ УЗ ИСЛЕДВАНЕ
- ПРОСЛЕДВАНЕ НА ДЕЦА С АНТЕПАТАЛНО УСТАНОВЕНА ХИДРОНЕФРОЗА
- ТРАНСОВАКАЛНО КОНТРАСТНО УСИЛЕНО УЛТРАЗВУКОВО ИСЛЕДВАНЕ НА ПОЗЛОМЪЛНИ ЛЕЗИИ

## КАЗУИСТИКА

- УЛТРАЗВУКОВ ОБРАЗ НА БЪБРЕК В МОУЖКИ
- УЛТРАЗВУКОВА ДИАГНОСТИКА ПРИ ПАЦИЕНТКА С ИНТРАКАВИТАРНА ФИБРОМЪСКУЛНА ДИСПЛАЗИЯ И ВИСОКОСТЕПЕННА СТЕНОЗА НА ВЪТРЕШНАТА СЪЛНА АРТЕРИЯ
- ЕХОГРАФСКА ДИАГНОСТИКА НА ОСТЪР ПРОСТАТИТ. КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ С ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРАТА

Медицински университет – София Централна медицинска библиотека

## ИНТРАКАВИТАРНА КОНТРАСТНО УСИЛЕНА ЕХОГРАФИЯ

*R. Mitova, J. Genov, D. Sotirov, P. Getsov, D. Dimitrov и С. Стойчев*  
Клиничен център по гастроентерология, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ, МУ – София

## ENDOCAVITARY CONTRAST- ENHANCED ULTRASOUND

*R. Mitova, J. Genov, D. Sotirov, P. Getsov, D. Dimitrov, S. Stoichev*  
Clinical Centre of Gastroenterology, University Hospital “Tsaritsa Yoanna”, MU – Sofia

**Резюме.** Интракавитарната контрастно усилен ехография (CEUS) със SonoVue фигурира като отделна глава в клиничните препоръки на EFSUMB от 2011 г. за извънчродробни приложения на CEUS. Натрупаният до момента опит е основно в областта на урологията и гинекологията. Съобщенията в гастроентерологията са епизодични, върху малък брой болни. Докладваме за 16 случая с ендокавитарна CEUS при кисти, кистични тумори, абсцеси и локализирана колекция (чродробни, перипанкреасни, абдоминални) и трансдренажно на билиарното дърво. При кистичните лезии ендокавитарната CEUS прецизира обема им, в един случай установи комуникация, при двама болни уточни диагнозата. Трансдренажните билиарни CEUS визуализираха успешно жлъчното дърво и проходимостта на вътрешния билиарен дренаж. Според началните ни наблюдения интракавитарната CEUS е метод с бъдеще за диагностични и за асистирани при терапевтични процедури на несолидни абдоминални лезии и билиарното дърво.

**Ключови думи:** интракавитарна контраст-усилена ехография

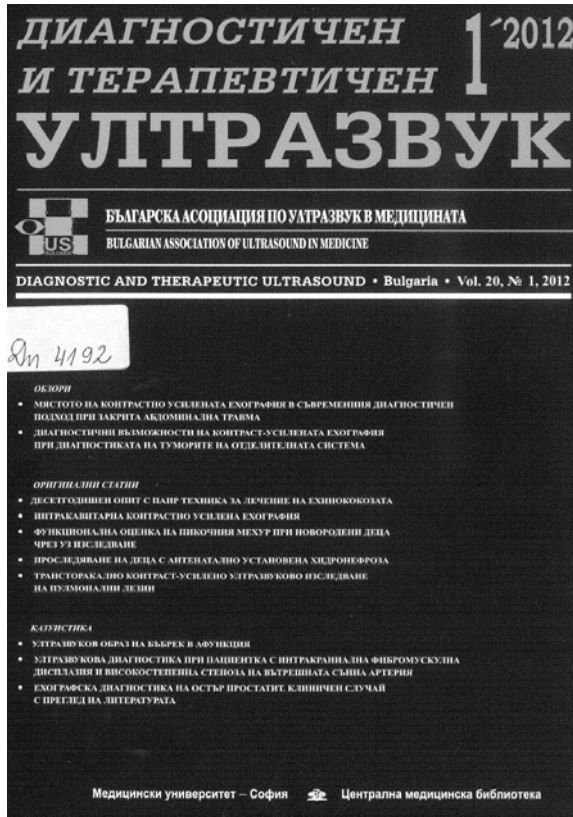
**Abstract.** Endocavitary contrast-enhanced ultrasound (CEUS) is a new modality, approved by the EFSUMB guidelines in 2011 for extrahepatic application of the CEUS. The main experience up to now has been in the field of urology and gynecology. The reports in gastroenterology have been sporadic and on few patients. In the following study we report the endocavitary CEUS of 16 cases with cysts, cystic tumors, abscesses and localized collections (intrahepatic, peripancreatic, abdominal) as well as transdrainage for assessing of the biliary tree. In the cases of cystic lesions, endocavitary CEUS determined precisely their volume, in one case depicted a communication, in two more defined the diagnosis. The transdrainage CEUS visualized successfully the biliary tree and the potency of the internal biliary drainage. According to our preliminary observations the application of endocavitary CEUS is with promising future for diagnostic and therapeutic procedures on non-solid abdominal lesions and biliary tree.

**Key words:** endocavitary contrast-enhanced ultrasound

## Резюме /IV.9/

Б.Големанов, Я.Валериева, Б.Владимиров, Р.Митова, Н.Колев, Д.Сотиров, Д.Дамянов, Я.Асенов, И.Терзиев. Диагностична ендоскопска ехография при патология на панкреаса .Diagnostic and therapeutic ultrasound.2015;23(1):3-14.





## ДИАГНОСТИЧНА ЕНДОСКОПСКА ЕХОГРАФИЯ ПРИ ПАТОЛОГИЯ НА ПАНКРЕАСА

Б. Големанов<sup>1</sup>, Я. Валериева<sup>1</sup>, Б. Владимиров<sup>1</sup>, Р. Митова<sup>1</sup>, Н. Колев<sup>1</sup>, Д. Сотиров<sup>1</sup>, Д. Дамянов<sup>1</sup>, Я. Асенев<sup>1</sup> и И. Терзиев<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Клиничен център по гастроентерология, УМБАЛ „Царица Йоанна” – ИСУЛ – София

<sup>2</sup>Отделение по патология, УМБАЛ „Царица Йоанна” – ИСУЛ – София

## DIAGNOSTIC ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY IN PATHOLOGY OF THE PANCREAS

B. Golemanov<sup>1</sup>, Y. Valeriewa<sup>1</sup>, B. Vladimirov<sup>1</sup>, R. Mitova<sup>1</sup>, N. Kolev<sup>1</sup>, D. Sotirov<sup>1</sup>, D. Damianov<sup>1</sup>, Y. Asenov<sup>1</sup> and I. Terziev<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clinical centre of gastroenterology, University Hospital “Tsaritsa Yoanna” – ISUL – Sofia

<sup>2</sup>Department of pathology, University Hospital “Tsaritsa Yoanna” – ISUL – Sofia

**Резюме.** Обзорът резюмира съвременното диагностично практически приложение на горноендоскопската ехография за изследване на панкреаса. Представят се ехографските аспекти на различните ендосонаграфски находки при възпалителни и неопластични, бенигни и малигнени, дифузни и огнищни, солидни и кистични патологични промени, наблюдавани при панкреасна патология. Докладва се двугодишен опит с линейна горноендоскопска ехография, илюстриращ диагностичните възможности на методиката за изследване на панкреаса.

**Abstract.** The review resumes the recent diagnostic application of endoscopic ultrasonography (EUS) for investigation of the pancreas. The ultrasonographic aspects of different endosonographic finds in inflammatory and neoplastic, benign and malignant, diffuse and segment, solid and cystic changes in pancreatic pathology are presented. A two-year self experience with linear EUS illustrating the diagnostic possibilities of EUS for investigation of the pancreas is reported.

**Ключови думи:** горноендоскопска ехография, панкреас

**Key words:** endoscopic ultrasonography, pancreas

## Резюме /IV.10/

К. Павлов, Д. Сотиров, Й. Генов, Р. Митова, Б. Владимиров, Г. Танева, И. Боева, Р. Христова, П. Гецов, И. Терзиев, Н. Григоров. Микровълнова аблация: моноцентричен опит в лечението на чернодробни неоплазми. *Diagnostic and therapeutic ultrasound*. 2017;25(2):55-64.

# ДИАГНОСТИЧЕН И ТЕРАПЕВТИЧЕН УЛТРАЗВУК



БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ПО УЛТРАЗВУК В МЕДИЦИНАТА  
BULGARIAN ASSOCIATION OF ULTRASOUND IN MEDICINE

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ULTRASOUND • Bulgaria • Vol. 25, № 2, 2017

XX ЮБИЛЕЕН КОНГРЕС ПО УЛТРАЗВУК  
В МЕДИЦИНАТА  
14-17 СЕПТЕМВРИ 2017 Г.

БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ПО УЛТРАЗВУК  
В МЕДИЦИНАТА

Училище по доплер  
Училище по ултразвук  
Научна сесия

Медицински университет – София    Централна медицинска библиотека

## МИКРОВОЛНОВА АБЛАЦИЯ: МОНОЦЕНТРИЧЕН ОПИТ В ЛЕЧЕНИЕТО НА ЧЕРНОДРОБНИ НЕОПЛАЗМИ

*К. Павлов<sup>1</sup>, Д. Сотиров<sup>2</sup>, Й. Генов<sup>3</sup>, Р. Митова<sup>1</sup>, Б. Владимиров<sup>1</sup>, Г. Танева<sup>1</sup>, И. Боева<sup>1</sup>,  
Р. Христова<sup>1</sup>, П. Гецов<sup>1</sup>, И. Терзиев<sup>1</sup>, Н. Григоров<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>Клиничен център по гастроентерология, УМБАЛ "Царица Йоанна" – ИСУЛ – София  
<sup>2</sup>Отделение по патология, УМБАЛ "Царица Йоанна" – ИСУЛ – София  
<sup>3</sup>Отделение по образна диагностика, УМБАЛ "Царица Йоанна" – ИСУЛ – София

## MICROWAVE ABLATION: MONOCENTRIC RESULTS IN TREATMENT OF LIVER MALIGNANCY

*K. Pavlov<sup>1</sup>, D. Sotirov<sup>2</sup>, J. Genov<sup>3</sup>, R. Mitova<sup>1</sup>, B. Vladimirov<sup>1</sup>, G. Taneva<sup>1</sup>, I. Boeva<sup>1</sup>,  
R. Gecsov<sup>1</sup>, I. Terziev<sup>1</sup>, N. Grigorov<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>Clinical Center of Gastroenterology, UMHAT "Tsaritsa Yoanna" – ISUL – Sofia  
<sup>2</sup>Pathology Department, UMHAT "Tsaritsa Yoanna" – ISUL – Sofia  
<sup>3</sup>Radiology Department, UMHAT "Tsaritsa Yoanna" – ISUL – Sofia

**Резюме.** Перкутанната аблация е част от арсенала на онкологичната терапия от края на XIX век, но и до днес еволюира в технически и клиничен аспект. Представяме опита на Клиниката по гастроентерология с перкутанните аблативни техники (микровълнова/MWA, радиофреквентна/RFA и станолова аблация/EA) при лечението на пациенти с първични неоплазми и метастази. За периода 1997-2017 г. са обработени 450 пациенти: 73% мъже; 70% HCC, 21.9% вторични лезии, 7.2% CC, 0.9% HCC-CC. Неоплазмата е на фона на цирроза при 99.1% и 44.8% съответно за HCC и CCC. Етиологичният причинител е 47.6% HBV, 31.2% HCV, без вирус 13.2% за HCC и 21.9%, 3.1%, 75% за CCC. Третирани са предимно солитарни лезии (65.9%; два нодула при 17.8%; три и повече лезии при 16.4%) с размер между 1.5 и 15.0 cm, средно  $5.3 \pm 2.6$  cm. 48% са BCLC стадий A, 48% – стадий B. С рискова/грудна локализация са 44% от третирани лезии. RFA (с разгъващи се електроди) е използвана при 17.2%, MWA при 14.4%, болусна

**Abstract.** MWA and RFA have been employed as curative and palliative options in patients with HCC, each expanding indications and ameliorating results. However, few reports manage to deliver sharp notion on when and why engage in each of both local ablative techniques. Our paper aims to provide results in real-life experience with local ablation (LA) in a 450-patients cohort. Percutaneous MWA and RFA were performed in patients with primary liver malignancy (73% men; 97% HCC, 2.1% cholangiocarcinoma, 0.4% mixed type primary tumor). 67% had solitary lesion, average size was 6.6 cm, 43% of lesions exceeded 5 cm. 99.1% of HCC and 44% of cholangiocarcinoma patients had cirrhosis. LA was performed either using 915 MHz system with non-cooled MW-antenna or different type of RFA (monopolar, multipolar, expandable electrodes). Follow-up was performed using US/CEUS and/or CECT. Statistical analysis

## Резюме /IV.11/

К. Павлов, Д. Сотиров, Й. Генов, Р. Митова, Б. Владимиров, Н. Григоров.  
Микровълновата енергия в противотуморния арсенал на хепатолозите.  
Микровълнова аблация при пациенти с HCC. Diagnostic and therapeutic  
ultrasound.2017;25(2):65-76.

# ДИАГНОСТИЧЕН И ТЕРАПЕВТИЧЕН УЛТРАЗВУК



БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ПО УЛТРАЗВУК В МЕДИЦИНАТА  
BULGARIAN ASSOCIATION OF ULTRASOUND IN MEDICINE

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ULTRASOUND • Bulgaria • Vol. 25, № 2, 2017

XX ЮБИЛЕЕН КОНГРЕС ПО УЛТРАЗВУК  
В МЕДИЦИНАТА  
14-17 СЕПТЕМВРИ 2017 Г.

БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ПО УЛТРАЗВУК  
В МЕДИЦИНАТА

Училище по доплер  
Училище по ултразвук  
Научна сесия

Медицински университет – София    Централна медицинска библиотека

## МИКРОВОЛНОВАТА ЕНЕРГИЯ В ПРОТИВОТУМОРНИЯ АРСЕНАЛ НА ХЕПАТОЛОЗИТЕ

### МИКРОВОЛНОВА АБЛАЦИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С HCC

*К. Павлов<sup>1</sup>, Д. Сотиров<sup>2</sup>, Й. Генов<sup>3</sup>, Р. Митова<sup>1</sup>, Б. Владимиров<sup>1</sup>, Н. Григоров<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>Клиничен център по гастроентерология, УМБАЛ "Царица Йоанна" – ИСУЛ – София

## MICROWAVE ENERGY IN THE ANTI-TUMOR ARMORY OF HEPATOLOGISTS

### MICROWAVE ABLATION IN PATIENTS WITH HCC

*K. Pavlov<sup>1</sup>, D. Sotirov<sup>2</sup>, J. Genov<sup>3</sup>, R. Mitova<sup>1</sup>, B. Vladimirov<sup>1</sup>, N. Grigorov<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>Clinical Center of Gastroenterology, UMHAT "Tsaritsa Yoanna" – ISUL – Sofia

**Резюме.** Локалната аблация представлява метод, при който директно приложение на термичен или химичен агент води до ерадикация или съществена редукция в туморния обем. Аблативните техники са част от онкологичния арсенал от края на XIX век и до момента търпят бурно развитие по отношение на физични принципи, техническа база (аблативен инструментариум и образна диагностика), индикации и безопасност. Опитът с противотуморния ефект на MWA при експериментални модели и наблюдаваните обширни зони на тъканна некроза в хода на хепатектомии имат за резултат интензивен интерес след 1990 г. в случаи на нерезектабилни чернодробни неоплазми. Seki et al. са първите, използвали MWA в лечението на HCC при 18 пациенти в Япония през 1994 г. Микровълновата аблация е относително нова техника за термична туморна деструкция, разполага с някои допълнителни предимства пред радиофреквентната. Все по-популярна в Азия и Западна Европа (от края на 90-те години на XX век), MWA предстои да се конкурира за ефективност и безопасност и при българските пациенти с малигненни заболявания на черния дроб.

**Ключови думи:** HCC, MWA, RFA

**Abstract.** Local ablation induces tumor necrosis using physical and/or chemical sources for the purpose of radical treatment or palliation. It has been known for decades now, however ablative techniques underwent intense technical as well as clinical ameliorations ever since. RFA remains the one to opt for in cases of primary neoplasm suitable for local ablation. Even so, new ablative notions seem to respond to certain unmet needs. As such, MWA technique has been proven effective and safe in cases of primary liver malignancy. Consequently, MWA oncologic results in treating Bulgarian patients are yet to be obtained.

**Key words:** HCC, MWA, RFA

## Резюме /IV.12/

К. Павлов, Д. Сотиров, Й. Генов, Р. Митова, Б. Владимиров, И. Терзиев, П. Гецов, Н. Григоров. Смесен тип хепато-холангиокарцином третиран с перкутанна радиофреквентна аблация. Клиничен случай. Diagnostic and therapeutic ultrasound. 2017;25(2):77-88.

**ДИАГНОСТИЧЕН И ТЕРАПЕВТИЧЕН УЛТРАЗВУК 2017**

**БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ПО УЛТРАЗВУК В МЕДИЦИНАТА**  
BULGARIAN ASSOCIATION OF ULTRASOUND IN MEDICINE

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ULTRASOUND • Bulgaria • Vol. 25, № 2, 2017

**XX ЮБИЛЕЕН КОНГРЕС ПО УЛТРАЗВУК В МЕДИЦИНАТА**  
14-17 СЕПТЕМВРИ 2017 Г.

**БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ПО УЛТРАЗВУК В МЕДИЦИНАТА**

Училище по доплер  
Училище по ултразвук  
Научна сесия

Медицински университет – София    Централна медицинска библиотека

### СМЕСЕН ТИП ХЕПАТО-ХОЛАНГИОКАРЦИНОМ, ТРЕТИРАН С ПЕРКУТАННА РАДИОФРЕКВЕНТНА АБЛАЦИЯ

К. Павлов<sup>1</sup>, Д. Сотиров<sup>2</sup>, Й. Генов<sup>3</sup>, Р. Митова<sup>1</sup>, Б. Владимиров<sup>1</sup>, И. Терзиев<sup>1</sup>, П. Гецов<sup>1</sup>, Н. Григоров<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Клиничен център по гастроентерология, УМБАЛ "Царица Йоанна" – ИСУЛ – София  
<sup>2</sup>Отделение по патология, УМБАЛ "Царица Йоанна" – ИСУЛ – София  
<sup>3</sup>Отделение по образна диагностика, УМБАЛ "Царица Йоанна" – ИСУЛ – София

### THE CURIOUS CASE OF HCC-CC TREATED WITH PERCUTANEOUS RFA

К. Pavlov<sup>1</sup>, D. Sotirov<sup>2</sup>, J. Genov<sup>3</sup>, R. Mitova<sup>1</sup>, B. Vladimirov<sup>1</sup>, I. Terziev<sup>1</sup>, P. Getsov<sup>1</sup>, N. Grigorov<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Clinical Center of Gastroenterology, UMHAT "Tsaritsa Yoanna" – ISUL – Sofia  
<sup>2</sup>Pathology Department, UMHAT "Tsaritsa Yoanna" – ISUL – Sofia  
<sup>3</sup>Radiology Department, UMHAT "Tsaritsa Yoanna" – ISUL – Sofia

**Резюме.** Описва се случай с мъж на 53 г. с огнищна чернодробна лезия на фона на NAFLD/ALD цирроза, установена в контекста на декомпенсация. CEUS и СЕСТ прецизират типичен хепатоцелуларен карцином в VII сегмент с размер 3 cm. Нодолът е биопсиран и третиран перкутанно с радиофреквентна аблация с куративни интенции. Задълбочена патохистологична и имунохистохимична оценка определя рядък хистологичен тип на тумора: смесен хепато-холангиокарцином (HCC-CC). Рецидивната лезия при проследяването е третирана перкутанно с бодушена етанолова аблация. Две години след първоначалното лечение не се откриват локални рецидивни зони или нови лезии в черния дроб, нито далечни дисеминативни огнища.

**Ключови думи:** смесен тип HCC/CC, радиофреквентна аблация, NAFLD/ALD цирроза

**Abstract.** A 52 year old Caucasian male addressed medical service for jaundice, weight reduction and asthenia. Comorbidity included obesity (BMI 30), long years diabetes mellitus type 2, metabolic syndrome. Meager laboratory signs hint at advanced underline liver disease - mild hyperbilirubinemia, thrombocytopenia, increase in serum IgG. High-grade oesophageal varices at upper endoscopy along with abdominal ultrasound confirmed liver cirrhosis. B-mode studies showed slight amount of ascites, marked steatosis and a liver nodule. A 33 mm x 27 mm solitary lesion in liver segment VII was assessed using CEUS and CECT. Enhancement pattern of an early wash-in with almost immediate wash-out confirmed diagnosis of primary liver tumor, presumably an HCC. Percutaneous US-guided tumor biopsy was performed and pathology studies including immunohistochemistry revealed a mixed hepatocellular/cholangiocarcinoma – rare type of primary liver malignancy. Lesion was ablated percutaneously using radiofrequency technique. Twenty-three months of follow-up now with 7-months new lesion treated with ethanol injection and underline cirrhosis at current stable compensation.

**Key words:** combined HCC/CC, radiofrequency ablation, NAFLD/ALD cirrhosis

## Резюме /IV.13/

Д. Сотиров, Ц. Спиридонова, Т. Седлоев, С. Спиридонов, Й. Генов, Р. Митова, Б. Наметков, К. Павлов, Б. Големанов, Д. Дамянов. Прилагане на лапароскопски подход при рецидивирали ехинококови кисти. Хирургия, 2017;2:52-69.



## ПРИЛАГАНЕ НА ЛАПАРОСКОПСКИ ПОДХОД ПРИ РЕЦИДИВИРАЩИ ЕХИНОКОКОВИ КИСТИ

Д. Сотиров<sup>1</sup>, Ц. Спиридонова<sup>2</sup>, Т. Седлоев<sup>3</sup>, С. Спиридонов<sup>3</sup>, Й. Генев<sup>3</sup>, Р. Митова<sup>4</sup>, Б. Наметков<sup>1</sup>, К. Павлов<sup>2</sup>, Б. Големанов<sup>2</sup>, Д. Дамянов<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>УМБАЛ „Пирогов“ – 2-ра хирургична клиника, София  
<sup>2</sup>УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“ – КЦГЕ, София  
<sup>3</sup>УМБАЛ „Хитов“ – Пазарджик

## APPLICATION OF LAPAROSCOPIC APPROACH IN RELAPSED ECHINOCOCCAL CYSTS

D. Sotirov<sup>1</sup>, Ts. Spiridonova<sup>2</sup>, T. Sedloev<sup>3</sup>, S. Spiridonov<sup>3</sup>, Y. Genov<sup>3</sup>, R. Mitova<sup>4</sup>, B. Nametkov<sup>1</sup>, K. Pavlov<sup>2</sup>, B. Golemanov<sup>2</sup>, D. Damiyanov<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>University General Hospital for Active Treatment and Emergency Medicine "N.I. Pirogov" - Second Clinic of Surgery, Sofia, Bulgaria  
<sup>2</sup>University General Hospital for Active Treatment "Tsaritsa Yoanna-ISUL" - Clinical Center of Gastroenterology, Sofia, Bulgaria  
<sup>3</sup>General Hospital for Active Treatment "Hitov" - Pazardzhik, Bulgaria



### РЕЗЮМЕ

**ЦЕЛ:** Хидатидното заболяване (кистична ехинококоза) е хронична паразитарна инфекция, провокирана от ларвната форма на цестода *Echinococcus granulosus*, при която човека е междинен гостоприемник. Чернодробна локализация (50-70%) е най-честата форма на заболяването. След постигнат контрол на паразитозата, чрез национална програма проведена в нашата страна (до 1990 г.), през последното десетилетие у нас отново се наблюдава нарастване на заболяемостта (3,3/100 000 население).

Целта на настоящото ретроспективно изследване е да се установи надеждността на съвременния лапароскопски подход при хирургичното лечение на рецидивирал черендробни ехинококови кисти.

**МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ:** В представеното ретроградно проследяване са включени 21 пациенти с рецидив на черендробна хидатидоза, които са оперирани в Клиниката по коремна хирургия към КЦГЕ в Университетска Болница „Царица Йоанна“

### SUMMARY

**AIM:** The hydatid disease (cystic echinococcosis) is a chronic parasitic infection, provoked by the larva form of the cestode *Echinococcus granulosus* of which man is an intermediate host. The hepatic localization (50-70%) is the most frequent form of the disease. After control of the parasitosis achieved by means of a national program performed in Bulgaria (until the year 1990), increase of the morbidity (3,3/100,000 population) was observed again on a national scale during the last decade.

The aim of the current retrospective study is establishment of the reliability of the modern laparoscopic approach in the surgical treatment of relapsed hepatic echinococcal cysts.

**MATERIAL AND METHODS:** The presented retrograde monitoring includes 21 patients with a relapse of hepatic hydatidosis, who were operated in the Clinic of Abdominal Surgery at the University Hospital "Tsaritsa Yoanna-ISUL" - City of Sofia for the period from 2009 to 2016. The laparoscopic approach was applied in 12 patients who underwent surgical

52

## Резюме /IV.14/

**Д.Сотиров, Ц.Спиридонова, Б.Наметков, С.Спиридонов, Р.Митова, Й.Генов, К.Павлов, Б.Владимиров, Б.Големанов, Т.Седлоев, Д.Дамянов.** Перкутанен билиарен дренаж - възможен подход при пациенти с панкреасни и чернодробни заболявания. Хирургия, 2017;3:106-121.



ОФИЦИАЛНО ИЗДАНИЕ  
НА БЪЛГАРСКОТО  
ХИРУРГИЧЕСКО ДРУЖЕСТВО

OFFICIAL JOURNAL  
OF THE BULGARIAN  
SURGICAL SOCIETY

СПИСАНИЕ  
**ХИРУРГИЯ**  
ОСНОВАНО ПРЕЗ 1934  
**SURGERY**  
ESTABLISHED IN 1934



**ПЕРКУТАНЕН БИЛИАРЕН ДРЕНАЖ –  
ВЪЗМОЖЕН ПОДХОД ПРИ ПАЦИЕНТИ  
С ПАНКРЕАСНИ И ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ**

Д. Сотиров<sup>1</sup>, Ц. Спиридонова<sup>1</sup>, Б. Наметков<sup>2</sup>, С. Спиридонов<sup>3</sup>, Р. Митова<sup>1</sup>,  
И. Генов<sup>1</sup>, К. Павлов<sup>1</sup>, Б. Владимиров<sup>1</sup>, Б. Големанов<sup>1</sup>, Т. Седлоев<sup>1</sup>,  
Д. Дамянов<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>УМБАЛ „Парина Йоанна - ИСУЛ“ – КЦГЕ, София  
<sup>2</sup>УМБАЛСМ „Д. И. Пирогов“ – Втори хирургична клиника, София  
<sup>3</sup>МБАЛ „Хигия“ – Пазарджик

**PERCUTANEOUS BILIARY DRAINAGE - POSSIBLE  
APPROACH IN PATIENTS WITH PANCREATIC  
AND HEPATIC DISEASES**

D. Sotirov<sup>1</sup>, Ts. Spiridonova<sup>1</sup>, B. Namechkov<sup>2</sup>, S. Spiridonov<sup>3</sup>, R. Mitova<sup>1</sup>, Y.  
Genov<sup>1</sup>, K. Pavlov<sup>1</sup>, B. Vladimirov<sup>1</sup>, B. Golemanov<sup>1</sup>, T. Sedloev<sup>1</sup>, D. Damyanov<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>University General Hospital for Active Treatment "Tsaritsa Yoanna-ISUL"  
Clinical Center of Gastroenterology, Sofia, Bulgaria  
<sup>2</sup>University General Hospital for Active Treatment and Emergency Medicine "Pirgov"  
Second Clinic of Surgery, Sofia, Bulgaria  
<sup>3</sup>General Hospital for Active Treatment "Higia" - Pazardzhik, Bulgaria

**EDITOR-IN-CHIEF**  
K. Angelov, Sofia

**ASSOCIATE EDITORS**  
D. Demyanov, Sofia  
V. Dimitrova, Sofia  
R. Madjov, Varna  
G. Todorov, Sofia  
N. Vladov, Sofia

**EDITORIAL SECRETARY**  
S. Toshev, Sofia  
M. Sokolov, Sofia  
S. Mashtakov, Sofia

**EDITORIAL BOARD**

O. Azoglu, Turkey  
D. Azoalay, Paris  
E. Belokronki, Sofia  
J. Booger, Amsterdam  
O. Brankov, Sofia  
W. Brunner, Switzerland  
D. Bulanov, Sofia  
A. Chervenjakov, Sofia  
G. Dagny, Brussels  
T. Deliski, Plevna  
V. Dimov, Sofia  
A. Djorov, Sofia  
K. Draganov, Sofia  
O. Hadjinski, Sofia  
B. Hadjiev, Plovdiv  
Kr. Ivanov, Varna  
J. Klempauer, Hannover  
B. Korukov, Beograd  
Z. Krivokapich, Beograd  
N. Lygidakis, Athens  
H. J. Meyer, Hannover, Germany  
M. Milicievich, Beograd  
Kr. Murtjev, Varna  
R. Pandev, Sofia  
P. Peranovich, Beograd  
D. Petrov, Sofia  
I. Popescu, Bucharest  
R. Radov, Varna  
M. Radistov, Sofia  
M. Sacci, Roma  
E. Santoro, Roma  
T. Sedloev, Sofia  
L. P. L. Stassen, Netherland  
O. Soudran, Paris  
Z. Spirovski, Skopje  
A. Tonev, Sofia  
A. Lichikov, Plovdiv  
Kr. Vasilev, Sofia  
D. Yulhanov, St. Zagora



3'2017

Editorial Office:  
University Hospital "Alexandrovski"  
Department of Surgery - 2<sup>nd</sup> Surgery  
1, Georgi Sefvicki Blvd., 1431 Sofia, Bulgaria  
Assoc. Prof. Kostadin Angelov, MD  
E-mail: surgery@gmail.com  
dr.k.angelov@gmail.com

ISSN 0450-2167  
D&M Ltd. PUBLISHING HOUSE  
1, Bel'inski, 11 Zvezda Str., 1000 Sofia, Bulgaria  
Phone: +359 883 440444, e-mail: dnm@dnm.kazirovski@gmail.com  
Editor: D. Nikolova, Art Editor: M. Karamali, Designer: R. Groukova

**РЕЗЮМЕ**  
**ЦЕЛ:** Едни от най-честите причини за механичен иктер е локално авансирал или метастазирал карцином от гастроинтестиналния тракт (ГИТ). Перкутанният билиарен дренаж (ПБД) е мининвазивен подход за преодоляване на механичния иктер при тези рискови пациенти. Ролата на дренажа може да бъде палиативна, при нерезектабилни карциноми, с цел подобряване качеството на живот на болния и възможност за палиативна химиотерапия. В няколко броя случаи механичния иктер контраиндицира извършване на панкреасна общо състояние. ПБД може да бъде предоперативен метод за кондициониране на тези високорискови пациенти. Целта на настоящото ретроспективно проследване е да се установи ефективността на ПБД при нерезектабилни, карциномно болни с меда като предоперативен подход при иктерични пациенти с резектабилен карцином. **МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ:** В представеното ретроспективно проследване са включени 86 перкутанен билиарен дренаж, на които е поставен коремна хирургия към КЦГЕ в Клиниката по ска Болница „Парина Йоанна - ИСУЛ“ - София за периода 2010-2016 г. Средната възраст

**SUMMARY**  
**AIM:** One of the most frequent causes for mechanical icterus is locally advanced or metastatic carcinoma of gastrointestinal tract (GIT). The percutaneous biliary drainage (PBD) is a minimally invasive approach for overcoming of the mechanical icterus in those risk patients. The role of drainage may be palliative in unresectable carcinomas - with the purpose of improvement of the quality of life of patient, and possibility for palliative chemotherapy. In a number of cases the mechanical icterus is a contraindication for performing of pancreatic or hepatic resection due to the impaired general condition. PBD may be a preoperative method for conditioning of those highly risk patients. The aim of the current retrospective PBD in patients with unresectable carcinoma, with also performed as a preoperative approach in patients with icterus, with resectable carcinoma. **MATERIALS AND METHODS:** 86 patients with mechanical icterus are included in the presented retrograde monitoring; they underwent placing of percutaneous biliary drainage in the Clinic of Abdominal Surgery at the Clinical Center of Gastroenterology of University Hospital "Tsaritsa Yoanna-ISUL" - Sofia in the period 2010-2016. The average age of patients was 67 years (31-84 years), 32 of them were men, and 54 - women. 29 patients had carcinoma of the head of pancreas, 3 - carcinoma of the

**Резюме /V.15/**

Ц.Спиридонова, Д.Дамянов, Г.Желев, Е.Костадинов, **Д.Сотиров**. Риск и рискови фактори в еднокласната хирургия.Следоперативни усложнения в хирургията“, София, Издателство на СУБ “Медарт“,2008;I:653-661.

Българско хирургическо дружество



XVI Национална конференция по хирургия

## СЛЕДОПЕРАТИВНИ УСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИЯТА

16 – 19 октомври 2008 г.

Пловдив, Парк хотел "Санкт Петербург"

## ДОКЛАДИ

София – 2008 г.

### РИСК И РИСКОВИ ФАКТОРИ В ЕДНОДНЕВНАТА ХИРУРГИЯ

Ц. Спиридонова, Д. Дамянов, Г. Желев, Е. Костадинов, **Д. Сотиров**  
Клиника по хирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, МВ-София

#### РЕЗЮМЕ

Вярно е еволюцията в провеждането на едnodневна хирургия като нов модел на оперативни лечения е обусловено от реалният икономически профит за здравната система и високото качество на медицинска услуга към пациентите. При реализирането на този тип хирургия се събояват три основни групи на риск – медицински, организационен и психо-социален. Представяме проспективно проследяване на 143 пациента, оперирани в едnodневна хирургия със следните клинични диагнози – първична херния, доброкачествени заболявания на млечна жлеза, заболявания в перитонеалното пространство, неусложнена холелитиаза и херния на прешла корена с гени. Целта на проследяването и на литературния преглед е да се идентифицират основните рискови фактори в едnodневната хирургия и напредат да ежните минимизирани. Ефективната организация на работа и колективната предоперативна оценка на риска гарантират ефективна и ефикасна едnodневна хирургия.

Едnodневната хирургия влезла все повече привърженици и в нашата страна. Процедурите с краткотрайно провеждане се изпълняват в петти активни хирургични отделения. Все още обаче няма унифицирано разбиране на принципите и спецификата на едnodневната хирургия означава използване на традиционните хирургични техники и методи, но при спазване на едно важно условие – пациентът да престане на болнично легло бързо няколко часа. Това време е важно за едnodневните пациенти, които до допълнително сериозно повишаване на вниманието на хирурга, да допълнително изследват при предоперативната оценка и подготвят на пациента – като и в работното и спазването на строгите изисквания и системи за контрол при изпълнение на операцията.

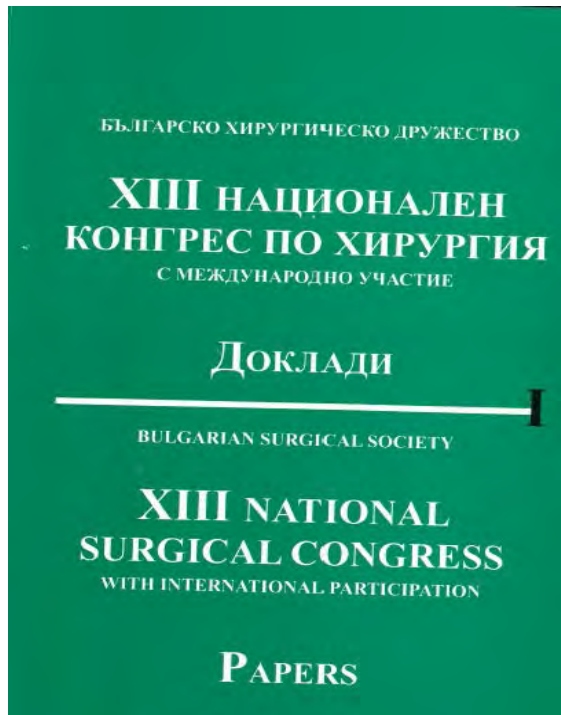
Комплексният риск в едnodневната хирургия е съставен от няколко компоненти:

1. Медицински риск – той е свързан с преценката на обхвата анестезията и доколко е подходящо за пациента, на и едnodневното лечение на болничното на хирургичен оператор и принадлежностите на неговите колеги.
2. Организационен риск – той включва всички проблеми, свързани с назначаването на пациента на нормативни документи, на подготовка на персонала за приемане, подбор, избор на операция, следоперативен контрол и наблюдение, и изписване на болния или изпращане на принципите и спецификата на хоспитализирането му в болница за период по-дълъг от 24ч.
3. Социален и психологически риск – той е съставен от когнитивни, свързани с удовлетвореността на пациента, от зигностичните и лечебни процедури, на които е подложен, от формата и начина на неговото из-

653

### Резюме /V.16/

**Д. Сотиров, Д. Azoulay, Д. Дамянов, Ц. Спиридонова.** Резекция на vena portae при оперативното лечение на пациенти с карцином на панкреаса. Сборник доклади XIII Национален конгрес по хирургия, София, Издателство на СУБ "Медарт". 2010;I:40-49.



## РЕЗЕКЦИЯ НА ВЕНА ПОРТЕ ПРИ ОПЕРАТИВНОТО ЛЕЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ С КАРЦИНОМ НА ПАНКРЕАСА

Резултат от оперативното лечение в болница  
"Paul Brousse" Париж, Франция

Д. Сотиров, Д. Азулае<sup>1</sup>, Д. Дамянов, Цв. Спиридонова

УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ МУ – София; <sup>1</sup>Hopital "Paul Brousse", service hepatobiliaire et transplantation hépatique – Paris, France

## PORTAL VEIN RESECTION IN THE OPERATIVE TREATMENT OF THE PATIENTS WITH PANCREATIC CANCER

Docute from the operative treatment in the University Hospital Paul Brousse, Paris, France

D. Sotirov, D. Damyanov, D. Azoulay<sup>1</sup>, Tz. Spiridonova

<sup>1</sup>University hospital "Queen Jovanna – ISUL" – Sofia; <sup>1</sup>Hopital "Paul Brousse", service hepatobiliaire et transplantation hépatique – Paris, France

### Abstract

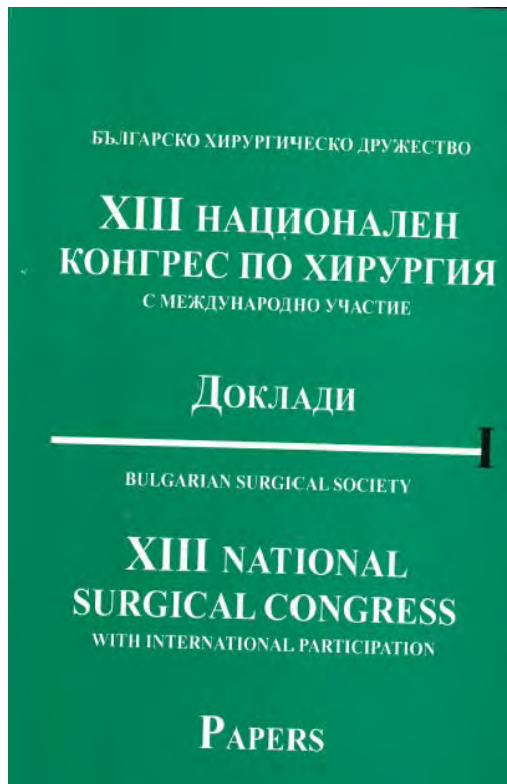
Despite the advancement in the operative technique and postoperative care of the patients with pancreatic cancer, the prognosis is still dismal.

This is a retrospective study of the results from the operative treatment of patients with pancreatic cancer and vascular invasion by the tumor. For the period 1999-2008, in the University hospital Paul Brousse Paris, France, this study totally included 204 patients with macroscopically curative (R0) duodeno-pancreatic resection and splenopancreatic resection. Preoperative diagnosis was adenocarcinoma of head, body of the pancreas; adenocarcinoma of the distal choledoch and adenocarcinoma from the ampulla of Vater. From these patients there was 25 patients with portal vein resection. The reconstruction after venous resection was accomplished by primary end-to-end anastomosis in 15 patients (72%), polytetrafluoroethylene (PTFE) graft in 2 patients (8%), harvested venous allograft external iliac vein in 4 patients (16%). Based on preoperative imaging (CT), indication for venous resection was unilateral involvement of the portal vein (5/18). There was no circumferential venous involvement. We separated the patients with portal vein resection and without portal vein resection in two groups and analysed histopathologic characteristics of the tumor, operative characteristics as prognostic factors for postoperative morbidity, mortality and survival of the patients.

Въпреки напредъка в оперативната техника и постоперативните грижи, карцином на панкреаса остава с лоша прогноза. Само радикалната R0 резекция дава шанс на пациентите с панкреасен карцином.

## Резюме /V.17/

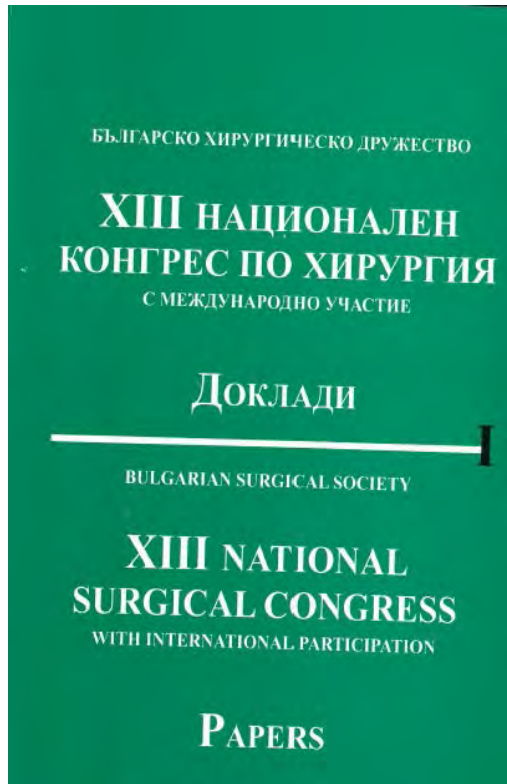
Д.Сотиров, Д.Дамянов, Д.Азулае, Н.Пенков, Г.Желев, С.Иванов. Сравнение на резултати от диагностиката и оперативното лечение на пациенти с панкреасен карцином - в българска и френска университетска болница. Сборник доклади XIII Национален конгрес по хирургия, София, Издателство на СУБ "Медарт".2010;I:59-69.



### Резюме /V.18/

**Д.Сотиров, Д.Дамьянов, Д.Азулай, Ц.Спиридонова, Г.Желев, М.Кермедчиев, Е.Костадинов.** Прогностично значение на биохимичните показатели, свързани със следоперативната заболеваемост и смъртност при пациенти с панкреасен карцином - анализ на резултати от работата в българска и френска университетска болница. Сборник доклади XIII Национален конгрес по хирургия, София, Издателство на СУБ“Медарт“.2010;!:82-93.





ПРОГНОСТИЧНО ЗНАЧЕНИЕ НА БИОХИМИЧНИ ПОКАЗАТЕЛИ СВЪРЗАНИ СЪС СЛЕДОПЕРАТИВНА ЗАБОЛЕВАЕМОСТ И СМЪРТНОСТ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ПАНКРЕАСЕН КАРЦИНОМ – АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИ ОТ РАБОТАТА В БЪЛГАРСКА И ФРЕНСКА УНИВЕРСИТЕТСКА БОЛНИЦА

Д. Сотиров, Д. Дамянов, Д. Азуле<sup>1</sup>, Цв. Спиридонова, Г. Желев, М. Кермедчиев, Е. Костадинов

*УМБАЛ „Царица Йоана – ИСУЛ“, МУ – София, <sup>1</sup>Hopital “Paul Brousse”, service hepatobiliaire et transplantation hepaticque – Paris, France*

BIOCHEMICAL PREDICTIVE VALUES FOR THE POSTOPERATIVE MORBIDITY AND MORTALITY OF THE PATIENTS WITH PANCREATIC CANCER. ANALYSIS OF TREATMENT IN BULGARIAN AND FRENCH UNIVERSITY HOSPITAL.

D. Sofirov, D. Damyanov, D. Azoulay<sup>1</sup>, Tz. Spiridonova, G. Jelev, M. Kermedchiev, E. Kostadinov

*<sup>1</sup>University hospital “Queen Jovanna – ISUL”, Sofia; <sup>1</sup>Hopital “Paul Brousse”, service hepatobiliaire et transplantation hepaticque – Paris, France*

Abstract

The duodeno-pancreatic resection is complicated operative intervention with postoperative morbidity around 40% and postoperative mortality between 2-5%. Until now there are not enough studies on the correlation between the preoperative biochemical values and postoperative morbidity and mortality.

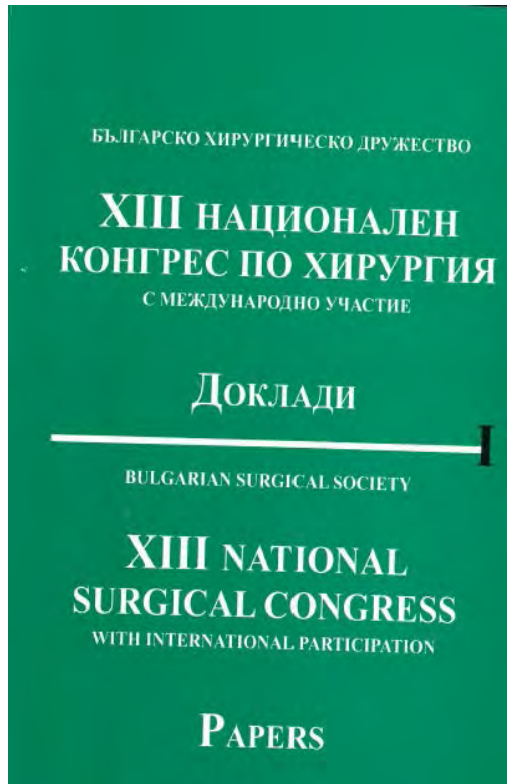
In this study we analyze the link between different altered biochemical values and postoperative morbidity and mortality. For every biochemical value, we analyze the most frequent complication and mortality in the two University Hospitals. In the conclusion, the study show the most frequent constellation of altered biochemical values responsible for postoperative complications and mortality in the operative treatment of pancreatic cancer.

1/Увод:

Дуоденопанкреатичната резекция е сложна оперативна интервенция с постоперативен морбидитет 40% и смъртност 2-5%. При провежданите рутинни лабораторни изследвания до момента няма точно определени предоперативни биохимични маркери отчитащи ранната постоперативна прогноза на тези пациенти.

Резюме /V.19/

Д.Дамянов, Д.Сотиров, Д.Azoulay, Ц.Спиридонова. Еволюция в оперативната техника при хирургичното лечение на пациенти с панкреасен карцином.Сборник доклади XIII Национален конгрес по хирургия, София, Издателство на СУБ “Медарт“.2010;1:94-109.



ЕВОЛЮЦИЯ В ОПЕРАТИВНАТА ТЕХНИКА ПРИ  
ХИРУРГИЧНОТО ЛЕЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ С  
ПАНКРЕАСЕН КАРЦИНОМ

Д. Дамянов, Д. Сотиров, Д. Азулей<sup>1</sup>, Цв. Спиридонова  
*УМБАЛ „Дарица Йованова – ИСУЛ“, МУ – София; <sup>1</sup>Hopital “Paul  
Brousse” – service hépatobiliaire et transplantation hépatique – Paris, France*

EVOLUTION OF THE OPERATIVE TECHNIQUE IN THE  
SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENTS WITH  
PANCREATIC CANCER

D. Damyanov, D. Sotirov, D. Azoulay<sup>1</sup>, Tz. Spiridonova  
*University hospital “Queen Jovanna – ISUL”, Sofia; <sup>1</sup>Hopital “Paul  
Brousse” – service hépatobiliaire et transplantation hépatique – Paris, France*

“No pancreatic duct is too small to be sutured.”  
Dr. Kenneth Warren

**Abstract**

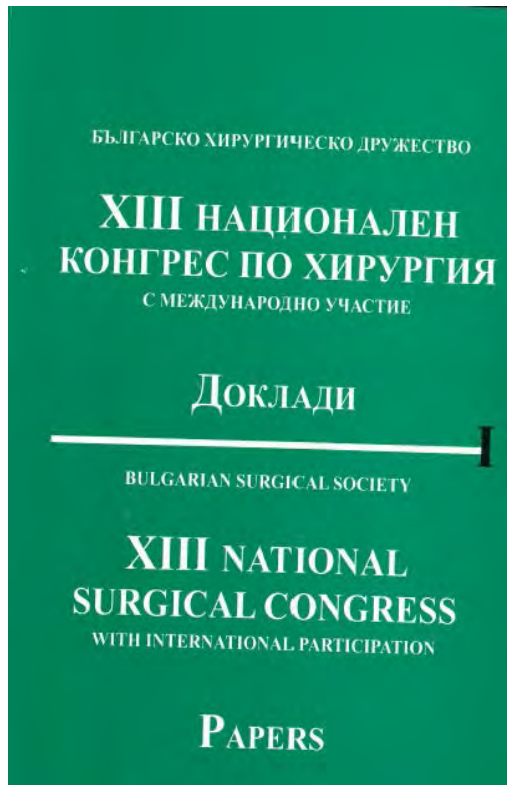
Duodenopancreatic resection is a planned surgical procedure demanding precise surgical skills in the part of the dissection and creation of the pancreatic anastomosis. Despite advancement in the operative technique and postoperative care of the patients in the high specialized centers in pancreatic surgery, the postoperative mortality is between 0-8% and postoperative morbidity between 30-50%. The insufficiency of the pancreatic anastomosis is the most important predictive factor of the postoperative results. The goal of this research is the comparison between the different modifications of the operative techniques, their advantages and disadvantages in order to decrease the postoperative complications of the patients. In this research, the authors utilize their own experience, compared with the operative techniques found in the literature/meta-analysis, prospective, retrospective, randomized studies, guidelines for the operative treatment of the pancreatic cancer. The most complicated technically and the most preferred pancreatic anastomosis is the duct-to-mucosa pancreaticojejunal anastomosis. This anastomosis can be applied to the normal pancreas and non-dilated pancreatic duct. In this article are also described different modifications of the pancreaticojejunal anastomosis, variations of the dissection and reconstruction techniques, methods which reinforce the pancreatic anastomosis and an utilization of octreotide in the prevention of pancreatic anastomosis insufficiency.

Дуоденопанкреатичната резекция е планова хирургична интервенция, изискваща прецизна деструктивна част, микрохирургична техника при изграждане на анастомозите с последваща дигестивна реконструкция.

Въпреки напредъка в оперативната техника и рехабилитационните грижи във високоспециализирани центрове за панкреатична хирургия все още следоперативната смъртност варира между 0-8%, а заболяемостта – между 30-50% [12,13,14].

Резюме /V.20/

Ц.Спиридонова, Д.Дамянов, Е.Костадинов, М.Кермедчиев, **Д.Сотиров**, Г.Желев, Р.Пандев. Херниопластика в еднокдневната хирургия - организация на клиничната работа за пациента и тип на оперативните техники. Сборник доклади XIII Национален конгрес по хирургия, София, Издателство на СУБ “Медарт”, 2010;I:635-640.



## ХЕРНИОПЛАСТИКА В ЕДНОДНЕВНА ХИРУРГИЯ – ОРГАНИЗАЦИЯ НА КЛИНИЧНАТА РАБОТА ЗА ПАЦИЕНТА И ТИП НА ОПЕРАТИВНИТЕ ТЕХНИКИ.

Цв. Спиридонова, Д. Дамянов, Е. Костадинов, М. Кермедчиев,  
Д. Сотиров, Г. Желев, Р. Пандев

Клиника по хирургия УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, МУ – София

Най-честата оперативна намеса в света остава херниопластиката. В САЩ годишно си извършват 500 000 пластични възстановявания на ингвиналния канал. Еднодневната хирургия (ЕХ) при лечението на херниите се приема като икономически ефективна и отговаряща на интереса на пациента и практиката. Статистическият анализ в УМБАЛ Царица Йоанна- ИСУЛ показва, че две оперативни интервенции реално водят до икономически профит за болницата – херниопластиката в еднодневна хирургия и лапароскопската холецистектомия с къс болничен престой до 48 часа. Коректното организиране на хода на пациента от първоначалната консултация до последния контролен преглед е базисно условие за постигане на сигурност за него, сигурност за хирурга и икономическа изгода за болничното заведение.

За периода от 2008 – 2010 г. в отделението по еднодневна хирургия към Клиниката по хирургия са извършени 677 херниопластики, от тях мъже 617 (91,1%), 60 (8,8%) жени. Всички пациенти са изписани до 24-я час от постъпването си. Типовете хернии са – 472 (69,7%) ингвинална, 72 (10,6%) умбиликална, херния на бялата линия – 23 (3,3%), постоперативни евентрации 15 (2,2%), други вентрални хернии – 95 (14%). Оперативните техники, които са използвани, групираме най-общо като free tension 649 (95,8%) и конвенционална херниопластика 28 (4,1%). Типовете използвана анестезия са локална 297, интубационна 195, ларингеална маскова 47, спинална 110, невролепаналгезия 28. Пациентите са с клас АСА до III. Съпътстващи хронични заболявания са: захарен диабет при 11 болни (0,16%), артериална хипертония 175 (25%), алергия – 6 (0,88%), сърдечно-съдова недостатъчност I ст. – 12 (1,77%).

В отделението по ЕХ организацията на хирургичното лечение е подчинено на международните изисквания за сигурност и ефективност на този подход.

### 1. Първа консултация с хирург

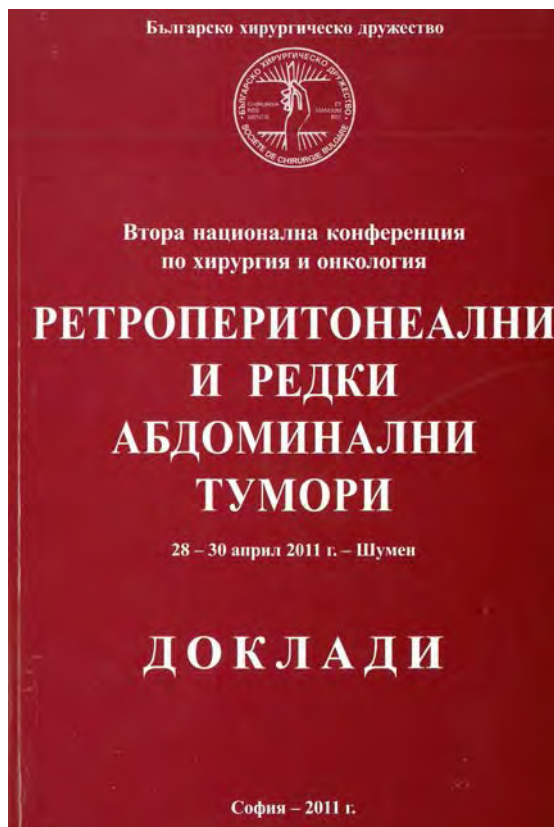
При първоначалната консултация с хирург всячки пациенти са прецизирани съобразно социални и клинични критерии за селекция. В еднодневна хирургия не бива да се допускат пациенти с отрицателни социални критерии. 483 пациенти са от район град София, 194 пациенти са с адрес, отдалечен на повече от 50 км от София. Те постъпват за лечение в ЕХ след като гарантират следоперативния си престой в гр. София до първата следоперативна консултация на 72-рия час. Всички пациенти разполагат с 24-часова възможност за телефонна връзка и с придружител. Няма пациенти с деменни и други ментални проблеми, които да са оперирани в рамките на ЕХ.

Хирургичните критерии за селекция на пациентите за херниопластика нямат строго лимитиращ характер при подбора на болните. Допуснати до лечение са и пациенти с двустранни ингвинални хернии – 5 (0,73%), при които tension-free техника е възможна, пациенти с ингвиналоскротални хернии – 4 (0,59%), с рецидивни хернии – 7 (1,03%), с малка следоперативна евентрация – 15 (2,12%). Водещо в хирургичната селекция е ценката на хирурга. Той насочва пациента си към ситемния администратор в ЕХ.

### 2. Предоперативна подготовка:

## Резюме /V.21/

Д.Дамянов, И.Терзиев, Б.Коруков, Б.Владимиров, Н.Пенков, П.Първанов, Д.Сотиров, Е.Костадинов, Г.Желев, Ц.Спиридонова. GIST - актуален проблем в коремната хирургия. Тематичен сборник “Ретроперитонеални и други редки абдоминални тумори“, София, Издателство на СУБ “Медарт“,2011;!:286-289.



## GIST – АКТУАЛЕН ПРОБЛЕМ В КОРЕМНАТА ХИРУРГИЯ

Д. Дамянов, И. Терзиев<sup>2</sup>, Б. Коруков, Б. Владимиров<sup>1</sup>, Н. Пенков, П. Първанов,<sup>3</sup> Д. Сотиров, Е. Костадинов, Г. Желев, Ц. Спиридонова

Клиника по хирургия, Отделение по патоанатомия<sup>2</sup>,

Клиника по гастроентерология<sup>1</sup>

УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“, МУ - София

През м. януари 2009 г. в Клиниката по хирургия на УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“ постъпи 43-годишен пациент (Н.Д.Д., Из №1092/2009 г.). Анамнезата му започва преди 1,5 години с хеморагия от стомашночревния тракт, свързвана първоначално с прием на НПВС и диагностициран ерозивен гастрит. След това обаче „мелените“ се повтарят няколкократно, регистрира се сериозна анемия независимо от масивни хемотрансфузии. Приет е в Клиниката по гастроентерология на ИСУЛ, където са направени ФКС, ФГС и интестиноскопия. На около 3,5 м. от съзъбието е намерен „полип“ с размери 2 x 3 см., на широка основа, с капелно кървене. След компенсация на анемията бе опериран (оп. № 32/19.01.2009 г.). На 20-25 см. от lig. Treitz по йеюнума се намери туморна формация с ендофитен растеж, карфиолоподобна, плътна, с дилатирани съдове по повърхността, с размери 10 см. височина, 8 см. диаметър и основа около 2 см. Направи се кунеiformна резекция на стената на йеюнума на 2 см. от ръба на формацията, а дефектът се затвори напречно с едноетажен шев. От страна на лигавицата се видя ясен дефект с диаметър около 1,5-2 см. и леко изпъкваща полиповидна средна част. Хистологичен резултат (№ 290-3/20.01.2009 г.): гастроинтестинален стромален тумор, вретеновидноклетъчен вариант. Имунохистохимично туморните клетки са позитивни за CD 117 (c-kit). Контролният преглед през м. юли 2009 г. показва добро състояние.

Оказа се, че през последните 3,5 години (2007 – 2010 г.) клинично и патоморфологично в нашата болница са диагностицирани 17 болни с GIST. Те са на възраст от 35 до 70 г. Основният тумор е локализиран в стомаха – при 5, в тънкото черво – при 4 и ретроперитонеално – при 3 пациенти. У двама са установени чернодробни метастази. Оперативно са третирани 4, при останалите 8 основният процес с неголеми размери е отстранен ендоскопски. Хистологично са регистрирани 3 епителоидноклетъчни и 9 вретеновидноклетъчни подварианти на GIST. Имунохистохимично всички са позитивни за CD 117 (C-kit) и CD 34.

Накратко представяме три наши наблюдения.

Жена на 78 г. И.М.Г. Из.№2529/10.02.2011 г. Съобщава за неспецифични топли болки в корема, бързо настъпващо чувство за ситост. Богата придружаваща патология. Ехография – припокриване на панкреаса от голяма туморна формация, стенодопирна до стомаха. КТ – междупанкреаса и десния чернодробен лоб мекотъкнна хетерогенна туморна формация с размери 80/75 мм. ФГС – евелация на стомашната стена с размери 15/20 мм. При операцията се намира тумор с неравна повърхност. На педикул към малката кривина на стомаха в областта на антрума. Парциална резекция на стомаха. Гладък следоперативен период. Хистологичен резултат: GIST епителоидноклетъчен вариант, C-kit+, ниска митотична активност 2/50 полета на силно увеличение.

Жена на 59 г. С.И.М., Из. 23152/20.12.2010 г. С оплаквания от 6 месеца за болки в корема, гадене, повръщане, слабост. Многократно изследвана, включително в болнични условия, но остава без диагноза. Установена тежка желязодефицитна анемия. На ехография и КТ се вижда интраабдоминален тумор, възможно ретроперитонеален. ФГС и ФКС – без отклонения. При операцията се намира туморна формация с диаметър 15 см. Дистално от lig. Treitz, мекват. Палпируеми метастази в десния лоб. Парциална тънкочревна резекция и йеюнума с терминотерминална анастомоза. Хистологичен резултат: GIST вретеновидноклетъчен вариант. Позитивна огнищна реакция CD 117 (C-kit), висока митотична

286

## Резюме /V.22/

Д.Дамянов,Д.Сотиров,С.Иванов,Ц.Спиридонова,Б.Големанов. Анастомози с панкреас - оперативни техники. Научен сборник “Анастомози в коремната хирургия“, София, Издателство на СУБ,“Медарт“,2011,188-201.

Под редакцията на  
чл.-кор. Д. Дамянов, дмн

# АНАСТОМОЗИ В КОРЕМНАТА ХИРУРГИЯ

Съюз на учените в България  
„МЕДАРТ“ – 2011

## АНАСТОМОЗИ С ПАНКРЕАСА – ОПЕРАТИВНИ ТЕХНИКИ

Д. Дамянов, Д. Сотиров, С. Иванов, Ц. Спиридонова, Б. Големанов  
МУ-София, УМБАЛ "Царица Йоанна-ИСУЛ", Клиника по Хирургия

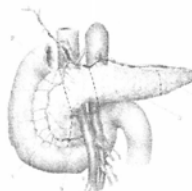
### Abstract

Background and aims Significant progress in surgical technique and perioperative management has substantially reduced the mortality rate of pancreatic surgery. However, morbidity remains considerably high, even in expert hands and leakage from the pancreatic stump still accounts for the majority of surgical complications after pancreatic head resection. For that reason, management of the pancreatic remnant after partial pancreateoduodenectomy remains a challenge. This review will focus on technique, pitfalls, and management of pancreaticoenteric anastomoses.

Materials and methods A medline search for surgical guidelines, prospective randomized controlled trials, systematic metaanalysis, and clinical reports was performed with regard to surgical technique and management of pancreatic anastomoses.

Results Pancreaticojejunostomy appears to be most widely performed, but pancreaticogastrostomy is a reasonable alternative. Neither stents of the pancreatic duct nor drainages have proven to effectively reduce anastomotic complications. Early drainage ablation reduces the risk of pancreatic fistula. The surgeon's experience with precise surgical technique are the most important factors for reduction of the risk from anastomotic leakage.

Панкреасната жлеза е деликатен орган с мековата, ацинозна структура. Нормално жлезата е около 70-80 гр. с удължена форма. Най-често диаметърът на главата е 2-3 пъти по-голям от този на опашката. В някои случаи формата на жлезата наподобява бишката и тогава тези диаметри са изравнени. При напречен срез формата ѝ е елипсовидна или триъгълна с тясна основа, рядко овална.



фиг. панкреасна жлеза с артериални и венозно кръвоснабдяване  
1/ глава, 2/ шийка, 3/ тяло, 4/ опашка на панкреаса

Панкреасът лежи мезоперитонеално, т.е. разположен е в ретроперитонеалното пространство, като предната му страна е покрита от париеалния перитонеум на дорзалната стена на коремната кухина.

188

## Резюме /V.23/

Д.Дамянов, Р.Лозанов, Г.Желев, Б.Владимиров, **Д.Сотиров**, П.Първанов, Н.Пенков, Б.Коруков, Р.Пандев, Е.Костадинов, Ц.Спиридонова. Комбинирано лапароскопско-ендоскопско лечение на екстрахепаталната литиаза и нейните последици. Сборник доклади XVII Национална конференция по хирургия, София, Издателство на СУБ "Медарт", 2012;I:380-383.

БЪЛГАРСКО ХИРУРГИЧЕСКО ДРУЖЕСТВО




**XVII НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ХИРУРГИЯ**  
11 – 14 ОКТОМВРИ 2012, ВАРНА  
КУРОРТЕН КОМПЛЕКС СЛЪНЧЕВ ДЕН  
ХОТЕЛ ПАЛАС, ХОТЕЛ МАРИНА

**МЕДАРТ**  
Издателство на Съюза на учените в България

**ЛАПАРОСКОПСКА/ВИДЕОАСИСТИРАНА ТОРАКОСКОПСКА ИЛИ КОНВЕНЦИОНАЛНА ХИРУРГИЯ - ПРЕПОРЪКИ, ПОДКРЕПЕНИ С ДОКАЗАТЕЛСТВА**

**ДОКААДИ**  
под редакцията на чл.-кор. Дамян Дамянов, дмн

## КОМБИНИРАНО ЛАПАРОСКОПСКО-ЕНДОСКОПСКО ЛЕЧЕНИЕ НА ЕКСТРАХЕПАТАЛНАТА ЛИТИАЗА И НЕЙНИТЕ ПОСЛЕДИЦИ.

Д. Дамянов, Р. Лозанов, Г. Желев, Б. Владимиров, Д. Сотиров, П. Първанов, Н. Пенков, Б. Коруков, Р. Пандев, Е. Костадинов, Ц. Спиридонова

### I. УВОД:

Усложненията на жлъчнокаменната болест (ЖКБ) са мехурни и извънмехурни. Лапароскопската холцистектомия е достатъчно ефективна за решаване на мехурните усложнения. На практика дискусиата продължава около резултатите при остър холецистит и за повишения риск от нараняване на жлъчните пътища при фибросклеротичен жлъчен мехур. Проблем остават усложненията свързани с екстрахепаталните жлъчни пътища (ЕХЖП) - холедохолитиоза, стенозиращ папилодит, хроничен панкреатит. Най-голяма е честотата на холедохолитиозата.

Още с въвеждането на лапароскопската холцистектомия в Клиника по хирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, МУ – София през 1994г. възникна възможността за съчетаване на лапароскопското с ендоскопско лечение, като предпоставка за това бе наличието на опитен ендоскопист. Ежегодно в Клиника по гастроентерология се извършват 80-120 папилотомии, от които 30-35 са на болни от Клиника по хирургия.

### II. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ:

За периода май 1994 до април 2012г. в Клиника по хирургия са извършени 1991 лапароскопски намеси при ЖКБ и 2656 конвенционални операции. За симптоматична неусложнена холелитиоза са оперирани 1108 (55.65%) по лапароскопски път и 527 (19.84%) по конвенционалната методика.

Усложнените форми на ЖКБ, включващи мехурни форми и такива на екстрахепаталните жлъчни пътища са решени при съчетан лапароскопски и ендоскопски прием при 883 (44.35%) болни и съответно при 2,129 (80.16%) чрез конвенционална методика.

	Лапароскопска хирургия	Конвенционална методика
симптоматична неусложнена холелитиоза	1 108	527
(мехурни и екстрахепатални пътища)	55,65%	30%
усложнени форми на ЖКБ	883	1 229
(мехурни и екстрахепатални пътища)	44,35%	70%
Общо:	1 991	1 756

При 883 пациенти оперирани лапароскопски са намерени усложнени форми на ЖКБ, от които 581 на жлъчния мехур и 312 на ЕХЖП. Сред конвенционално опери-

## Резюме /V.24/

Д.Дамянов, Г.Желев, Р.Лозанов, Д.Сотиров, Б.Владимиров. Лапароскопска диагностика на заболявания на хепатикохоледоха, схема и алгоритъм на изследване. Сборник доклади XVII Национална конференция по хирургия, София, Издателство на СУБ, “Медарт”.2012;|:384-389.



## ЛАПАРОСКОПСКА ДИАГНОСТИКА НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ХЕПАТОХОЛЕДОХА, СХЕМА И АЛГОРИТЪМ НА ИЗСЛЕДВАНЕ.

Д. Дамянов, Г. Желев, Р. Лозанов, Д. Сотиров, Б. Владимиров<sup>1</sup>

Клиника по хирургия, Клиника по гастроентерология<sup>1</sup>, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, МУ – София

### СЪСТОЯНИЕ НА ПРОБЛЕМА:

Заболяванията на хепатохоледоха се делят на бенигни и малигни. Най-често сред бенигните заболявания е холедохолитизата. Имайки предвид, че около 10% от женското население и 6% от мъжете страдат от жлъчнокаменна болест и 10-20% от тази популация (8-15% от пациентите под 60 годишна възраст и 15-60% от пациентите над 60 години) страдат от холедохолитиза (1, 2), става ясно, че това заболяване е с високо клинично, социално и икономическо значение. Останалата част от бенигните заболявания на екстрахепаталните жлъчни пътища се допълват от възпалителните стриктури, първичен склерозиращ холангит, анатомичните малформации, кисти на холедоха, бенигните тумори (рядко) и паразити. С увеличаване на дяла на жлъчната хирургия, не на последно място трябва да се поставят и билиарните травми, които въпреки, че в последните години намаляват, все още процента остава по-висок в сравнение с времето преди лапароскопската хирургия. Към момента цитираната честота на жлъчни травми при лапароскопска хирургия е 0.3-0.6%, докато при отворена хирургия тя е 0.1-0.3% (3-6). В последните години билиарните травми са една от най-честите причини за съдебни искове в коремната хирургия (3). Към групата на бенигните заболявания на екстрахепаталните жлъчни пътища трябва да се прибавят и заболяванията на сфинктера на Оди: сфинктерна дисфункция, склерозиращ папилит, перипапиларни дивертикули и т.н.

Сред малигните заболявания на жлъчните пътища основно значение има холангиокарцинома, който се дели на периферен – на интрахепаталните жлъчни пътища (5-10%), хиларен – ангажиращ екстрахепаталните жлъчни пътища до началото на ретродуоденалната част на холедоха (60-70%), като туморите в областта на конфлуенса на жлъчните канали се наричат тумори на Klatskin и според класификацията на Bismuth-Corlette се делят на три типа – I, II, IIIa, IIIb и IV. Дисталният холангиокарцином засяга ретродуоденалната част на холедоха (20-30%) (7). Значително по редки са останалите злокачествени тумори на екстрахепаталните жлъчни пътища – карциномид, мезенхимни тумори и др.

### ОБСЪЖДАНЕ:

Холедохолитизата е едно от най-честите извънмехурни усложнения на ЖКБ. В около 90% е резултат от миграция на конкременти от мехура в хепатохоледоха и около 10% е автохтонна. 2/3 От пациентите остават асимптоматични. Поява на симптоми става до 3 години в 0.5-4% от пациентите с асимптомна холедохолитиза. Предиктивните фактори за развитие на симптоми и усложнения при асимптомната холедохолитиза не са ясни (2). Диагностиката на холедохолитизата има три аспекта: пред-интра- и постоперативен.

*Предоперативна диагностика:* осъществява се от синтеза на информацията доставена от следните модальности:

## Резюме /V.25/

П.Първанов, Г.Желев, Ц.Спиридонова, **Д.Сотиров**, С.Иванов, М.Кермедчиев, Б.Коруков, Д.Дамянов. Ранна и отложена холецистектомия при остър билиопанкреатит. Сборник доклади XVII Национална конференция по хирургия, София, Издателство на СУБ, “Медарт”.2012;1:390-394.

## РАННА ИЛИ ОТЛОЖЕНА ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЯ ПРИ ОСТЪР БИЛИОПАНКРЕАТИТ

П. Първанов, Г. Желев, Ц. Спиридонова, Д. Сотиров, С. Иванов,  
М. Кермедчиев, Б. Коруков, Д. Дамянов

Клиника по хирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, МУ – София

### ВЪВЕДЕНИЕ

Алкохолна злоупотреба и жлъчнокаменна болест са водещи в етиологията на острия панкреатит (ОП), като на тях се дължат 75% до 80% от болестта (1). Редица социокултурни и икономически фактори, свойствени на отделните държави и географски райони определят водещата роля на едната или другата причина (2). Във Финландия, Норвегия и Дания алкохолно индуцираният панкреатит е 70% от случаите, на жлъчнокаменна етиология се дължат 20% (3, 4). Алкохолният остър панкреатит преобладава и в Унгария. В Германия съотношението алкохолен/билиопанкреатит има тенденция за изравняване (1). Противно на алкохолното етиологично преобладаване в тези страни, в Гърция, Италия и Азия преобладават острите билиарни панкреатити (5).

Честотата на ОП варира в широки граници – 5,4 /100000 души население в Англия, 46,6/100000 във Финландия до 79,8/100 000 в САЩ (3, 4). Тенденцията за нарастване за последните десетилетия е ясно очертана, цитираните по-горе данни за честотата на ОП за Финландия са към 1970 г., а за 1989 г. честотата вече е 73,4/100000 (3, 4). Ако за периода 1968-1980 г. честотата на ОП за Шотландия е била 9,4/100000, то за периода 1985-1995 г. тя вече е 31,8/100000 (6). Средният дял на повторна хоспитализация поради рецидив на ОП за Швеция възлиза на 28,7% (7). Без дефинитивно лечение острият билиарен панкреатит рецидивира в над 60% от болните след първия пристъп (8).

Традиционно холецистектомия при остър билиопанкреатит се извършва след отзвучаване на пристъпа, като се изчаква поне двуседмичен период в извънболнични условия, след което при повторна хоспитализация се извършва планова холецистектомия (9). Този модел на лечебно поведение започва да се ревизира през 70-те години на миналия век за болните с лек билиопанкреатит, когато се появяват съобщения за холецистектомии без отлагане, едновременно при хоспитализацията за ОП (8, 10, 11).

### МАТЕРИАЛ И МЕТОД

Съобщението е ретроспективно върху 232 болни с остър панкреатит лекувани в периода 2007 - 2011 г. Етиологично болните се делят на такива с алкохолен панкреатит – 97 (41,9%), билиопанкреатит – 107 (46,1%) и идиопатичен панкреатит – 28 (12%). Болните във всяка група са разделени съобразно клиничната форма на панкреатита: лек (оточен) панкреатит – 182 болни (78,4%), с Ranson <3 точки и 50 (21,6%) с некротичен панкреатит. Средната възраст на болните възлиза на 39 г 6 м години, повечето от тях са жени (табл. 1).

Табл. 1

Етиология	Общо (%)	Лек панкреатит (Ranson <3)	Некротичен панкреатит
Алкохолен	97 (41,9%)	67 (28,9%)	30 (12,9%)
Билиопанкреатит	107	90 (38,8%)	17 (7,3%)

**БЪЛГАРСКО  
ХИРУРГИЧЕСКО  
ДРУЖЕСТВО**






**XVII  
НАЦИОНАЛНА  
КОНФЕРЕНЦИЯ  
ПО ХИРУРГИЯ**

11 – 14 ОКТОМВРИ 2012,  
ВАРНА  
КУРОРТЕН КОМПЛЕКС  
САЪНЧЕВ ДЕН  
ХОТЕЛ ПАЛАС,  
ХОТЕЛ МАРИНА

МЕДАРТ  
Издателство на  
Съюза на учените в България

**ЛАПАРОСКОПСКА/  
ВИДЕОАСИСТИРАНА  
ТОРАКОСКОПСКА  
ИЛИ  
КОНВЕНЦИОНАЛНА  
ХИРУРГИЯ -  
ПРЕПОРЪКИ,  
ПОДКРЕПЕНИ  
С ДОКАЗАТЕЛСТВА**

ДОКЛАДИ  
под редакцията  
на чл.-кор. Дамян Дамянов, дмн

390

### Резюме /V.26/

Д.Дамянов, Р.Лозанов, Д.Сотиров, Г.Желев. Релaparоскопия. Сборник доклади XVII Национална конференция по хирургия, София, Издателство на СУБ, „Медарт“, 2012; I: 453-461.





## РЕЛАПАРОСКОПИЯ

Д. Дамянов, Р. Лозанов, Д. Сотиров, Г. Желев

Клиника по хирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ”, МУ – София

## RELAPAROSCOPY

D. Damyanov, R. Lozanov, D. Sotirov, G. Zhelev.

University Hospital “Queen Jovanna – ISUL” – Sofia

### Резюме

Авторите обсъждат използването на релапароскопията в диагностиката и лечението на ранните усложнения след лапароскопски операции. Представя се личен и чужд опит. Обсъждат се детайли от терминологията и особеностите в клиничната картина. Представени са рисковете от манипулацията, показанията за извършването ѝ, както и терапевтичните възможности и резултати. Препоръчва се по-широкото и рационално използване на релапароскопията в спектъра на диагностичните и хирургичните задачи при третирането на следлапароскопските компликации.

Лапароскопската хирургия има вече 25-годишна световна практика и се използва при оперативното лечение на болести на всички органи в коремната кухина, в ретроперитонеалното пространство, както и при заболявания на предната коремна стена. На фона на многобройните публикации по този въпрос прави впечатление, че терминът „релапароскопия” присъства в заглавията на неговлям брой статии. На практика обаче вероятно няма хирург или колектив, които да не извършват рутинно и масово лапароскопски операции и да не използват релапароскопията с диагностична или терапевтична цел. Това става на базата на личен опит, а все още не в резултат на широко дискутирани и регламентирани правила и показания. В клинични препоръки на американските лапароскопски хирурзи релапароскопията е въведена като диагностичен прием заедно с компютърната томография, като е предвидена възможността за прерастването ѝ в лечебна процедура (1). Единични са колективите, които приемат релапароскопията като основна форма на поведение, прилагана вместо релaparотомия. Вероятно това е свързано с факта, че усложненията при лапароскопски операции не са чести. При това част от интраоперативните компликации се регистрират и отстраняват още по време на хирургичната намеса.


### СОБСТВЕН МАТЕРИАЛ

За 20-годишната практика на Клиниката по хирургия са осъществени над 2415 лапароскопски операции. Регистрирани са 19 интраоперативни усложнения. 9 са свързани с билирагия, от които 4 поради отпускане на клипс на d. cysticus и са разрешени чрез реклипсиране; при 5 е регистрирана лезия на d. choledohus, свързана с термална увреда при 2-ма и остро нараняване на жлъчния канал при 3. При първите 2-ма е поставен дренаж, другите 3-ма са конвертирани. Хеморагия е регистрирана при 2-ма. Едната е решена по лапароскопски път, а другата чрез конверсия. При един пациент е установена перфорация на дуоденума, след което е направена конверсия. Рела-

453

## Резюме /V.27/

Д.Дамянов, Д.Сотиров, Ц.Спиридонова, С.Иванов, Р.Митова, Й.Генов, Б.Големанов. Техники за резекции на чернодробния паренхим-предимства и недостатъци. Сборник доклади „Критерии за решения в онкологичната хирургия, София, Издателство на СУБ,“Медарт“.2013;I:104-133.



**БЪЛГАРСКО  
ХИРУРГИЧЕСКО  
ДРУЖЕСТВО**

**НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ  
ПО ХИРУРГИЯ**

**КРИТЕРИИ  
ЗА РЕШЕНИЯ  
В ОНКОЛОГИЧНАТА  
ХИРУРГИЯ**

**20 – 22 Юни 2013, гр. Сангански**

**ДОКЛАДИ**

**София - 2013 г.**

## ТЕХНИКИ ЗА РЕЗЕКЦИИ НА ЧЕРНОДРОБНИЯ ПАРЕНХИМ – ПРЕДИМСТВА И НЕДОСТАТЪЦИ

Д. Дамянов, Д. Сотиров, Ц. Спиридонова, С. Иванов, Г. Желев,  
Р. Митова, Й. Генов, Б. Големанов<sup>1</sup>

Клиника по хирургия, <sup>1</sup>Клиника по гастроентерология,  
УМБАЛ «Царица Йоанна – ИСУЛ», Медицински университет – София

### ВЪВЕДЕНИЕ

Чернодробната резекция се счита дълго време за интервенция с най-трудна оперативна техника в хирургията. Обикновено голямата хепатектомия се свързва със значителна следоперативна смъртност и следоперативни усложнения. Хеморагията, чернодробната недостатъчност, билиарната фистула и сепсисът остават основните проблеми дори при сполучлива чернодробна намеса. През последното десетилетие в световен мащаб с подобряване на оперативната техника и селекцията на пациентите, с напредъка в анестезията и реанимацията, се подобриха в значителна степен резултатите след чернодробна резекция. Понастоящем следоперативната смъртност е под 5%, а оперативната хемотрансузия се пада в широки граници между 6,2-49% от случаите. Навлизането на мининвазивните оперативни методи и техническия напредък в оперативния инструментариум спомогнаха за намаляване на следоперативните усложнения, болничния престой и оперативната травма за пациента.

### КЛАСИФИКАЦИЯ НА ОБЕМА НА ЧЕРНОДРОБНА РЕЗЕКЦИЯ

Очевидно рисковете, свързани с голяма чернодробна резекция, са по-големи отколкото при неанатомична резекция. Това се дължи на по-голямата резекционна повърхност, увеличената кръвозагуба и повишения риск от чернодробна недостатъчност. Според дефиницията резекция до 3 чернодробни сегмента се определя като малка, при 3 и повече сегмента – като голяма, а при 5 и повече сегмента – като разширена резекция. Унифицираната номенклатура от Brisbane 2000, позволява сравняването на резултатите между различни центрове. Тази класификация има своите недостатъци, тъй като например резекцията само на 1 сегмент или на 4,5 и 8 сегмент могат да бъдат технически по-трудни от лява или десна хепатектомия и трудно биха се класифицирали като малка чернодробна резекция.

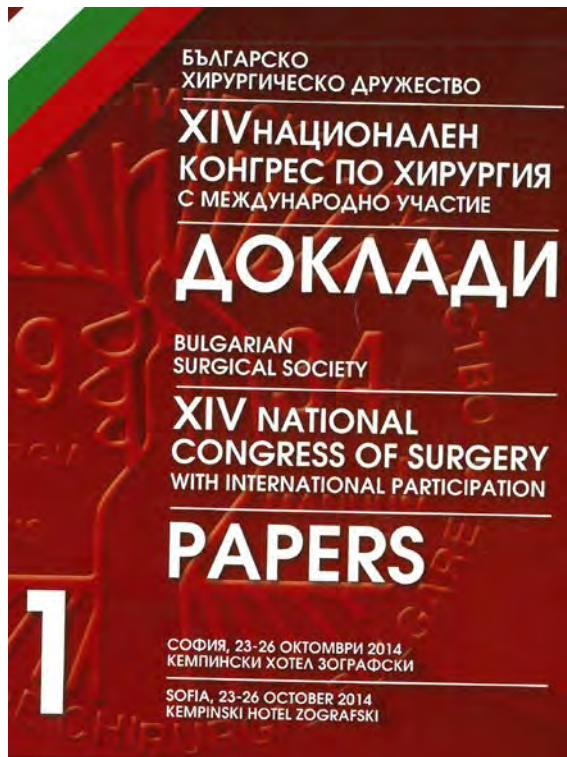
### Оперативни достъпи при чернодробна резекция

Традиционно през последните десетилетия, достъпът за чернодробна резекция е субкостален билатерален разрез с или без разширение към процесус кифоидеус. При чернодробни тумори, разположени в 7 или 8 сегмент, може да се комбинира коремният достъп с торакален. J-кожен разрез е също добра алтернатива с възможност за разширение към торакалната кухина при необходимост. Горната средина лапаротомия с приложима при малки чернодробни резекции в лявата чернодробна лоб.

104

## Резюме /V.28/

Д.Сотиров, Д.Дамянов,Ц.Спиридонова,Й.Генов,П.Гецов Лапароскопски чернодробни резекции. Сборник доклади XIVнационален конгрес по хирургия с международно участие.София, Издателство на СУБ,“Медарт“.2014;I:145-159.



## ЛАПАРОСКОПСКИ ЧЕРНОДРОБНИ РЕЗЕКЦИИ

Д. Сотиров, Д. Дамянов, Ц. Спиридонова, Й. Генев, П. Гецов, С. Иванов, Е. Даскалова.

Клиника по хирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, МУ – София

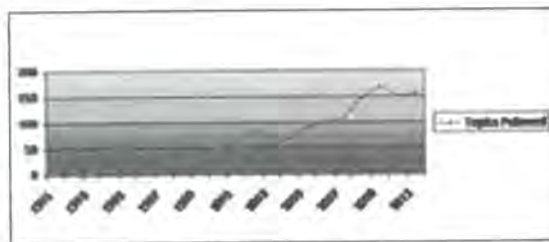
Съществуват няколко предпоставки за прилагането на лапароскопския метод при резекцията на черния дроб:

През 1929 г. гастроентерологът Heinz Kalk, смятан за основател на немската школа по лапароскопска хирургия, прилага 135° оптична система и двуроакрен достъп при диагностиката на жлъчно-чернодробните заболявания. През 1939 г. той публикува 2000 лапароскопски биопсии на черен дроб без постоперативна смъртност /1/. През 1980 г. Kurt Semm от Германия извършва първата лапароскопска апендектомия. В средата на 1980 г. Eric Mühe в Германия и Philippe Mouret във Франция извършват първата лапароскопска холцистектомия.

Подемът в развитието на перкутанната радиофреквентна аблация на чернодробни тумори и метастази през средата на 1990 г. предлага нов подход на лапароскопско оперативно третиране на чернодробните тумори /2,3/. Първите лапароскопски чернодробни резекции са атипични с цел стадирание на лимфом /4/.

През 1991 г. Harry Reich от САЩ и през 1992 г. Michel Gagner от Канада представят първите лапароскопски неанатомични чернодробни резекции /wedge resections/ по повод фамилна нодозна хиперплазия, като представят наблюденията си във вид на постер на Американската асоциация на гастроинтестиналните ендоскопски хирурзи/5,6/. Поради това, че методът не се смята за достатъчно надежден и се прилага рядко само при бенигни чернодробни тумори, той не намира широка подкрепа.

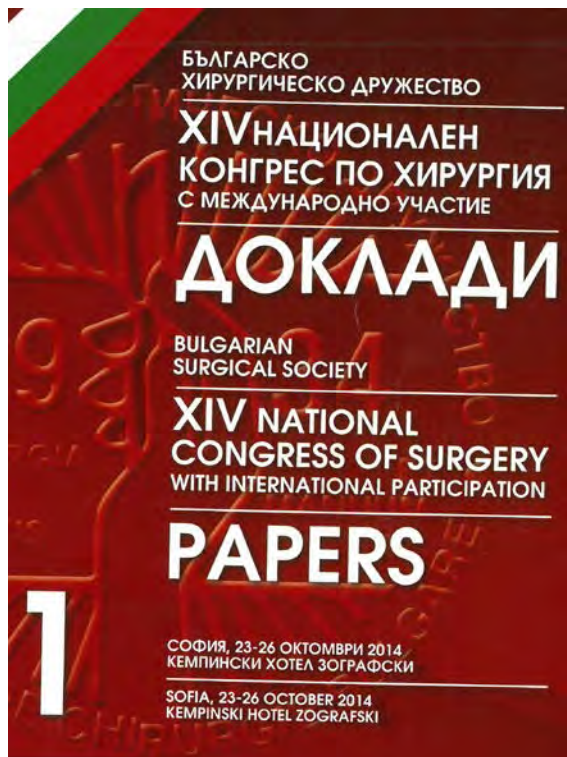
Първата анатомична лапароскопска чернодробна резекция – дява лобектомия по повод чернодробен аденом – е извършена през 1995 г. /7/. Оттук нататък честотата на лапароскопските чернодробни резекции постепенно нараства. В PubMed през 2011 г. се намират вече над 150 публикации на тази тема. Според публикация на Aldrighetti et al през последните 7 г. в Италия са направени над 1600 лапароскопски чернодробни резекции в 39 центъра, като само 1/3 от тях са извършени в специализирани хепатобиллиарни центрове.



публикувани в PubMed статии за лапароскопски чернодробни резекции през годините до сега

## Резюме /V.29/

**Д.Сотиров, Д.Дамянов, Ц.Спиридонова, Й.Генев, П.Гецов.** Оценка на протективния риск от исхемичното прекондициониране (ИП), предхождащо продължителен клампаж (ПК) при чернодробни резекции. доклад, Сборник доклади XIVнационален конгрес по хирургия с международно участие.София, Издателство на СУБ,“Медарт“.2014;I:160-166.



## ОЦЕНКА НА ПРОТЕКТИВНИЯ ЕФЕКТ ОТ ИСХЕМИЧНОТО ПРЕКОНДИЦИОНИРАНЕ (ИП), ПРЕДХОЖДАЩО ПРОДЪЛЖИТЕЛЕН КЛАМПАЖ (ПК) ПРИ ЧЕРНОДРОБНИ РЕЗЕКЦИИ

Д. Сотиров, Д. Дамянов, Ц. Спиридонова, Й. Генов, П. Гецов, С. Иванов, Е. Даскалова.

Клиника по хирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, МУ – София

**ЗАДАЧА** на настоящото ретроспективно изследване е да се оцени ефекта на исхемичното прекондициониране при 21 пациенти с тотален продължителен клампаж на входящите съдове/ Pringle maneuver/ върху остатъчния чернодробен паренхим и честотата на възникващите постоперативни усложнения. Продължителността на клампажа варира между 60 и 90 мин. При 12 пациенти е извършено исхемично прекондициониране с 10 мин. клампаж и 10 мин. реперфузия преди продължителния клампаж. Техниката на исхемично прекондициониране /ИП/ е приложена само при пациенти с голяма чернодробна резекция/ резекция на повече от 2 сегмента по класификацията на Couinaud/. При 6 пациенти с ИП и при 4 пациенти без ИП има установена цироза и между 25-30% едрокалчеста стеатоза. 5 от болните са диабетици на инсулинова терапия. Всички оперирани пациенти с цироза са Child A. Резултатите при пациентите с исхемично прекондициониране потвърждават по-ниско ниво на серумните трансаминази в следоперативния период. Това важи включително и за пациенти с инсулинозависим диабет и при тези до 65 г.

Няма следоперативна смъртност при двете групи – с и без исхемично прекондициониране. Честотата на следоперативните усложнения е еднаква и при двете групи.

### ДИСКУСИЯ

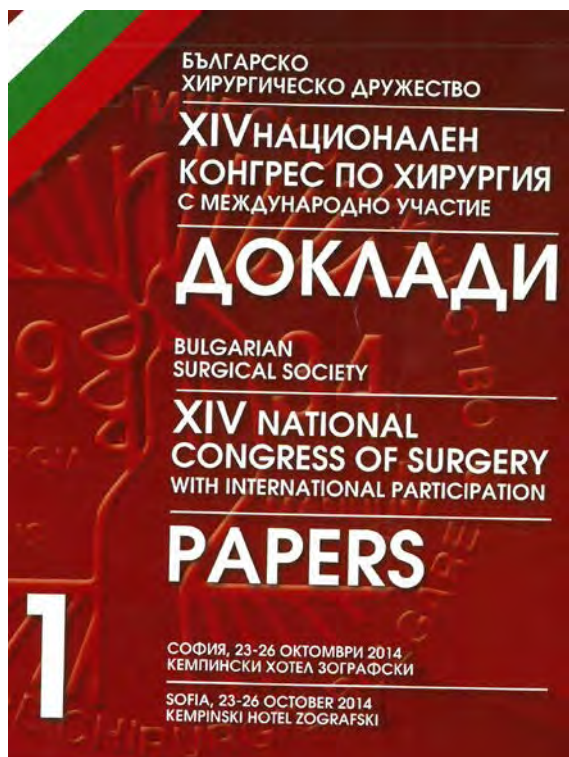
Чернодробната хирургия остава основен метод за лечение на пациенти с чернодробни метастази от КРК и една от възможностите за лечение на пациентите с първичен чернодробен карцином /1,2/. Въпреки натрупания хирургичен опит нововъведенията в образната диагностика и напредъка в анестезиологията и реанимацията, чернодробната резекция остава високо-рискова оперативна интервенция. Сnižаването на следоперативната смъртност от 20% под 5% при запазване на честотата на следоперативните усложнения, които във високо специализираните центрове достигат между 13,9%-43%, говори за голям напредък в чернодробната хирургия, но и за все още нерешени проблеми /3,4/.

Интраоперативната кръвозагуба и хемотрансфузията са основни прогностични фактори, влияещи върху изхода от чернодробна резекция и върху преживяемостта, свободна от заболяване /5,6,7/. Основна цел при чернодробната резекция е предотвратяване на интраоперативната кръвозагуба. С цел намаляването ѝ се прилагат различни техники. В основата е точно планиране на вида операция, съобразено с топиката на чернодробния тумор или метастаза, с вида на заболяването и със съответен избор на подходяща техника за клампаж на съдовете. Размерът на интраоперативна кръвозагуба може да бъде контролирана чрез:

– понижено предоперативно централно венозно налягане, постигане на ос-

### Резюме /V.30/

**Д. Сотиров, Д. Дамянов, Ц. Спиридонова, Б. Владимирова, Б. Наметков, С. Симинкович, Е. Даскалова, С. Иванов.** Лапароскопски палиативни операции при напреднал панкреасен карцином. Сборник доклади XIV национален конгрес по хирургия с международно участие. София, Издателство на СУБ, “Медарт”. 2014; I:310-320.



## ЛАПАРОСКОПСКИ ПАЛИАТИВНИ ОПЕРАЦИИ ПРИ НАПРЕДНАЛ ПАНКРЕАСЕН КАРЦИНОМ

Д. Сотиров, Д. Дамянов, Ц. Спиридонова, Б. Владимирова,  
Б. Наметков, С. Симинкович, Е. Даскалова, С. Иванов.

Клиника по хирургия, Клиника по гастроентерология, Клиничен център по гастроентерология, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, МУ – София

Само 10%-20% от панкреасните карциноми са резектабилни по време на диагноза-та /1,2/. Около 80% са локализиращи в главата на панкреаса /3/. До 90% от тях са с клинични белези на механичен иктер по време на диагнозата, което може да провокира бъдечна, чернодробна недостатъчност и нарушена коагулация. Двуденална обструктивна настъпва при 10%-25% от пациентите и обикновено следва биларната обструкция. Затова палиативното лечение на механичния иктер е с основен приоритет при тези пациенти/5,6/. Основните палиативни терапевтични стратегии при тези пациенти остават: а) ендоскопско протезиране или перкутанен биларен дренаж; б) хирургична билнодигестивна анастомоза/БДА/ с или без профилактична гастроентероанастомоза/ГЕА/7,8,9,10/. През последното десетилетие тези палиативни анастомози започнаха да се осъществяват по лапароскопски път, което намалява оперативния риск при този утежнен контингент, но удължава оперативното време.

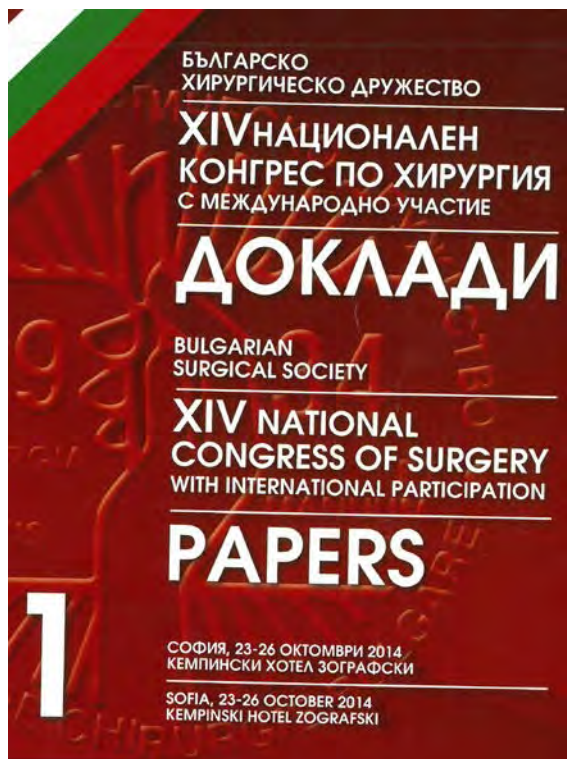
Целта на настоящето съобщение е да представи ретроспективното проследяване на 9 болни, оперирани в интервала между април и август 2014 г. (шест месеца), при които бяха извършени по лапароскопски начин палиативни билнодигестивни и гастроентероанастомози във връзка с диагностицирането на иноперабилен карцином на панкреаса. Диагнозата и иноперабилността се прецизират чрез стандартна и контрастна ехография (полезна за прецизиране на чернодробните метастази), контрастна оптична томография и интраоперативна ехография. При всички пациенти е прилагана и гастродуоденоскопия с трансендоскопска ехография, полезна за прецизиране на инфилтрация на съдовите структури, както и за евентуална биопсия. Операциите по ендоскопски път пациентите са представени на следващата таблица:

Пациенти	пол	възраст	Стойност на общи бил рубин	вид на операцията	Чернодробни метастази	Морталитет	Морбидитет
1	м	65	450	жлъчен мехур	да	0	-
2	м	68	520	ХЙА + ГЕА	не	0	-
3	ж	74	635	ХЙА	не	0	-
4	м	82	467	ХДА	не	0	-

310

### Резюме /V.31/

Б.Коруков, Д.Дамянов, М.Кермедчиев, Н.Пенков, П.Първанов, **Д.Сотиров**, Е.Костадинов, Ц.Спиридонова, Р.Пандев, Т.Седлоев. Невроендокринни тумори - клиничен и хирургичен опит в диагностиката и лечението. Сборник доклади XIVнационален конгрес по хирургия с международно участие,София, Издателство на СУБ,“Медарт“,2014;I:367-374.



## НЕВРОЕНДОКРИННИ ТУМОРИ – КЛИНИЧЕН И ХИРУРГИЧЕН ОПИТ В ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО.

Б. Коруков, Д. Дамянов, М. Кермедчиев, Н. Пенков, П. Първанов, Д. Сотиров, Е. Костадинов, Ц. Спиридонова, Р. Пандев, Т. Седлоев.  
Клиника по хирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, МУ – София

## NEUROENDOCRINE TUMORS –CLINICAL AND SURGICAL EXPERIENCE IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT.

B. Korukov, D. Damyanov, M. Kermedchiev, N. Penkov, P. Parvanov, D. Sotirov, E. Kostadinov, Ts. Spiridonova, R. Pandev, T. Sedloev

Universityhospital "Queen Jovanna ISUL", Medical university – Sofia

Невроендокринните тумори (NET, NET's) са хетерогенна по локализация и симптоматика група заболявания, имаща общ произход: невроендокринните клетки в човешкия организъм, пренети в различните органи и системи. Самите те са част от контролен орган и имат способността да приема и да синтезира сигнали и команди към и от останалите клетки и органи в организма като цяло. Тяхната нормална функция и дисфункция повлиява редица органи и системи, подвластни на хормоналните сигнали. Дълги години са се считали за редки заболявания на конкретен орган или система. Наричани са с много и различни имена: (Карциноидни тумори – Carcinoids), напоследък GEP-NET's (Gastroenteropancreatic endocrine tumors). Високите технологични и научни познания към момента ни дават друг поглед върху натрупаната информация и нейната преценка. Обединени по общия си признак: общ генезис на туморния процес, а именно пръснатите в различни органи и системи невроендокринни клетки и тяхната малигнена дегенерация, задава редица въпроси. Тяхното обединение и обследване по общия им признак доведе до сформирание на нова група, което като цяло е на път да измести от първото място по заболеваемост водещите до сега онкологични заболявания.

За периода февруари 2012 – август 2014г. в УМБАЛ „Царица Йоанна“-ИСУЛ ЕАД, гр. София са диагностицирани и лекувани 51 пациенти с NET's тумори. От тях 18 (35.29%) са оперирани, а 16 (31.37%) и диагностицирани в клиниката по хирургия (таблица №1).

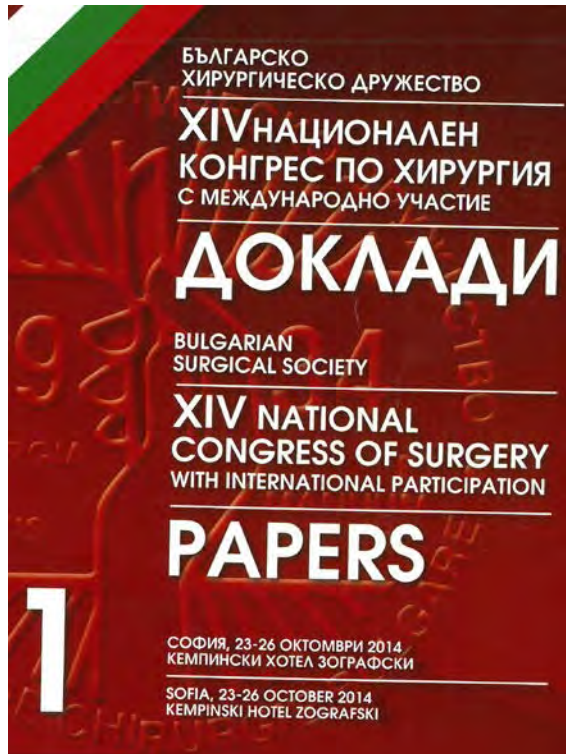
Таблица №1. Разпределение на диагностицираните и лекувани невроендокринни тумори по клиника.

Клиника на поставяне на диагнозата	Брой	Р%
Клиника по хирургия	16	31.37
Гастроентерология	17	33.33

367

### Резюме /V.32/

П.Първанов, Д.Дамянов, Б.Владимиров, Й.Генов, Б.Коруков, Н.Пенков, Г.Желев, Ц.Спиридонова, **Д.Сотиров**, П.Герзилов, М.Парунев, Б.Стефанов, Р.Димитров.  
Първа линия лечение на панкреасните псевдокисти - показания и резултати.  
Сборник доклади XIVнационален конгрес по хирургия с международно участие, София, Издателство на СУБ,“Медарт“,2014;I:432-443.



## ПЪРВА ЛИНИЯ ЛЕЧЕНИЕ НА ПАНКРЕАТИЧНИТЕ ПСЕВДОКИСТИ – ПОКАЗАНИЯ И РЕЗУЛТАТИ

П.Първанов, Д. Дамянов, Б. Владимиров, Й. Генев, Б. Коруков, Н. Пенков, Г. Желев, Ц. Спиридонова, Д. Сотиров, П. Герзилов, М. Парунев, Б. Стефанов, Р. Димитров

Клиника по хирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, МУ София

### I. ВЪВЕДЕНИЕ

Acute Pancreatitis Classification Working Group публикува през 2012 година ревизия на Класификацията от Атланта позоваваща се на “новите познания за етиологията, патофизиологията, протичането, тежестта на ОП” и предлага “унифицирана терминология за описание на локалните панкреатични и перипанкреатични колекции с възможностите на съвременните радиологични образнодиагностични методи” (1). Ревизията прецизира утвърдени и въвежда нови понятия за описание на локалните усложнения при ОП и потвърждава СТ като основен инструмент в диагностиката на панкреатичните псевдокисти.

1. Остра перипанкреатична течна колекция (ОПТК)- възниква само при остър едематозен панкреатит (ОЕП) без перипанкреатична некроза, в срок до 4-та седмица от началото му. ОПТК обикновено остава стерилна и се резорбира спонтанно, като рядко след този срок, с образуването на капсула, преминава в псевдокиста. КАТ критериите за ОПТК са: хомогенна колекция с течна денситометрична плътност, ограничена в перипанкреатичните съединителни фасциални пространства; разполага се строго екстрапанкреасно; не се установява капсула.

2. Панкреатична псевдокиста (ПпК) - течна колекция, ограничена в оформена, фиброзно-грануломатозна, лишена от вътрешен епителен слой капсула. Обикновено е разположена допирателно до панкреаса, като не съдържа или има минимално количество панкреасна некротична тъкан. ПпК се оформя след 4-та седмица от началото на ОЕП. КАТ критерии за ПпК са: добре отграничена, неправилна сфера, или овал, изпълнена с течност с хомогенна денситометрична плътност; не съдържа нетечностна компонента; има добре демаркирана стена, капсулираща целия течностен обем.

3. Остра некротична колекция (ОНК) – развива се при остър некротичен панкреатит (ОНП), като съдържа в различно съотношение течност и некроза; разполага се в паренхимата и/или в перипанкреатичните тъкани: КАТ критерии за ОНК са: образува се само след ОНП, хетерогенна, с течностно и нетечностно еквивалентна денситометрична плътност на съдържанието, липса на капсула, локализира се интра и/или екстрапанкреасно

4. Капсулирана панкреасна некроза (walled-off necrosis WON или walled-off pancreatic necrosis WOPN) - колекция от панкреасна и/или перипанкреасна некроза капсулирана в добре оформена възпалителна капсула, след 4 седмици от началото на ОНП. КАТ критерии за WOPN: добре изразена стена, напълно затворен обем; изпълнена с хетерогенна, с течностна и преобладаваща нетечностна денситометрична плътност маса; разполага се интра и/или екстрапанкреасно.

В предлаганата ревизия ясно се разграничават перипанкреатичните изливи - само течност, или в течността има и некротично разпадната тъкан (1). При остър едематозен

432

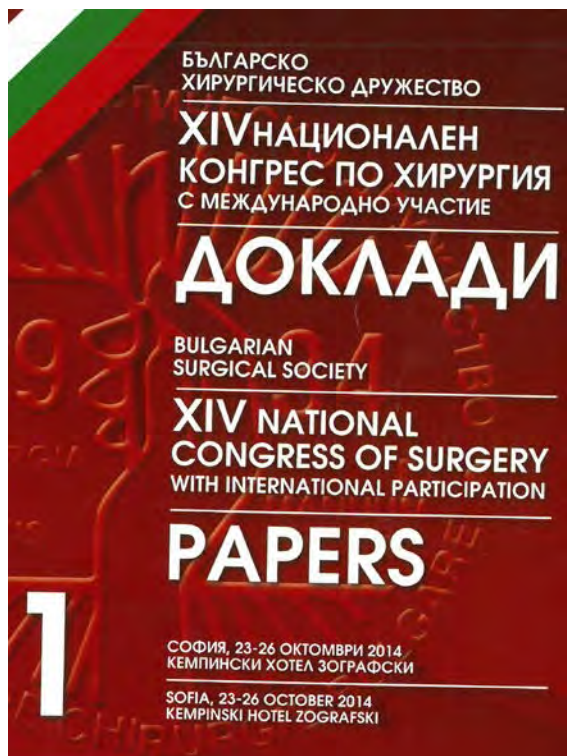
### Резюме /V.33/

Ц.Спиридонова, Т.Седлоев, Д.Сотиров, П.Първанов. Онкопластично лечение на рака на гърдата и класическата онкохирургия. Сборник доклади XIVнационален конгрес по хирургия с международно участие, София, Издателство на СУБ, “Медарт“,2014;II:991-998.

## ОНКОПЛАСТИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА РАКА НА ГЪРДАТА И КЛАСИЧЕСКАТА ОНКОХИРУРГИЯ

Ц. Спиридонова, Т. Седлов, Д. Сотиров, П. Първанов,

Клиника по хирургия, УМБАЛ Царица Йоанна - ИСУЛ



### РЕЗЮМЕ:

#### Въведение

Подобрената диагностика и въвеждането на скрининг водят до по-навременна диагноза на рака на млечната жлеза (РМЖ). Онкопластичната хирургия напълно променя модерния хирургичен подход към РМЖ, като търси баланс между радикалността и запазването на естетична форма на гърдата. Мултидисциплинарният подход позволява селектиране на пациенти, при които онкопластичните оперативни техники са добра алтернатива пред класическата онкохирургия.

#### Материал и методи

В проучването са включени 24 пациентки с РМЖ, оперирани в Клиниката по хирургия на УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ за периода 2011 – 2014 година. Основни критерии за включване в изследването са: хистологично доказан карцином на гърдата без наличие на далечни метастази. В диагностичния процес са използвани следните методи: клиничен преглед, ехография на млечните жлези и коремните органи, конвенционална мамография, ядрено-магнитен резонанс (ЯМР), компютърна аксиална томография (КАТ), SPECT/CT, рентгенография на бал дроб, костна сцинтиграфия, тънкостенна аспирационна биопсия (ТАБ), tru-cut биопсия и ексизионна биопсия за хистологична верификация и имунохистохимично изследване на хормонално-рецепторен статус и HER – 2 на тумора. Болните са разделени в две групи – селектирани болни, оперирани от един екип според принципите на онкопластичната хирургия – 14 пациентки и оперирани с класически онкометоди от различни екипи – 10 пациентки. Средната възраст на жените от проучването е 49,5 години (36 – 63 г.).

**Хирургично лечение** - mastectomy radicalis modificata (MRM) a modo Auchinclos, MRM a modo Patey и органосъхраняваща операция със сентинелна в/или класическа аксиларна лимфна дисекция. Използваните онкопластични подходи са: хирургия на квадранта, субкутанна мастектомия с едностранно поставяне на субмукуларен имплант и липодемаж с отложено поставяне на имплант. Средната възраст на пациентките е 49,5 години. Проведената според окончателните хистологични резултати адювантна терапия включва: химиотерапия, лъчетерапия, хормонотерапия. Степента на удовлетвореност на пациентките по отношение на естетичния ефект от оперативното лечение е отчетена на третия и дванадесетия месец по 5-степенна скала, отчитаща удовлетвореността от естетичния резултат в степени от много лоша (степен 1) до много добра, без разлика от преоперативната визия (степен 5). Данните са въведени и обработени със статистическия пакет SPSS 17.0.1.

#### Резултати

На третия месец след оперативното лечение десет (71,4 %) от жените с онкопластична намеса показват максимална степен на удовлетвореност – степен 5 и четири болни (28,6 %) - степен 4.

При жените с класическа онкохирургия тенденцията е към ниските степени на удовлетвореност. При десет от тях (55,5 %) е отчетена задоволителна оценка 3 и при осем (45,5%) – оценка лошо и много лошо.

#### Заключение

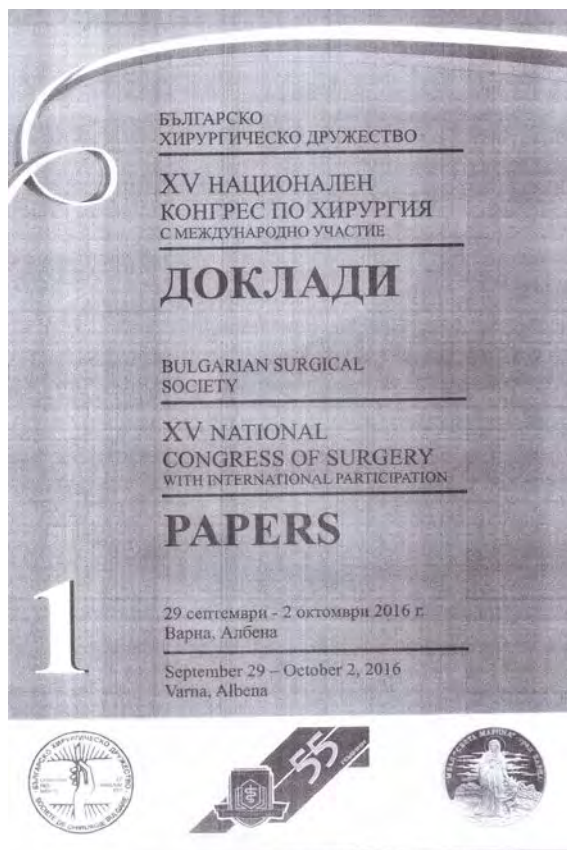
Онкопластичните оперативни техники показват много по-висока удовлетвореност за пациентките с РМЖ пред класическите методи. Извършени при селектирани болни от един екип, те не водят до повишена честота на усложнения и са с равностойни онкологични резултати.

991

### Резюме /V.34/

Д.Дамьянов, Г.Желев, Я.Асенов, Н.Пенков, П.Първанов, Б.Коруков, Д.Сотиров, П.Герзилов, Д.Пейчинов, Б.Наметков. Показания, предимства и недостатъци на външния и вътрешния билиарен дренаж. Сборник доклади XV Национален конгрес по хирургия с международно участие, София, Издателство на СУБ “Медарт”, 2016;I:107-117.





## ПОКАЗАНИЯ, ПРЕДИМСТВА И НЕДОСТАТЪЦИ НА ВЪНШНИЯ И ВЪТРЕШНИЯ БИЛИАРЕН ДРЕНАЖ

Д. Дамянов, Г. Желев, Я. Асенов, Н. Пенков, П. Първанов,  
Б. Коруков, Д. Сотиров, П. Герзилов, Д. Пейчинов, Б. Наметков

*Клиника по Хирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“ ЕАД  
Клиничен център по Гастроентерология,  
Медицински университет – София*

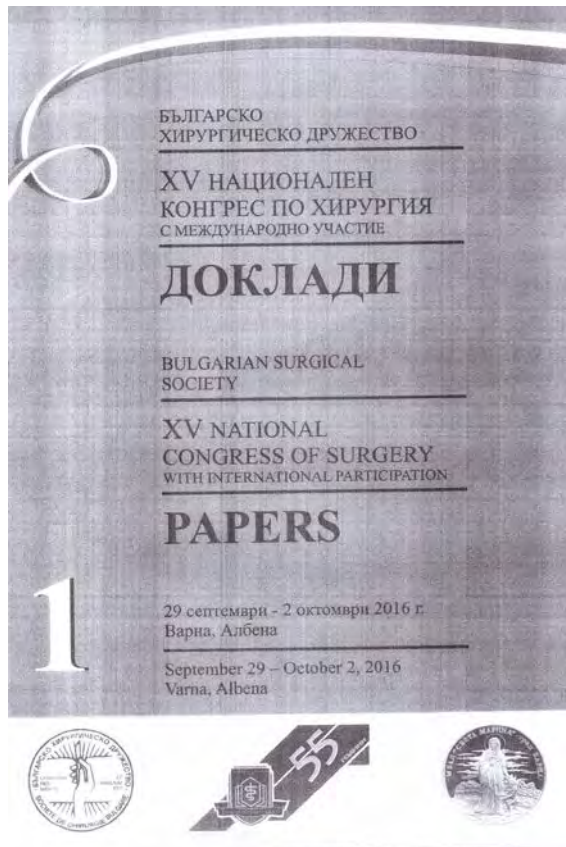
Авторите обсъждат показанията и възможностите за осъществяване на билиарни дренажи. Необходимостта от подобен дренаж се поражда при показания като билиарна хипертензия, холедохотомия, инструментална резекция на жлъчното дърво, хирургична папилотомия или папилостома, операции за лезии или стриктури на жлъчните пътища и др. Исторически първоначално се налага използването на външен билиарен дренаж, преобладаващо напоследък с използването на Кер дрен. През последните две десетилетия все повече се налагат поставянето на ендопротезите – първоначално поставяни от хирурзи по време на операция, а по късно от гастроентеролози по ендоскопски път. В доклада се обсъжда патофизиологията и патоморфологията на заболяванията, при които се налага използването на външни билиарни дренажи или ендопротези. Авторите подчертават временният характер на успеха от използването на дренажи особено при случаите на холангит и изразена билиарна хипертензия. Обсъждат се предимствата и недостатъците при използването на дренажи в хирургията на жлъчната система при злокачествени и злокачествени заболявания.

Поредица от наблюдения през последните години ни карат да се обърнем към проблема за билиарния дренаж през призмата на съвременните познания и възможности на жлъчната хирургия и алтернативните методи за въздействие върху жлъчната система. Ето някои от тях:

- Жена на 46 години, оперирана през 2012 година в областна болница по повод иноперабилен карцином на главата на панкреаса. Поставен е Т-образен дрен по Кер, който не прониква трансмурно и води до тотално извеждане на жлъчната секреция извън тялото. Хирургът-оператор препоръчва на пациентката да пие ежедневно продуцираната жлъчка. 5 месеца след операцията пациентката все още е в съхранен телесен статус, но с добре оформен билиарен гастрит и отвръщане към присеманата жлъчка. Проведена реоперация в Клиниката по хирургия. Осъществена палиативна хепатикоисюнознастомоза със съхраняване на Т-образния дрен като протекция срещу туморната инфилтрация, изведен през Y-рамото по

## Резюме /V.35/

**Д. Сотиров, Д. Дамянов, Ц. Спиридонова, Б. Наметков, И. Терзиев, Р. Митова, Й. Генов.** Резекции на черен дроб-методи и техники за подобряване на резултатите. Сборник доклади XV Национален конгрес по хирургия с международно участие, София, Издателство на СУБ“Медарт“,2016;I:173-181.



## РЕЗЕКЦИИ НА ЧЕРЕН ДРОБ-МЕТОДИ И ТЕХНИКИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Д. Сотиров, Д. Дамянов, Ц. Спиридонова, Б. Наметков,  
И. Терзиев, Р. Митова, Й. Генев

Клиника по хирургия, Клиника по гастроентерология-КЦИ Е-УМБАЛ  
"Царица Йоанна" - ИСУЛ-МУ София

### РЕЗЮМЕ

**Въведение:** Извършена е съоставка от оперативното лечение на пациенти с метастази от КРК, хепатоцелуларен карцином и холангиоцелуларен карцином в болница Paul Brousse-Paris, France и Клиника по хирургия в УМБАЛ "Царица Йоанна" - ИСУЛ - МУ София. Извършена е цялостна обработка на информацията на пациентите с тези заболявания, предоперативна подготовка, ливностика, стадирание, оценка на оперативния риск, определяне на следоперативните усложнения и преживяемостта при извършените чернодробни резекции.

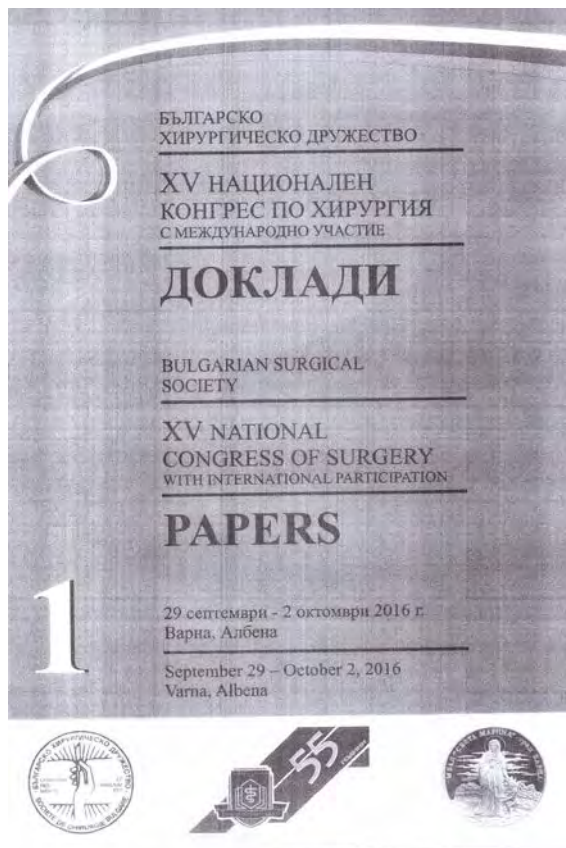
**Материали и методи:** При проследяването са съставени 119 пациенти оперирани с чернодробни метастази от КРК, 31 пациента с холангиоцелуларен карцином и 162 пациенти с хепатоцелуларен карцином в болница Paul Brousse-Paris, France. Извършена е съоставка с резултати от оперативното лечение на 67 пациенти с чернодробни резекции при метастази от КРК, 12 пациента с холангиоцелуларен карцином и 26 с хепатоцелуларен карцином оперирани във българската болница. При съоставката е акцентирало на предоперативната подготовка и методите за снижаване на оперативния риск при пациентите с чернодробни резекции при тези заболявания.

**Резултати:** При извършването на чернодробни резекции при пациенти със синхронни чернодробни метастази от КРК без и с остатъчна неoadвантантна химиотерапия се установява по-висока честота на интраоперативните и следоперативните усложнения при пациентите с химиотерапия. Най-висока е честота им при групата получила 1-6 курса неoadвантантна химиотерапия, които са били хемотрансфузирани най-често с  $\geq 2$  сака Ег-маса. Извършените чернодробни резекции на ХЦК и/или МК в българската болница са често съчетавани с предоперативна портална емболизация и често интраоперативни и следоперативни усложнения. Предоперативния биларен дренаж при пациентите с интрахепатален холангиоцелуларен карцином е предоперативно подпомагане на общия биларубин и кондициониране на пациентите са свързани с по-малки следоперативни усложнения.

**Изводи:** Симултанта голяма чернодробна резекция на метастази от КРК неутружко повишава следоперативния риск. При множествени синхронни метастази е планирана малка чернодробна резекция с необходимо провеждане на кратка неoadвантантна химиотерапия (до 6 курса). Симултанта малка чернодробна резекция дава сходна обща и свободна от заболяване преживяемост с 2-етапната чернодробна резекция. Продължителната неoadвантантна химиотерапия (1-6 курса) повишава риска от следоперативни усложнения и смъртност.

## Резюме /V.36/

Ц.Спиридонова, Т.Седлоев, **Д.Сотиров**, С.Ушева, С.Спиридонов, П. Първанов, Б.Наметков, Д.Дамянов, Д.Пейчинов, И.Терзиев, Б.Големанов. Субкутанна мастектомия с едномоментна реконтструкция с ретропекторален имплант - специфики на техниката. Сборник доклади XV Национален конгрес по хирургия с международно участие, София, Издателство на СУБ "Медарт", 2016;I:181-187.



## СУБКУТАННА МАСТЕКТОМИЯ С ЕДНОМОМЕНТНА РЕКОНСТРУКЦИЯ С РЕТРОПЕКТОРАЛЕН ИМПЛАНТ – СПЕЦИФИКИ НА ТЕХНИКАТА

Ц. Спиридонова<sup>1</sup>, Т. Селюев<sup>1</sup>, Д. Сотиров<sup>4</sup>, С. Ушева<sup>1</sup>,  
С. Спиридонов<sup>5</sup>, П. Първанов<sup>1</sup>, Б. Наметков<sup>1</sup>, Д. Дамянов<sup>1</sup>,  
Д. Пейчилов<sup>1</sup>, И. Терзиев<sup>2</sup>, Б. Големанов<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Клиника по хирургия УМБАЛ Царица Йоанна, МУ-София

<sup>2</sup>Отделение по клинична патология, УМБАЛ Царица Йоанна,  
МУ-София

<sup>3</sup>Клиника по гастроентерология, УМБАЛ Царица Йоанна,  
МУ-София

<sup>4</sup>Втора хирургична клиника, УМБАСМ „Н.И. Пирогов“

<sup>5</sup>Отделение по хирургия, МБАЛ Хигия

### РЕЗЮМЕ

Съвременното лечение на онкологичните заболявания налага като задължителен и медико-легален мултидисциплинарен подход. Пациентите с карцином на млечната жлеза се приемат за здрави при постигането на пълно психологическо равновесие и удовлетворение, което в огромен процент от случаите е свързан с реконструкцията на гърдата като завършващ етап от лечението им. Съвременните диагностични методи позволяват селекция на пациентите, които могат да се възползват от идеалната ситуация в лечението на карцином на млечната жлеза, съчетаващо принципите на онкологична радикалност без загуба на гърдата в изпълнение на принципите на най-актуалната оперативна практика – онкопластичната хирургия. Класическата индикация за субкутанна мастектомия с едномоментна реконструкция с имплант оставата пациентите с мултицентричен интрадуктален карцином, при които не се пада последваща лъчетерапия и пациентите с доказана BRCA 1 и BRCA 2 мутация, при които рискът от развитие на крацином на млечната жлеза надвишава многократно риска на останалата част от популацията.

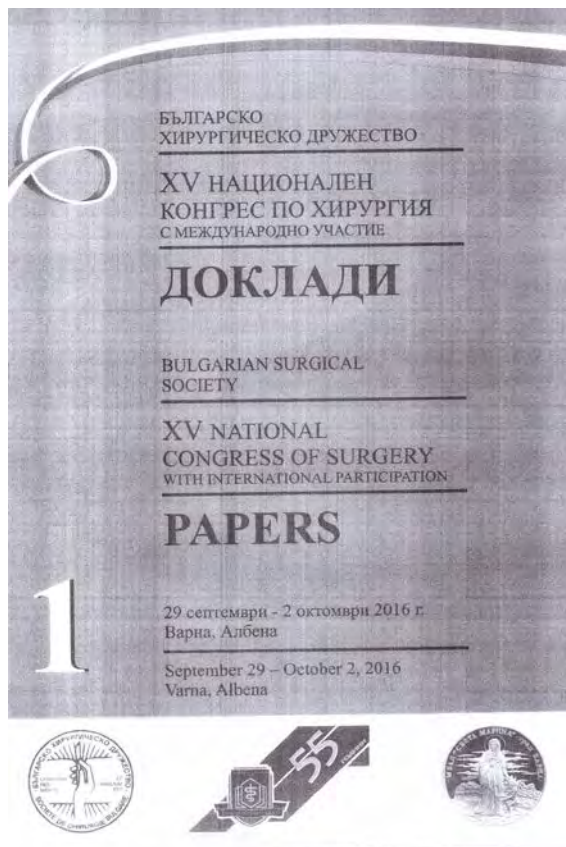
В Клиниката по хирургия на Царица Йоанна – ИСУЛ за период от 3 години са оперирани 9 жени със субкутанна мастектомия и едномоментна реконструкция с ретропекторален имплант с перипареоларен достъп. При 7 от тях е извършена и едномоментна сентилна лимфна дисекция след радиоактивно маркиране. При 8 от болните процедурата е билатерална.

Средният престой на пациентките в болнично условие е 72 часа. За три годишния период на проследяване няма данни за рецидив при нито една от пациентките. Няма данни за ранни и късни следоперативни компликации свързани със субкутанната мастектомия и със спецификата на ретропекторалния мускулен имплант. Удовлетвореността на пациентките от цялостният подход при лечението им е отлична.

### Резюме /V.37/

**Д. Сотиров, Д. Дамянов, Ц. Спиридонова, Б. Наметков, С. Спиридонов, Р. Митова, Й. Генов.** Единична метастаза от КРК – мястото на неoadювантната химиотерапия и отражението ѝ върху резултатите от хирургичното лечение.

Сборник доклади XV Национален конгрес по хирургия с международно участие, София, Издателство на СУБ“Медарт“, 2016; |1:197-203.



## ЕДИНИЧНА МЕТАХРОННА МЕТАСТАЗА ОТ КРК – МЯСТОТО НА НЕОАДЮВАНТНАТА ХИМИОТЕРАПИЯ И ОТРАЖЕНИЕТО Й ВЪРХУ РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ХИРУРГИЧНОТО ЛЕЧЕНИЕ

Д. Сотиров, Д. Дамянов, Ц. Спиридонова, Б. Наметков, С. Спиридонов, Р. Митова, Й. Генев

Клиника по хирургия, Клиника по гастроентерология – КЦГЕ - УМБАЛ "Царица Йоанна - ИСУЛ"- МУ София

### РЕЗЮМЕ

**Въведение:** Дискусията за правилния подход при пациенти с единична, голяма чернодробна метастаза от колоректален карцином е актуална и днес. Извършена е съпоставка при лечебния подход в болница Paul Brousse-Paris, France и Клиника по хирургия в УМБАЛ "Царица Йоанна"- ИСУЛ-МУ София, като са отчетени диагностиката, прилагането на неoadjuvantна химиотерапия, интраоперативните и следоперативните усложнения и преживяемост при пациентите с чернодробни резекции в двете болници.

**Материали и методи:** При проследяването са включени 12 пациенти с чернодробни резекции след неoadjuvantна химиотерапия и 10 пациенти без неoadjuvantна химиотерапия по повод голяма  $\geq 5$  cm, метастаза от КРК на френската болница. В Клиника по хирургия в УМБАЛ "Царица Йоанна-ИСУЛ"-МУ София са оперирани 25 такива пациенти след неoadjuvantна химиотерапия и 13 без предоперативна химиотерапия. Проследяването е извършено за период от 5 год. в двете болници. При съпоставянето на оперираните пациенти е извършена оценка на предоперативната подготовка, диагностичния подход, оценка на оперативния риск, ефекта и необходимостта от неoadjuvantна химиотерапия върху ранните оперативни резултати и следоперативни усложнения и преживяемост.

**Резултати:** Отчетени са по-голяма кръвозагуба, по-често прилагане на интраоперативен съдов климпаж, по-честа хемотораксия и по-дълго оперативно време и в двете болници при пациенти с чернодробна резекция на единична, голяма метастаза от КРК и предоперативна химиотерапия. По-продължителната неoadjuvantна химиотерапия  $\geq 6$  курса е свързана с по-чести и по-тежки следоперативни усложнения. При проследяване на преживяемостта не се установява сигнификантна разлика между общата и свободната от заболяване преживяемост при пациенти с и без неoadjuvantна химиотерапия и чернодробна резекция на голяма, солитарна метастаза от КРК.

**Изводи:** При единична, резектабилна, метакхронна метастаза  $\geq 5$  cm, с възможно извършването на резекция без неoadjuvantна химиотерапия при нисък риск от следоперативни усложнения и смъртност и еволю преживяемост. От друга страна е задължително извършването на следоперативна химиотерапия при удължаване на общата и свободната от заболяване преживяемост на тези пациенти.

107

### Резюме /VIA.1/

D.Damyanov, Tcv.Spiridonova, E.Kostadinov, D.Sotirov, Bumbarov V.The one day surgery-master surgery. 17<sup>th</sup> World Congress of the International Association of Surgeons and gastroenterologists, Bucharest,Romania, 05-08 september. Hepato-gastroenterology 2007;54(1):35.

# Hepato- Gastroenterology

Current Medical and Surgical Trends

## Supplement I

Volume 54

September 2007

Pages A1-A272

Editors-in-Chief

N.J. Lygidakis, Greece

E. Moreno Gonzalez, Spain

M. Makuuchi, Japan

A. Nakao, Japan

### ABSTRACTS

17<sup>th</sup> WORLD CONGRESS  
OF THE INTERNATIONAL  
ASSOCIATION OF SURGEONS,  
GASTROENTEROLOGISTS  
AND ONCOLOGISTS

This journal is indexed in:  
Current Contents (CM, US),  
Sciences Citation Index,  
Index Medicus and EMBASE/Excerpta Medica.

© H.G.E. Update Medical Publishing S.A.  
Athens-Stuttgart

Hepato-Gastroenterol. ISSN 0172-4599



Official Journal  
of the International  
Association of  
Surgeons,  
Gastroenterologists  
and Oncologists

FP-35

### THE ONE DAY SURGERY - MASTER SURGERY

Damyanov D., Spiridonova Tsv., Kostadinov E., Sotirov D., Bumbarov V.  
*Med. Univ. Sofia, Univ. Hosp. "Queen Joanna", Department of Surgery, Bulgaria*

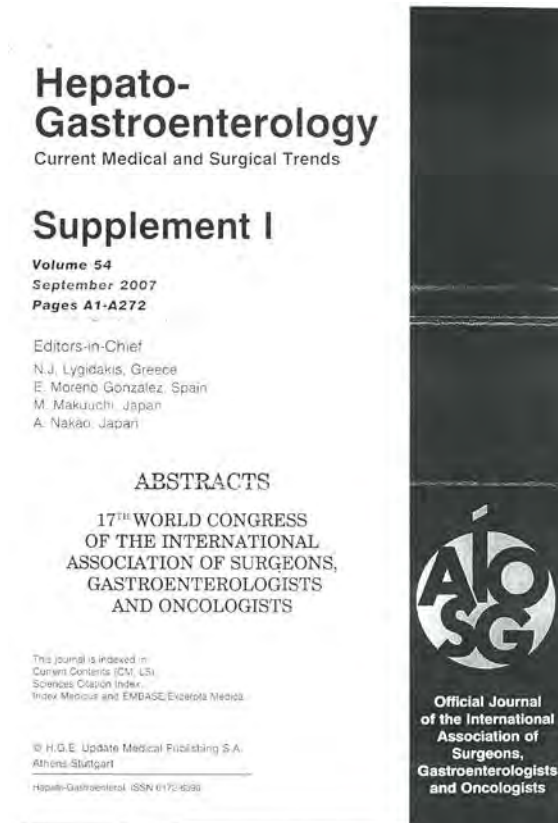
One of the most difficult surgery methods - operative surgery of patients within one day has established in the developed countries during the last 10-20 years. The one day surgery is closely related to the provision of greater satisfaction of the patient, greater financial results, higher quality of treatment at minimum percent of complications.

**The aim is:** seeking of proofs that the one day surgery optimizes the activity in the hospital. **Methods:** 5-year retrospective analysis of 654 patients, operated with implementation of the one day surgery: - 270 (41,3%) inguinal hernia, 125 (19,1%) hemorrhoids, 140 (21,4%) other anal and perianal area diseases, 51 (7,8%) benign formations on the lacteal gland, 68 (10,4%) laparoscopic cholecystectomy. Only 3 (0,5%) patients have been rehospitalized. The total result is that 12 (1,84%) of the patients have experienced complications, of which 7 (58,3%) - with febrile states, 3 (25%) - with bleeding and 2 (16,7%) - with vomiting. The inpatient stay with the studied diagnoses traditionally is 3 days. The decrease of the hospital stays to the limits of the one day surgery results in financial gain of about EUR 140 070, in view of the fact that the hospital stay value is EUR 130 per day.

**Conclusions:** The one day surgery is a challenge to the surgeons of greater experience. The mastery in their work results in a financial income for the hospital and optimization of the surgical activity. This type of surgery requires high efficiency factor, uncompromising punctuality in the work process as well as responsibility to the patient.

## Резюме /VIA.2/

E.Kostadinov,D.Damyanov,Tcv.Spiridonova,**D.Sotirov**. Frequency and spectrum of extracolonic tumor localisations in Bulgarian patients matching revised Bethesda guidelines. 17<sup>th</sup> World Congress of the International Association of Surgeons and gastroenterologists, Bucharest,Romania, 05-08 september. Hepato-gastroenterology 2007;54(1):74.



FP-74

### FREQUENCY AND SPECTRUM OF EXTRACOLIC TUMOUR LOCALISATIONS IN BULGARIAN PATIENTS MATCHING REVISED BETHESDA GUIDELINES.

Kostadinov E, Damjanov D, Spiridonova Tsv, Sotirov D  
*Med. Univ. Sofia, Univ. Hosp. "Queen Joanna", Department of Surgery, Bulgaria*

Interpopulational variation in the frequency and spectrum of extracolonic tumours found in patients with hereditary nonpolyposis colorectal cancer exists. Historically extracolonic tumours had been included in the diagnostic criteria, but varied.

**Aim:** to compare extracolonic tumours in patients with HNPCC and patients matching Revised Bethesda Guidelines (RBG) for testing for MSI.

**Material and Methods:** Retrospectively 84 patients from Bulgarian Registry for hereditary colorectal cancer and intestinal polyposis matched RBG and of these 59 have been tested for MSI (study group). Twelve patients from 10 families were diagnosed with HNPCC. **Results:** Of totally 86 cancers found in 59 patients 11 (12.8 %) were extracolonic, including : ovarian - 2, endometrial - 2, small intestine - 2, stomach - 1, liver - 1, breast - 2, testicular -1. In patients with HNPCC of totally 19 tumours 4 (21,1%) were extracolonic - liver, ovarian, breast and testicular.

**Conclusions:** Despite not being characteristic breast and testicular cancers were found in HNPCC patients. Presence of endometrial, small intestine and stomach cancers as included in RBG promoted diagnostic workup in non-HNPCC patients. Further clarifying of regional characteristics in larger groups of patients with hereditary forms of tumours may improve the understanding and the effectiveness of diagnostic workup of these diseases.

## Резюме /VIA.3/

Pavlov K, Genov J, Mitova R, Grigorov N, Taneva G, Dimitrov D, Spasov M, Stoychev S, **Sotirov D**, Getsov P, Terziev I, Vladimirov B, Damyanov D, Korukov B. Primary Liver tumors and percutaneous ablative treatment: an 18-years Bulgarian experience. DEGUM 2016. 40. Dreiländertreffen DEGUM, ÖGUM, SGUM. 28<sup>th</sup> Euroson Congress of the EFSUMB. 26-29. October 2016, Congress Center Leipzig. Ultraschall in der Medizin. European Journal of Ultrasound 2016;37(S1):S1-S78.

www.thiemeconnect.com/products | www.thieme.de/efj/ultra/

# Ultraschall

in der Medizin

## European Journal of Ultrasound

August 2016 • Page 51 – 578 • Volume 37

51 • 2016

Congress Abstracts	
51 Contrast-Enhanced Ultrasound I – Clinical Investigations	537 Elastography and Ultrasound I – Clinical Investigations and Case Reports
53 Ultrasound of the Head and Neck – Clinical Investigations	542 Gynaecological Ultrasound I – Clinical Investigations and Case Reports
54 Pediatric Ultrasound I – Clinical Investigations	546 Interesting Case Reports of all Disciplines
56 Neurological/Nephrology/Musculoskeletal Ultrasound	549 Ultrasound of the Head and Neck and Vascular Ultrasound – Clinical Investigations and Case Reports
57 Safety/Technology/Physics Techniques and Physics of Ultrasound	551 Interventional/Neurological and Pediatric Ultrasound – Clinical Investigations and Case Reports
58 New Techniques in Ultrasound	553 Prenatal Ultrasound – Clinical Investigations and Case Reports
510 Elastography and Ultrasound I – Clinical Investigations	557 Elastography and Ultrasound II – Clinical Investigations and Case Reports
511 Education and Teaching in Ultrasound	559 Contrast-Enhanced Ultrasound – Clinical Investigations and Case Reports
512 Gynaecological Ultrasound I – Clinical Investigations	560 Education in Ultrasound
514 Ultrasound in Emergency	562 Elastography and Ultrasound I – Clinical Investigations and Case Reports
515 Interventional Ultrasound and Miscellaneous	564 Gynaecological Ultrasound I – Clinical Investigations and Case Reports
517 Ultrasound of the Gastrointestinal Tract	567 Interesting Case Reports of all Disciplines
518 Abdominal Ultrasound – Clinical Investigations	570 Ultrasound of the Head and Neck and Vascular Ultrasound – Clinical Investigations and Case Reports
519 Contrast-Enhanced Ultrasound II – Clinical Investigations	570 Interventional/Neurological and Pediatric Ultrasound – Clinical Investigations and Case Reports
520 Prenatal Ultrasound I – Clinical Investigations	571 Prenatal Ultrasound – Clinical Investigations and Case Reports
522 Breast and Chest Ultrasound – Clinical Investigations	572 Young Investigators
523 Prenatal Ultrasound II – Clinical Investigations	
525 Gynaecological Ultrasound II – Clinical Investigations	
526 Elastography and Ultrasound II – Clinical Investigations	
528 Contrast-Enhanced Ultrasound III	
530 Abdominal Ultrasound – Clinical Investigations and Case Reports	
532 Contrast-Enhanced Ultrasound – Clinical Investigations and Case Reports	
534 Education in Ultrasound	575 Authors' Index

### Young Investigators

E9-01

#### Primary liver tumors and percutaneous ablative treatment: an 18-year Bulgarian experience

Pavlov K<sup>1</sup>, Genov J<sup>1</sup>, Mitova R<sup>1</sup>, Grigorov N<sup>1</sup>, Taneva G<sup>1</sup>, Dimitrov D<sup>1</sup>, Spasov M<sup>1</sup>, Stoychev S<sup>1</sup>, **Sotirov D<sup>1</sup>**, Getsov P<sup>1</sup>, Terziev I<sup>2</sup>, Vladimirov B<sup>1</sup>, Damyanov D<sup>1</sup>, Korukov B<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Clinic of Gastroenterology, University hospital "Tsaritsa Yoanna – ISUL", Sofia, Bulgaria; <sup>2</sup>Clinic of Surgery, University hospital "Tsaritsa Yoanna – ISUL", Sofia, Bulgaria; <sup>3</sup>Pathology unit, University hospital "Tsaritsa Yoanna – ISUL", Sofia, Bulgaria; <sup>4</sup>Radiology unit, University hospital "Tsaritsa Yoanna – ISUL", Sofia, Bulgaria  
DOI: 10.1055/s-0036-1587976

**Introduction:** Prevalence of primary liver tumors (PLT), treatment options and aggressive decisions for better results has grown for the last decades in Bulgaria. We introduce our experience in one-shot-large-volume percutaneous ethanol (Shot-PEI), radiofrequency (RF) and microwave (MW) ablation of PLT. **Purpose:** To compare different techniques in terms of technical effectiveness, oncologic results and safety in the treatment of PLT. **Methods:** In 1997 – 2015 327 patients (80.4% male), aged 26 – 84 (mean 64.2), were diagnosed, using CEUS/CECT, histology/immunohistochemistry, with PLT (89.4% HCC, 9.9% cholangiocarcinoma, 0.7% mixed HCC/CC), and coexisted cirrhosis (Child A 59.7%; B 35.4%, 81.6% viral infection: HBV 53.3%; HCV 32.4%), solitary lesion 69.4%, 52.6% ≥ 5 cm, BCLC: A-21.7%; B-38.5%; C-32.2%, D-7.7%. RFA (monopolar/multipolar/expandable) was used in 40.1%, MWA-6.4%, shot-PEI-17.2%, 39% of RFA-treated-lesions were > 5 cm; half of MWA-treated were large and/or difficult/risky located. **Results:** Follow-up was 1 – 72 months (mean 13). Complete destruction was achieved in 61.9%/59.5%/43% for MWA/RFA/Shot-PEI, in 94.4%/54.1%/48.6% – for BCLC-A/B/C. Major complications occurred in 13.1%/7.7%/4.4%/0%/0% after Shot-PEI/monopolar/multipolar/expandable RFA/MWA reflecting learning curve. Local tumor progression (LTP) occurred after mean 12.2 months in 19.0%/13.7% following MWA/RFA; new lesions – in 19.0% and 22.1% respectively after mean 10.1 months. Median survival was 59 months. 12-, 24-, 36-months survival was 81%, 81%, 79%, similar for both thermal techniques. **Conclusion:** MWA is equal to RFA in terms of technical and oncologic effectiveness, offering advantage in difficult/risky locations. Expandable RFA ensures less LTP rates in medium-sized lesions. Patients with BCLC B-C could benefit from ablation-based treatment.

## Резюме /VIA.4/



38, rue Anatole France  
92804 Levallois-Perret Cedex - France  
T : +33 (0)1 70 94 85 00  
F : +33 (0)1 70 94 85 01  
contact@b-ca.fr

**Dobromir SOTIROV**  
CHB VILLEJUIF

Paris, le 13 juin 2008

## ATTESTATION DE PRESENCE

Nous avons le plaisir de confirmer la participation de :

**Dobromir SOTIROV**

Journées de Chirurgie du Centre Hépatobiliaire  
13-14 juin 2008 - Hôtel Marriott Paris Rive Gauche

**Journées du Centre Hépatobiliaire**  
13 et 14 Juin 2008 - Hôtel Marriott Paris Rive Gauche



STANCE PUBLIQUE  
PITAUX DE PARIS

FACULTE DE MEDECINE PARIS-SUD  
UNIVERSITES PARIS XI

INSERM 765

HOPITAL PAUL BROUSSE  
N°FINESS : 94010068

**PÔLE FOIE - CANCER**  
CENTRE HEPATO-BILIAIRE  
Département des Maladies du Foie  
12 Avenue Paul Vaillant Costurier - 94804 VILLEJUIF Cedex - France

Coordinateur de Pôle :  
\*Pr. Didier SAMUEL  
Tél: (33)01 45 59 34 03

Chef de Service :  
\*Pr. Denis CASTANG  
Tél: (33)01 45 59 33 07

\*Pr. René ADAM  
Tél: (33)01 45 59 30 49

\*Pr. Daniel AZOULAY  
Tél: (33)01 45 59 30 38

\*Pr. Gilles PBLLETIER  
Tél: (33)01 45 59 47 90

\*Pr. Houssem SALIBA  
Tél: (33)01 45 59 33 40

\*Dr. JC DUCLOS-VALLEE  
Tél: (33)01 45 59 32 35

\*Dr. Philippe SICAL  
\*Dr. Eric LEVYNEQUE  
\*Dr. Jeanne ROCHE  
\*Dr. Rodolphe SOBIECHY  
\*Dr. Eric VIREBT  
\*Dr. Philippe BISTIANY  
\*Dr. Sophie ANTONONI  
\*Dr. Annie BENKARBOU  
\*Dr. Gaëlle BOTO  
\*Dr. F. FERDINAND COFFA  
\*Dr. Ghazi SALLOUNI  
\*Dr. Frédéric ANTONON  
\*Dr. Pierre ATTALI  
\*Dr. Yannick BAO  
\*Dr. Michel BUISSEBIE  
\*Dr. Antoine DURRIBACH  
\*Dr. Sébastien GHEMARO  
\*Dr. Nabil HADDAD  
\*Dr. Shadia KOUTOVA  
\*Dr. Françoise KUNSTLINGER  
\*Dr. Pierre MAGDELEINAT  
\*Dr. Sébastien MARI  
\*Dr. Gérard PASCAL  
\*Dr. Bernard PILLIÉ  
\*Dr. Alloua SMAÏL  
\*Dr. Dominique VASSEUR  
\*Pr. *prévention*  
@pblletier.p

Assistant 2ème étage  
Tél: (33)01 45 59 33 21  
Fax: (33)01 45 59 33 57

Hépatobiliaire  
(33)01 45 59 30 66  
(33)01 45 59 32 72

Centre de Réanimation  
(33)01 45 59 32 49  
Gynécologie - SOS Foie  
(33)01 45 59 34 00

Coordonnées  
(33)01 45 59 30 28 ou 39 21

Hôpital de Joux  
(33)01 45 59 34 95

Unité # Endoscopie &  
d'Étiopathologie Digestives  
(33)01 45 59 39 78

Archives Clinique  
Infectiologie  
(33)01 45 59 44 12

European Liver Transplant  
Registry  
(33)01 45 59 38 28

Coordination Transplantologie  
Médicale

Docteur Dobromir SOTIROV YORDANOV

**Attestation de communication**

Le Comité d'organisation des Journées du Centre Hépatobiliaire qui ont eu lieu du 18 au 20 Juin 2009 certifie que le Docteur Dobromir SOTIROV YORDANOV a réalisé avec le Professeur Daniel AZOULAY et le Docteur Gérard PASCAL la présentation sur le « Cancer du pancréas avec envahissement vasculaire : aspects techniques, indications, résultats à long terme » qui a été présenté lors de ces Journées.

Certificat établi pour servir et faire valoir ce que de droit.

Villejuif, le 24 Juillet 2009

Mlle Carima KRIFA  
Assistante Pédagogique





**KOREKT M – Mariana Ahchiyska Co.**  
TRANSLATION SERVICES

66 V. Levski Blvd, Sofia, Bulgaria, Phone/Fax +359 2/987 28 57, Cell +359 88 47 64 244  
E-mail: korektm@abv.bg; korekt\_m@mail.bg; korekt.m@gmail.com

*Превод от френски език*

БОЛНИЦА „ПОЛ БРУС“  
N° FINESS : 94010068  
**ЗОНА ЧЕРЕН ДРОБ – РАК**  
ЦЕНТЪР ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТИ НА ЧЕРНИЯ ДРОБ И ЖЪЛЪЧКАТА  
Отделение за лечение на болести на черния дроб  
Авело „Пол Ваян Кутюрне“ № 12, 94804 ВИЛЖУИФ селце – Франция

Доктор Добромир СОТИРОВ ЙОРДАНОВ

### Удостоверение за изнесено научно съобщение

Организационният комитет на „Научни дни“ на Център за лечение на болести на черния дроб и жлъчката, състояли се от 18 до 20 юни 2009 година, удостоверява, че доктор Добромир СОТИРОВ ЙОРДАНОВ е изнесъл с професор Даниел АЗУЛИЕ и доктор Жерар ПАСКАЛ научно съобщение на тема: „Рак на панкреаса със засягане на кръвоносните съдове: технически аспекти, индикации, дългосрочни резултати“; научното съобщение бе представено в рамките на тези научни дни.

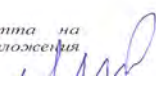
Удостоверението се издава, за да послужи при необходимост.

Вилжуиф, 24 юли 2009г.

Госпожица Карима КРИФА  
Педагогически асистент

(подпис, не се чете, и печат на Център за лечение на болести на черния дроб и жлъчката, Отделение за лечение на болести на черния дроб)

Долуподписаният Мишел Димов Ников удостоверявам верността на извършения от мен превод от френски на български език на приложения документ: Удостоверение за изнесено научно съобщение.





## Резюме /VIA.5/

Azoulay D, Pascal G, Wicherts DA, de Haas RJ, **Sotirov D**, Adam R, Castaing D. Influence de l'embolisation portale sur la survie à long terme après hépatectomie majeure pour métastases hépatiques colorectales (Abstract).

111ème Congrès Français de Chirurgie. Paris, France, 30.09 – 2.10. 2009.

Paru dans : Journal de Chirurgie 2009; 46(Numéro spécial):Communication affichée.

111<sup>ème</sup> Congrès Français de  
**CHIRURGIE**

4<sup>ème</sup> Congrès de Chirurgie de la  
**FRANCOPHONIE**  
& Journées des Infirmier(e)s  
de l'Association Française de Chirurgie

CHIRURGIE GÉNÉRALE  
CHIRURGIE DIGESTIVE  
CHIRURGIE HÉPATO-BILIAIRE  
CHIRURGIE ENDOCRINIENNE  
CHIRURGIE D'URGENCE  
CHIRURGIE UROLOGIQUE  
CHIRURGIE CANCÉROLOGIQUE  
CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE  
NOUVELLES TECHNOLOGIES  
RECHERCHE CHIRURGICALE

du 30 septembre au 2 octobre 2009  
Palais des Congrès de Paris - Porte Maillot  
Sous la Présidence du Professeur J. BELGHITI (Clichy)

**Programme**

## Du 30 septembre au 2 octobre 2009 Paris

- 78 **Tolérance de l'éponge médicamenteuse TachoSil en chirurgie générale : résultats de l'étude internationale STARRegistry**  
S. Bernardini, F. Benabdallah, K.M. Madsen, B. Navarro (Besançon, Montpellier)
- 79 **Carcinome hépatocellulaire récidivant : à propos d'un cas**  
B. Krell, O. Boualga, K. Belkharoubi, F. Mohamed Brahm (Oran - Algérie)
- 80 **Traitement chirurgical d'un plasmocytome hépatique**  
P. David, Ph. Sockeel, M. Johan (Metz)
- 81 **Survie prolongée après artérialisation portale pour thrombose porte au cours d'une transplantation hépatique orthotopique**  
S. Bonnet, A. Sauvanet, O. Bruno, D. Sommacale, C. Francoz, F. Dondero, F. Durand, J. Belghiti (Clichy)
- 82 **Hémorragie par rupture d'un anévrisme alimenté par les deux artères hépatiques**  
L.H. Samison, J.M. Bigourdan, R. Razaflmatratra, F. Rasoaherimomenjanahary, G. Pascal, H.N. Rakoto-Ratsimba (Antananarivo - Madagascar)
- 83 **Traitement et bilan intra-opératoire du carcinome hépatocellulaire par voie coelioscopique**  
M. Ca Sacca, E. Andorno, S. Di Domenico, I. Nardi, M. Gelli, U. Valente (Gênes - Italie)
- 84 **Une nouvelle technique de reconstruction 3D automatisée de la distribution intra-hépatique de la veine porte**  
R. Mazars, B. Gallix, Ch. Bonnel, S. Chenmouy, G. Godlewski, M. Prudhomme (Montpellier, Nîmes)
- 85 **Traitement conservateur au cours des traumatismes fermés du foie : expérience du CHU Mohamed VI de Marrakech**  
Y. Narjis, M.N. Mansouri, R. Jgounni, K. Rabani, A. Louzi, R. Belkhalat, B. Finech, A. El Idrissi Dafali (Marrakech - Maroc)
- 86 **Transplantation hépatique pour polykystose hépatique : une série unicentrique de 16 cas**  
D. Azoulay, G. Pascal, R. Adam, D. Samuel, D. Castaing (Villejuif)
- 87 **Influence de l'embolisation portale sur la survie à long terme après hépatectomie majeure pour métastases hépatiques colorectales**  
D. Azoulay, G. Pascal, D.A. Wicherts, R. J. De Haas, D. Sotirov, R. Adam, D. Castaing (Villejuif)
- 88 **Retransplantation : indications et résultats**  
M. Cag, M. Audet, A.C. Saouli, F. Panaro, T. Piardi, J. Cinqualbre, Ph. Wolff (Strasbourg)
- 89 **423 transplantations hépatiques consécutives selon la technique de Piggy-Back incluant les trois veines supra-hépatiques : le shunt veineux garde-t-il des indications ?**  
M. Audet, T. Piardi, F. Panaro, M. Cag, B. Ellero, H. Habibeh, J. Cinqualbre, Ph. Wolff (Strasbourg)

## Резюме /VIA.6/

.K.Pavlov, J.Genov., R.Mitova., **D.Sotirov**. Autoimmune hepatitis/primary biliary cirrhosis(AIH/PBC)-overlap syndrome(OS) and hepatic carcinogenesis. Lisbon, Portugal. May 8-9.2015. Autoimmune Diseases of the liver. Estoril Centro de Congressos,



## Autoimmune Diseases of the Liver

May 8 – 9, 2015  
Estoril Centro de Congressos  
Lisbon, Portugal

6



Abstracts  
Poster Abstracts

### Autoimmune hepatitis/primary biliary cirrhosis (AIH/PBC)-overlap syndrome (OS) and hepatic carcinogenesis

K. Pavlov\*, J. Genov\*, R. Mitova\*, D. Sotirov\*\*, I. Terziev\*\*\*, B. Vladimirov\*, D. Dimitrov\*, M. Spasov\*, G. Taneva\*, E. Popfirostova\*\*\*  
\*Clinic of Gastroenterology, \*\*Clinic of Surgery, \*\*\*Department of Pathology, University Hospital "Tsaritsa Yoanna-ISUL", Sofia, Bulgaria

**Introduction:** The impact of AIH/PBC-OS on the process of hepato/cholangiocellular carcinogenesis is not fully studied. The study aims to investigate on the role of AIH/PBC-OS in the aetiology of hepatocellular carcinoma (HCC) and peripheral intrahepatic cholangiocarcinoma (CCC).

**Methods:** The first group in the study includes 47 patients with AIH/PBC-OS (all women, aged 38–71, fulfilling histological and serological criteria) followed-up for 2–17 years.

The second group consists of 224 patients with primary hepatic tumors treated in our hospital during the period 2000–2015 with percutaneous ablation (ethanol, radiofrequency, microwave), surgery, targeted therapy. The etiology of the tumor was investigated using virological, immunological, genetic and histological methods.

**Results:** The patients in group 1 were treated with immunosuppression and UDCA, and were followed-up (mean 7.1 years) with ultrasound, biochemistry and upper endoscopy. None of the patients developed hepatic tumor during the follow-up.

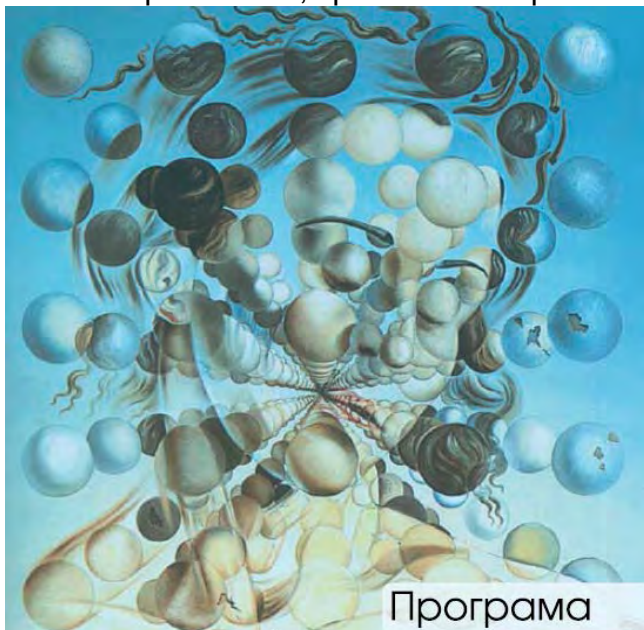
The patients in group 2 (179 males, 45 females, aged 26–82, mean 64, Child-Pugh at diagnosis – A – 59%, B – 37%, C – 4%) were diagnosed by histology/immunohistochemistry – 207 patients had HCC, 16 – CCC, and 1 – mixed HCC/CCC tumor. Etiological factors included: HBV – 44.5%, HCV – 32.3%, HBV+HDV – 3.6%, HBV+HCV – 5.5%, occult HBV – 7.1%, glycogenesis – 0.4%, NASH – 0.4%. None of the remainder tested positive for autoantibodies and none has clinical or histological evidence of autoimmune liver disease (AILD).

**Discussion/Conclusion:**

1. For the period of observation no patient with AIH/PBC-OS developed a liver tumor.
2. Amongst the patients with HCC/CCC no evidence were found for AILD.
3. No role could be established for AIH/PBC-OS in the hepatic carcinogenesis.

## Резюме /VIБ.7/

**Д.Сотиров. D.Azoulay.** TIPS- надежда за пациенти с чернодробна недостатъчност. Journée Hépatobiliaire, Френско-български опит. Hilton-хотел, 27.03.София 2009 г.



### ГОДИШНА НАУЧНО-ПРАКТИЧНА СРЕЩА ПО ЖЛЪЧНО – ЧЕРНОДРОБНА ХИРУРГИЯ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ

27 март 2009г.  
Хотел Hilton – Sofia

Под Егидата на МБАЛ „Хигия“ АД – гр. Пазарджик  
със съдействието на Българското хирургично дружество и  
Centre Hépatobiliaire Paul Brousse, Paris

Откриване 9.10 – 09.20 ч.  
Д-р Стайко Спиридонов  
Чл.-кор. Проф. д-р Дамян Дамянов, дМН  
Проф. Даниел Азуле

### I – ва Сесия – 09.20 – 10.30 ч.

Portal hypertension – The reality

Модератори: Чл.-кор Проф. Д. Дамянов, Проф. Д. Азуле

1. Портална хипертония – съвременните диагностични възможности, терапевтичната роля на гастроентеролога – Проф. Н. Григоров 15 мин
2. Портална хипертония – причини, хирургични техники за лечение – Чл.-кор. Проф. Д. Дамянов 15 мин
3. TIPS: indication and results the Paul Brousse – Д-р Д. Сотиров 15 мин
4. TIPS: video 20min

### Резюме /VIБ.8/

**Д. Сотиров, D.Azoulay.** Портална емболизация в чернодробната хирургия. Конференция по чернодробна хирургия. Journée Hépatobiliaire, Френско-български опит. Hilton-хотел, 27.03.София.2009 г.

#### ГОДИШНА НАУЧНО-ПРАКТИЧНА СРЕЩА ПО ЖЛЪЧНО – ЧЕРНОДРОБНА ХИРУРГИЯ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ

**27 март 2009г.**  
Хотел Hilton – Sofia

Под Егидата на МБАЛ „Хигия“ АД – гр. Пазарджик  
със съдействието на Българското хирургично дружество и  
Centre Hepato-biliaire Paul Brousse, Paris

Откриване 9.10 – 09.20 ч.  
Д-р Стайко Спиридонов  
Чл.-кор. Проф. Д-р Дамян Дамянов, дмн  
Проф. Даниел Азуле

### II – ра Сесия – 10.40 – 12.10 ч.

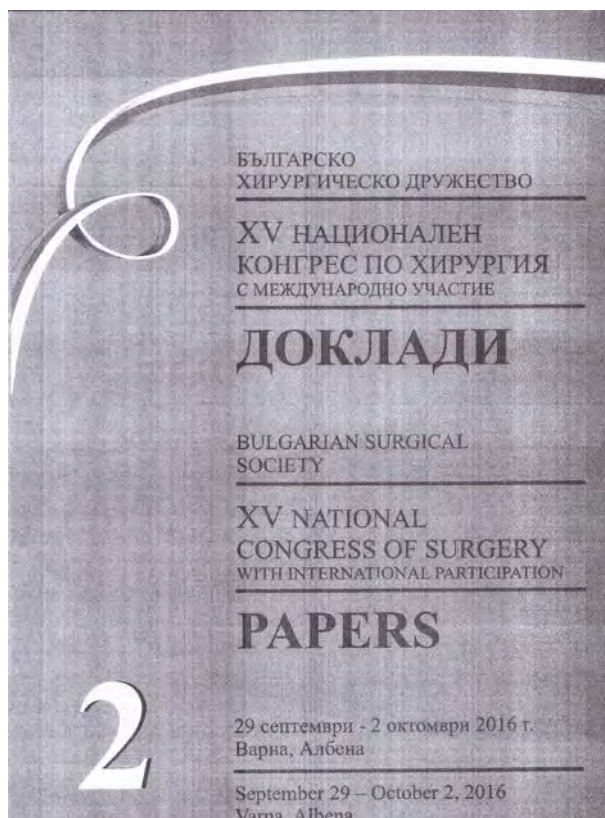
Vascular embolisation – The chance

Модератори: Проф. В. Димитрова, Д-р Цв. Спиридонова

1. Първичен чернодробен карцином – Проф. В. Димитрова 15 мин
2. Инвазивни методи за диагностика и лечение – Доц. Божидар Финков 10 мин.
3. Химиемболизация на а. хепатика + видео – Д-р Велчев 15 мин
4. How to increase the resectability of liver metastases from colorectal cancer – Prof. D. Azoulay 30 мин
5. Portal vein embolisation as preparation for major Liver resection – Д-р Д. Сотиров 20 мин

### Резюме /VIБ.9/

Ц. Спиридонова, Т. Седлоев, **Д. Сотиров**, Б. Наметков, С. Ушева, Д. Дамянов, С. Спиридонов, Д. Пейчинов, И. Терзиев, Б. Големанов. Начини на прилагане на липофилинг за реконструкция на млечната жлеза след радикална мастектомия при карцином на млечната жлеза – модалност на техниката, собствен опит и обзор на литературата. Сборник доклади XV Национален конгрес по хирургия с международно участие, 29.09-3.10 2016г. Варна, Албена. Издателство на СУБ, „Медарт“, 2016; I: 132-133.



## НАЧИНИ НА ПРИЛАГАНЕ НА ЛИПОФИЛИНГ ЗА РЕКОНСТРУКЦИЯ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА СЛЕД РАДИКАЛНА МАСТЕКТОМИЯ ПРИ КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА – МОДАЛНОСТ НА ТЕХНИКАТА, СОБСТВЕН ОПИТ И ОБЗОР НА ЛИТЕРАТУРАТА

Ц. Спиридонова, Т. Седлов, Д. Сотиров,  
Б. Наметков, С. Ушева, Д. Дамянов, С. Спиридонов<sup>1</sup>,  
Д. Пейчинов, И. Терзиев, Б. Големанов

*Клиника по хирургия, УМБАЛ Царица Йоанна – ИСУЛ,  
Хирургия, МБАЛ Хелия*

### РЕЗЮМЕ

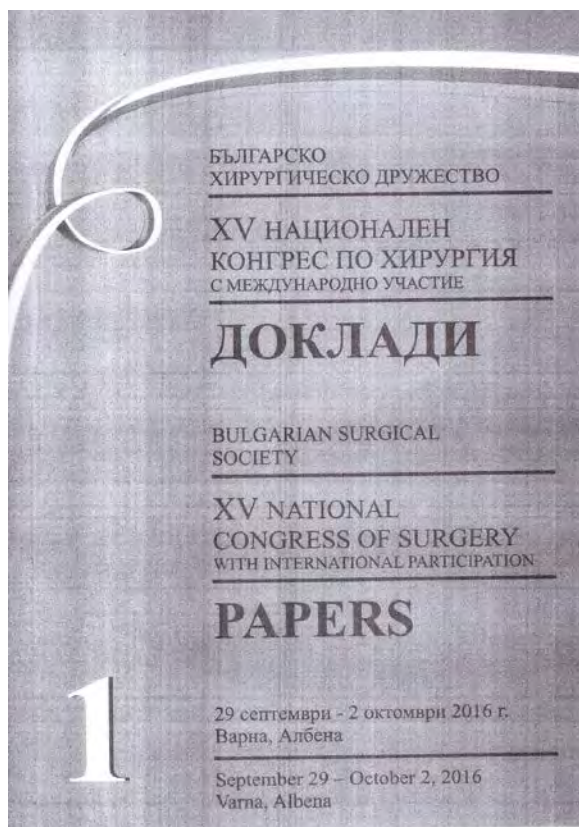
Техниката на Коцман известен като липоскултура се състои в актротрансплантация на мастна тъкан с цел създаване на обем в области на загуба на субстанция. От началото на 2000 години техниката все по-широко се дискутира като една от техниките, които са не само с отличен естетичен резултат, но и с относително лек и кратък следоперативен период.

В клиниката по хирургия на Царица Йоанна – ИСУЛ за 3 годишен период са реконструирани 5 жени след МРМ с липофилинг, ретропекторален имплант и реконструкция на АМК. Следният период на началото на реконструкцията е 2г. и 3 м след оперативната намеса по повод карцином на млечната жлеза. Средната продължителност на етапния реконструктивен процес е 11 месеца. Болничният престой за етапите на липофилинг е 23 часа, за поставянето на имплант 72 часа, за реконструкция на АМК - 23 часа. Нямаме случаи на рани и късни компликации. Удовлетвореността на пациентките от постиганата реконструкция оценена субективно е много добра.

Липофилингът е отлична алтернатива на тежките хирургични техники с ламбо на краче или свободно ламбо при правилно индицирани пациенти. Симетризацията с контралатералната гърда остава по желание на пациентката, като при правилно преценени обеми е възможно да не се извършва като се постигне естествената допустима асиметрия в женските гърди.

### Резюме /VIБ.10/

**Д. Сотиров, Д. Дамянов, Ц.Спиридонова, Б.Наметков, С.Спиридонов, Р.Митова, Й.Генов.** Единична метакхронна метастаза от КРК – мястото на неoadювантната химиотерапия и отражението ѝ върху резултатите от хирургичното лечение. Сборник доклади XV Национален конгрес по хирургия с международно участие, 29.09-3.10 2016г.Варна, Албена. Издателство на СУБ, “Медарт”,2016;I:197-203.



## ЕДИНИЧНА МЕТАХРОННА МЕТАСТАЗА ОТ КРК – МЯСТОТО НА НЕОАДЮВАНТНАТА ХИМИОТЕРАПИЯ И ОТРАЖЕНИЕТО Й ВЪРХУ РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ХИРУРГИЧНОТО ЛЕЧЕНИЕ

Д. Сотиров, Д. Дамянов, Ц. Спиридонова, Б. Наметков,  
С. Спиридонов, Р. Митова, Й. Генев

Клиника по хирургия, Клиника по гастроентерология – КЦЕ -  
УМБАЛ "Царица Йоанна - ИСУЛ" - МУ София

### РЕЗЮМЕ

**Въведение:** Дискусията за правилния подход при пациенти с единична, голяма чернодробна метастаза от колоректален карцином е актуална и днес. Извършена е съпоставка при лечебния подход в болница Paul Brousse-Paris, France и Клиника по хирургия в УМБАЛ "Царица Йоанна" - ИСУЛ-МУ София, като са отчетени диагностиката, прилагането на неоадювантна химиотерапия, интраоперативните и следоперативните усложнения и преживяемост при пациентите с чернодробни резекции в двете болници.

**Материали и методи:** При проследяването са включени 12 пациенти с чернодробни резекции след неоадювантна химиотерапия и 10 пациенти без неоадювантна химиотерапия по повод голяма  $\geq 5$  см. метастаза от КРК във френската болница. В Клиника по хирургия в УМБАЛ "Царица Йоанна-ИСУЛ"-МУ София са оперирани 25 такива пациенти след неоадювантна химиотерапия и 13 без предоперативна химиотерапия. Проследяването е извършено за период от 5 год. в двете болници. При съпоставянето на оперираните пациенти е извършена оценка на предоперативната подготовка, диагностичния подход, оценка на оперативния риск, ефекта и необходимостта от неоадювантната химиотерапия върху ранните оперативни резултати и следоперативни усложнения и преживяемост.

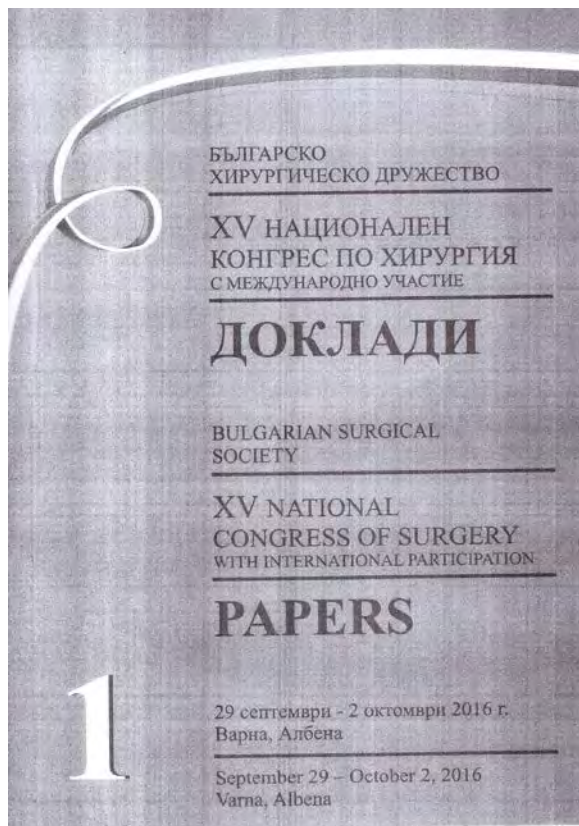
**Резултати:** Отметени са по-голяма кривозагуба, по-често прилагане на интраоперативен съдов клампаж, по-често асцитрансфузия и по-дълго оперативно време и в двете болници при пациенти с чернодробна резекция на единична, голяма метастаза от КРК и предоперативна химиотерапия. По-продължителната неоадювантна химиотерапия  $\geq 6$  курса е свързана с по-чести и по-тежки следоперативни усложнения. При проследяване на преживяемостта не се установява статистически значима разлика между общата и свободната от заболяване преживяемост при пациенти с и без неоадювантна химиотерапия и чернодробна резекция на голяма, солитарна метастаза от КРК.

**Изводи:** При единична, резектабилна, метакхронна метастаза  $\geq 5$  см. е възможно извършването на резекция без неоадювантна химиотерапия при нисък риск от следоперативни усложнения и съгледност в съвкупна преживяемост. От друга страна е задължително извършването на следоперативна химиотерапия при увеличаване на общата и свободната от заболяване преживяемост на тези пациенти.

197

### Резюме /VIБ.11/

**Д. Сотиров, Ц. Спиридонова, Б. Наметков, С. Спиридонов, И. Терзиев, Б. Големанов.** Лапароскопско лечение на чернодробния ехинокок. Сборник доклади XV Национален конгрес по хирургия с международно участие, 29.09-3.10 2016г. Варна, Албена. Издателство на СУБ, "Медарт", 2016; I:204-205.



## ЛАПАРОСКОПСКО ЛЕЧЕНИЕ НА ЧЕРНОДРОБНИЯ ЕХИНОКОК

Д. Сотиров, Ц. Спиридонова, Б. Наметков, С. Спиридонов,  
И. Терзиев, Б. Големанов

Клиника по хирургия, Клиника по гастроентерология - КЦГЕ  
УМБАЛ "Царица Йоанна" - ИСУЛ - МУ София

### РЕЗЮМЕ

**Въведение:** Лапароскопският подход намира все по-широко приложение при редица малигнени и бенигни заболявания. Намалената оперативна травматичност за пациента оказва ефект върху бързото му възстановяване и намалена хоспитализация. Минималноинвазивните перкутани методи за лечение на чернодробния ехинокок се прилагат от десетки години.

**Материали и методи:** При проследяването са включени 12 пациента с усложнена форма на чернодробни ехинококови кисти (предварително лекувани) при които е използван лапароскопския подход. Извършена е интраоперативна обработка на ехинококовата киста със сколициден разтвор по затворения метод с последващ каптонаж на кистата.

**Резултати:** При всички пациенти въпреки предходните оперативни интервенции не е извършена конверсия, като и не са установени тежки интраоперативни и следоперативни усложнения. При 1 пациент е установена в следоперативен период билирагия, което е наложило поставяне на Keft-дренаж с последваща палилосфинктеротомия. Не е установен рецидив при проследяване на оперираните.

**Изводи:** Лапароскопският подход е сигурен метод при извършване на оперативно лечение на чернодробния ехинокок. Методът е надежден дори и в случаите на усложнени форми на заболяването и предходни оперативни интервенции.

### Резюме /VIБ.12/

**Д.Сотиров, Б.Наметков, Ц. Спиридонова, В. Христов, В. Михайлов, Т. Седлоев, Д. Митев, И. Иванов, Д. Дамянов.** Лапароскопски подход при лечение на рецидивни хиатални хернии абстракт с видеофилм. XVI Национален конгрес по хирургия с международно участие "Нови хоризонти пред хирургията". Варна, 2018г.

Лапароскопски подход при лечение на рецидивни хиатални хернии  
видеофилм

**Инициали и имена на всички автори:**

Д. Сотиров 1, Б.Наметков 1, Ц. Спиридонова 2, В. Христов 1, В. Михайлов 1, Т. Седлов 2, Д. Митев 1, И. Иванов 1, Д. Дамянов 3

**Име на институцията:**

- 1 Втора хирургия, УМБАЛСМ „Пирогов“
- 2 Клиника Хирургия, УМБАЛ Царица Йоанна – ИСУЛ
- 3 Клиника по Хирургия, I – ва градска болница, София

**Адрес за кореспонденция:**

[bnametkov@gmail.com](mailto:bnametkov@gmail.com)

**Ключови думи:**

Рецидивна хиатална херния, лапароскопия

**Въведение:** Лапароскопският подход се налага като златен стандарт при хирургичното лечение на хиатални хернии. В противовес на множеството съобщения за първична реконструкция, данните за хирургичните резултати при лапароскопско лечение на рецидив на хиатална херния са осъдени, като тези рецидиви в различните проучвания се докладват с честота от 5% до 17% след лапароскопска реконструкция и 9% до 30% след отворен хирургичен подход. Най-често рецидивът се представя с рефрактерна на медикаментозно лечение болка зад гръдната кост, тежест и / или киселини след храняване и задух.

**Цел:**

Да се представят част от спецификите при лапароскопското лечение на рецидивна хиатална херния, които сме наблюдавали при лечението на пациенти с клинично проявени симптоми и нарастващ субективен дискомфорт.

**Материали и методи:**

За период от четири години (2013 – 2017) са оперирани осем пациента с рецидив на хиатална херния след конвенционална фундупликация по Нисен. Средната възраст на пациентите е 67 години (от 57 до 77 години). Рецидивът е класифициран като III тип с транспозиция на проксималните 2/3 на стомаха в гръдния кош. За корекция на рецидива при всички пациенти са



**БЪЛГАРСКО ХИРУРГИЧЕСКО ДРУЖЕСТВО**  
(Съфия – 143), ул. "Св. Георги Свободен" № 1, УМБАЛ "Александровска", Клиника по хирургия  
[www.bhsd.org](http://www.bhsd.org)

**ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. Георги Тодоров, д-м**  
УМБАЛ "Александровска"  
Клиника по хирургия  
Медицински университет  
София 1431  
бул. "Св. Георги Свободен" № 1  
Тел: 02-9230 140  
e-mail: [totodor@bhsd.org](mailto:totodor@bhsd.org)

**ПРЕДИШЕН ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. Росен Маданов, д-м**  
УМБАЛ "Св. Марина"  
Втора клиника по хирургия  
Медицински университет  
София 1000  
бул. "Пр. Свободен" № 1  
Тел: 02-978 085  
e-mail: [rosenmadanov@bhsd.org](mailto:rosenmadanov@bhsd.org)

**ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Д-м. Донимир Буланов, д-м**  
УМБАЛ "Александровска"  
Клиника по Обща и червоноболова  
и шокреанична хирургия,  
Медицински университет  
гр. София 1431  
бул. "Св. Георги Свободен" №1  
Тел: 02-9230 143  
e-mail: [donimirbulanov@bhsd.org](mailto:donimirbulanov@bhsd.org)

**ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. В. Муцафчийски, д-м**  
ИМА – София  
Клиника по ендоскопска,  
ефективна хирургия и  
интервенционна  
УМБАЛ  
бул. "Св. Георги Свободен" №1  
e-mail: [vmutzafchi@bhsd.org](mailto:vmutzafchi@bhsd.org)

**ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. Пенка Стефанова, д-м**  
УМБАЛ "Св. Георги"  
Клиника по дечка хирургия  
Медицински университет –  
Пловдив  
Пловдив 4000  
бул. "Пловдивски път" № 66  
Тел: 02-6603788  
e-mail: [penka.stefanova@bhsd.org](mailto:penka.stefanova@bhsd.org)

**СЕКРЕТАР**

**Д-м. Костадин Ангелов, д-м**  
УМБАЛ "Александровска"  
Клиника по хирургия – Проф.  
Александар Станишев"  
Медицински университет – София  
гр. София 1431  
бул. "Св. Георги Свободен" №1  
Тел: 02-9230 141  
e-mail: [k.angelov@bhsd.org](mailto:k.angelov@bhsd.org)

**ДО  
ЧЛЕНОВЕТЕ НА НАУЧНО ЖУРИ**

**УВАЖАЕМИ КОЛЕГИ,**

Уведомявам Ви, че следните докладват:

**1. Лапароскопски подход при лечение на рецидивни хиатални хернии - видеофилм**

- Д. Сотиров 1, Б.Наметков 1, Ц. Спиридонова 2, В. Христов 1, В. Михайлов 1, Т. Седлов 2, Д. Митев 1, И. Иванов 1, Д. Дамянов 3
- 1 Втора хирургия, УМБАЛСМ „Пирогов“
- 2 Клиника Хирургия, УМБАЛ Царица Йоанна – ИСУЛ
- 3 Клиника по Хирургия, I – ва градска болница, София

**2. Лапароскопска интерферинктерна резекция при висък ректален карцином - видеофилм**

- Д. Сотиров 1, Б.Наметков 1, Ц. Спиридонова 2, В. Христов 1, В. Михайлов 1, Д. Митев 1, И. Иванов 1, Д. Дамянов 3
- 1 Втора хирургия, УМБАЛСМ „Пирогов“
- 2 Клиника Хирургия, УМБАЛ Царица Йоанна – ИСУЛ
- 3 Клиника по Хирургия, I – ва градска болница, София

**3. Ползата от ламбото на Муитарде при тотална резекция по новод големи тумори на долен клепач.**

- Ц. Спиридонова 1, Д. Сотиров 2, С. Ушва 1, Т. Седлов 1, И. Георгиева 3, А. Джаров 4, Д. Кръстанов 4
- 1 Клиника по хирургия, Царица Йоанна – ИСУЛ
- 2 Втора клиника по хирургия УМБАЛСМ Пирогов
- 3 УСБТО, София
- 4 МБАЛ Аджебабев Сети Клиника Топуца



**БЪЛГАРСКО ХИРУРГИЧЕСКО ДРУЖЕСТВО**  
(Съфия – 143), ул. "Св. Георги Свободен" № 1, УМБАЛ "Александровска", Клиника по хирургия  
[www.bhsd.org](http://www.bhsd.org)

**ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. Георги Тодоров, д-м**  
УМБАЛ "Александровска"  
Клиника по хирургия  
Медицински университет  
София 1431  
бул. "Св. Георги Свободен" № 1  
Тел: 02-9230 140  
e-mail: [totodor@bhsd.org](mailto:totodor@bhsd.org)

**ПРЕДИШЕН ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. Росен Маданов, д-м**  
УМБАЛ "Св. Марина"  
Втора клиника по хирургия  
Медицински университет  
София 1000  
бул. "Пр. Свободен" № 1  
Тел: 02-978 085  
e-mail: [rosenmadanov@bhsd.org](mailto:rosenmadanov@bhsd.org)

**ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Д-м. Донимир Буланов, д-м**  
УМБАЛ "Александровска"  
Клиника по Обща и червоноболова  
и шокреанична хирургия,  
Медицински университет  
гр. София 1431  
бул. "Св. Георги Свободен" №1  
Тел: 02-9230 143  
e-mail: [donimirbulanov@bhsd.org](mailto:donimirbulanov@bhsd.org)

**ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. В. Муцафчийски, д-м**  
ИМА – София  
Клиника по ендоскопска,  
ефективна хирургия и  
интервенционна  
УМБАЛ  
бул. "Св. Георги Свободен" №1  
e-mail: [vmutzafchi@bhsd.org](mailto:vmutzafchi@bhsd.org)

**ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. Пенка Стефанова, д-м**  
УМБАЛ "Св. Георги"  
Клиника по дечка хирургия  
Медицински университет –  
Пловдив  
Пловдив 4000  
бул. "Пловдивски път" № 66  
Тел: 02-6603788  
e-mail: [penka.stefanova@bhsd.org](mailto:penka.stefanova@bhsd.org)

**СЕКРЕТАР**

**Д-м. Костадин Ангелов, д-м**  
УМБАЛ "Александровска"  
Клиника по хирургия – Проф.  
Александар Станишев"  
Медицински университет – София  
гр. София 1431  
бул. "Св. Георги Свободен" №1  
Тел: 02-9230 141  
e-mail: [k.angelov@bhsd.org](mailto:k.angelov@bhsd.org)

**4. Тератия с негативно налягане / Вакуум терапия при тежки перитонити – начален опит и обзор на литературата.**

- Ц. Спиридонова 1, Д. Сотиров 2, Т. Седлов 1, В. Наветков 2, С. Ушва 1, В. Котуров 1, С. Спиридонов, ЗМ. Везинова 1, Д. Дамянов 1
- 1 Клиника по хирургия, Царица Йоанна – ИСУЛ
- 2 Втора Клиника по Хирургия, УМБАЛСМ – Н. П. Пирогов
- ЗМБАЛ Желез, Пловдивско
- 4 Клиника по хирургия, Първа градска болница, София

са одобрени и включени от научния комитет в програмата на XVI Национален Конгрес по хирургия "Нови хоризонти в хирургията", който ще се проведе в периода 4-7 Октомври 2018г. в конгресния център на х-л "Интернационал" – Златни пясъци.

С уважение,

**ПРОФ. Д-Р ГЕОРГИ ТОДОРОВ**  
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА  
БЪЛГАРСКО ХИРУРГИЧЕСКО ДРУЖЕСТВО



## Резюме /VІB.13/

**Д. Сотиров, Б. Наметков, Ц. Спиридонова, В. Христов, В. Михайлов, Д. Митев, И. Иванов, Д. Дамянов.** Лапароскопска интерсфинктерна резекция при нисък ректален карцином. Абстракт с видеофилм. XVI Национален конгрес по хирургия с международно участие "Нови хоризонти пред хирургията". Варна, 2018г.

Лапароскопска интерсфинктерна резекция при нисък ректален карцином видеофилм

Д. Сотиров 1, Б. Наметков 1, Ц. Спиридонова 2, В. Христов 1, В. Михайлов 1, Д. Митев 1, И. Иванов 1, Д. Дамянов 3

**Име на институцията:**

1 Втора хирургия, УМБАЛСМ „Пирогов“

2 Клиника Хирургия, УМБАЛ Царица Йоанна – ИСУЛ

3 Клиника по Хирургия, I – ва градска болница, София

**Адрес за кореспонденция:**

*bnamekov@gmail.com*

**Ключови думи:**

Интерсфинктерна резекция, ректум, карцином, лапароскопия

**Въведение:**

Прилагането на сфинктеросъхраняваща процедура при карциномите на ректума, се увеличи многократно след по – доброто разбиране на анатомията на тазовото дъно и подобряване на оперативната техника. Въпреки това лечението на ниските карциноми на ректума остава предизвикателство пред колоректалните хирурзи.

**Цел:**

Целта на тази статия е да покаже, че при селектирана група от пациенти лапароскопската интерсфинктерна резекция на ректума е алтернатива пред абдоминоперионеалната резекция.

**Материали и методи:**

За периода от март 2014г до януари 2018 година бяха извършени 5 интерсфинктерни резекции на ректум. При всички тях туморната формация се намираще на 4 см или по – малко от ЛАК. При всички пациенти се извърши тотална мезоректална екцизия с интерсфинктерна резекция за постигане на чисти граници. При пациенти класифицирани като Т3 беше извършена предоперативна лъчетерапия. Хирургичната интервенция се извърши 6 седмици след лъчетерапията и включваше тотална мезоректална екцизия, интерсфинктерна резекция, трансанална колоанална анастомоза и протективна илеостомия.



**БЪЛГАРСКО ХИРУРГИЧЕСКО ДРУЖЕСТВО**

София – 1431, ул. "Св. Георги Софийски" № 1, УМБАЛ "Александровска", Клиника по хирургия  
WWW.BSBO.BG

**ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. Георги Тазаров, д-р**  
УМБАЛ "Александровска"  
Клиника по хирургия  
Медицински университет  
София 1431  
Ул. "Св. Георги Софийски" № 1  
Тел: 02/9230134  
e-mail: btazarov@gmail.com

**ПРЕДИШЕН ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. Росен Маданов, д-р**  
УМБАЛ "Св. Иванка"  
Втора клиника по хирургия  
"Медицински университет"  
Плевен 4002  
Ул. "Др. Спирidonov" № 1  
Тел: 02/978 654  
e-mail: rmadanov@abv.bg

**ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Д-р. Димитър Буланов, д-р**  
УМБАЛ "Александровска"  
Клиника по Обща и черепно-мозъчна хирургия и интерсфинктерна резекция  
Медицински университет  
гр. София 1431  
Ул. "Св. Георги Софийски" № 1  
Тел: 02/9230131  
e-mail: dmbuland@abv.bg

**ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. В. Мутафчийски, д-р**  
ИМА - София  
Клиника по експериментална, функционална хирургия и трансплантация  
1606 София  
Ул. "Св. Георги Софийски" № 1  
e-mail: vmutafchiy@gmail.com

**ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. Пенка Стефанова, д-р**  
УМБАЛ "Св. Георги"  
Клиника по детски хирургия  
Медицински университет –  
Плевен  
Плевен 4001  
Ул. "Пироговски път" № 66  
Тел: 02/903785  
e-mail: penka\_s@abv.com

**СЕКРЕТАР**

**Д-р. Кристина Ангелова, д-р**  
УМБАЛ "Александровска"  
Клиника по хирургия – Проф.  
Александар Степанов,  
Медицински университет – София  
гр. София 1431  
Ул. "Св. Георги Софийски" № 1  
Тел: 02/9230141  
e-mail: k.angelova@gmail.com

**ДО**

**ЧЛЕНОВЕТЕ НА НАУЧНО ЖУРНИ**

**УВАЖАЕМИ КОЛЕГИ,**

Уведомявам Ви, че следните доклади:

**1. Лапароскопски подход при лечение на рениални хипатадни керни - видеофилм**

*Д. Сотиров 1, Б. Наметков 1, Ц. Спиридонова 2, В. Христов 1, В. Михайлов 1, Д. Митев 2, Д. Митев 1, И. Иванов 1, Д. Дамянов 3  
1 Втора хирургия, УМБАЛСМ „Пирогов“  
2 Клиника Хирургия, УМБАЛ Царица Йоанна – ИСУЛ  
3 Клиника по Хирургия, I – ва градска болница, София*

**2. Лапароскопска интерсфинктерна резекция при нисък ректален карцином - видеофилм**

*Д. Сотиров 1, Б. Наметков 1, Ц. Спиридонова 2, В. Христов 1, В. Михайлов 1, Д. Митев 1, И. Иванов 1, Д. Дамянов 3  
1 Втора хирургия, УМБАЛСМ „Пирогов“  
2 Клиника Хирургия, УМБАЛ Царица Йоанна – ИСУЛ  
3 Клиника по Хирургия, I – ва градска болница, София*

**3. Ползата от ламбото на Мустарде при тотална резекция по повод големи тумори на долен клепач.**

*Ц. Спиридонова 1, Д. Сотиров 2, С. Улизова 1, Т. Седлаков 1, И. Тодоров 3, А. Димитров 4, Д. Кръстьнова 4  
1 Клиника по хирургия Царица Йоанна – ИСУЛ  
2 Втора клиника по хирургия УМБАЛСМ Пирогов  
3 УСБТО, София  
4 МБАЛ Адвезбадем Сити Клиник Тонуса*





**ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. Георги Тодоров, д-р**  
 УМБАЛ "Академическа"  
 Клиника по хирургия  
 Медицински университет  
 София 1411  
 Бул. "Св. Георги Свободен" № 1  
 Тел. 02/920 140  
 e-mail: todrov@bhsb.bg

**ПРЕВИЕН ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. Росица Малева, д-р**  
 УМБАЛ "Св. Марина"  
 Клиника по акушерство и гинекология  
 Медицински университет  
 Варна 9000  
 Бул. "Св. Кирил и Методий" № 1  
 Тел. 02/578 684  
 e-mail: rmal@bhsb.bg

**ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Д-р. Димитър Бозанков, д-р**  
 УМБАЛ "Св. Кирил и Методий"  
 Клиника по Обща и Абдоминална  
 хирургия и ендокринна хирургия,  
 Медицински университет  
 София 1411  
 Бул. "Св. Георги Свободен" № 1  
 Тел. 02/920 813  
 e-mail: dbozankov@bhsb.bg

**ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. В. Мутафчиев, д-р**  
 БСА - София  
 Клиника по радиационна,  
 химиотерапевтична и  
 интервенционна  
 онкология  
 1000 София  
 Бул. "Св. Георги Свободен" №3  
 e-mail: vmutachev@bhsb.bg

**ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. Пенка Стефанова, д-р**  
 УМБАЛ "Св. Георги"  
 Клиника по донорна хирургия,  
 Медицински университет -  
 Плевен  
 Плевен 4000  
 Бул. "Пантелей Пеев" № 66  
 Тел. 02/927 260  
 e-mail: penka\_s@bhsb.bg

**СЕКРЕТАР**

**Д-р. Кристина Ангелина, д-р**  
 УМБАЛ "Академическа"  
 Клиника по хирургия - Проф.  
 Калоязин Стефанов,  
 Медицински университет - София  
 1411 София  
 Бул. "Св. Георги Свободен" №1,  
 Тел. 02/920 811  
 e-mail: kangelina@bhsb.bg

**4. Терапия с негативно налягане / Вакуум терапия при тежки перитонити – начален опит и обзор на литературата.**

*Ц. Спиридонова 1, Д. Сотиров 2, Т. Седлоев 1, Б. Нелевски 3, С. Ушева 1, Р. Кръстинова 1, С. Стефанова, 3 М. Веланова 1, Д. Вилчкова 4*

*1 Клиника по хирургия, Църква Плевен – ВСУП*

*2 Втори Клиника по Хирургия, УМБАЛ "Св. Н. Пароски"*

*3 УМБАЛ "Клиническа, Плевенски"*

*4 Клиника по хирургия, Първа градска болница, София*

са одобрени и включени от научния комитет в програмата на XVI Национален Конгрес по хирургия „Нови хоризонти в хирургията“, който ще се проведе в периода 4-7 Октомври 2018г. в конгресния център на х-л „Интернационал“ – Златен пясъци.



С уважение,

**ПРОФ. Д-Р ГЕОРГИ ТОДОРОВ –**  
**ПРЕДСЕДАТЕЛ НА**  
**БЪЛГАРСКО ХИРУРГИЧЕСКО ДРУЖЕСТВО**

**Резюме /VIБ.14/**

Ц. Спиридонова , **Д. Сотиров** , С. Ушева , Т. Седлоев , И. Гаврилова , А. Джоров , Д. Кръстинова . Ползата от ламбото на Мустарде при тотална резекция по повод големи тумори на долен клепач. Абстракт с видеофилм. XVI Национален конгрес по хирургия с международно участие”Нови хоризонти пред хирургията”. Варна ,2018г.

Ползата от ламбото на Мустарде при тотална резекция по повод големи тумори на долен клепач.

Ц. Спиридонова 1, Д. Сотиров 2, С. Ушева 1, Т. Седлова 1, И. Гаврилова 3, А. Джоров 4, Д. Кръстинова 4

1 Клиника по хирургия, Царица Йоанна - ИСУЛ

2 Втора клиника по хирургия УМБАЛСМ Пирогов

3 УСБЛО, София

4 МБАЛ Аджабадем Сити Клиник Токуда

Ключови думи: долен клепач, тумори, реконструкция, Мустарде

**Введение:** Реконструкцията клепачите остава винаги актуален проблем поради сложната анатомична структура, значимостта на функцията им като протектори на очния булб и комплицираността на техниките за анатомично възстановяване при загуба на тъкан.

**Цел:** Целта на доклада е да се представи ползата от ламбото на Мустарде при лечението на Т2 и Т3 тумори на долен клепач и да се представят в допълнение и техники за реконструкция при ексцизия тумори с Т1.

**Материали и методи:** За период от три години се представят седем пациента с Т2-3 тумори на долен клепач и 13 пациента с Т1. Хистологичната картина на туморите е с характеристиката на базоепителиални тумори. Среден размер на туморите 12,7 мм при Т2-Т3. Разпределението мъже : жени е 2:1. Средната възраст на пациентите е 50 години ( 58 г. – 82 г.). Границата на сигурност при резекцията е 5 мм до 7 мм.

**Резултати:** При 7 пациента е извършена тотална радикална резекция на долен клепач с последваща реконструкция ламбо плюс присадка. При 6 от случаите е приложено ламбото на Мустарде и в един случай – параназално ламбо. Във всички случаи на тотална резекция на долен клепач конюнктивалният слой е реконструиран с пълнослойна мукозна присадка от устната кухина. Нема случаи на ранни постоперативни усложнения. Нема



## БЪЛГАРСКО ХИРУРГИЧЕСКО ДРУЖЕСТВО

София – 1131, ул. "Св. Георги Сръбски" № 1, УМБАЛ "Александровска", Клиника по хирургия  
www.bhsd.bg

### ПРЕДСЕДАТЕЛ

**Проф. Георги Тодоров, д-р**  
УМБАЛ "Александровска"  
Клиника по хирургия  
Медицински университет  
София 1131  
бул. "Св. Георги Сръбски" № 1  
Тел: 02 9230 811  
e-mail: todrov@bhsd.bg

### ПРЕДСЕДАТЕЛ

**Проф. Радослав Милаков, д-р**  
УМБАЛ "Св. Марина"  
Клиника по хирургия  
Медицински университет  
Плевна 5800  
бул. "Св. Свиринска" № 1  
Тел: 052 978 608  
e-mail: mrados@abv.bg

### ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ

**Д-р. Димитар Буланов, д-р**  
УМБАЛ "Александровска"  
Клиника по обща и черепно-мозъчна и пластична хирургия  
Медицински университет  
гр. София 1431  
бул. "Св. Георги Сръбски" №1  
Тел: 02 9230 811  
e-mail: dimitar@bhsd.bg

### ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ

**Проф. В. Мутафчиевски, д-р**  
ВМА - София  
Клиника за външеночни, пластична хирургия и реконструкция  
0908 София  
бул. "Св. Георги Сръбски" №1  
e-mail: vmutafchiev@abv.bg

### ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ

**Проф. Пенка Стефанова, д-р**  
УМБАЛ "Св. Георги"  
Клиника по детска хирургия  
Медицински университет – Плевна  
Плевна 4000  
бул. "Пироговски" №66  
Тел: 023 602 766  
e-mail: penka@bhsd.bg

### СЕКРЕТАР

**Д-р. Кристина Ангелина, д-р**  
УМБАЛ "Александровска"  
Клиника по хирургия – Проф. Александар Станков  
Медицински университет – София  
гр. София 1431  
бул. "Св. Георги Сръбски" №1  
Тел: 02 9230 811  
e-mail: dr.kristina@bhsd.bg

## ДО ЧЛЕНОВЕТЕ НА НАУЧНО ЖУРНИ

### УВАЖАЕМИ КОЛЕГИ,

Уведомявам Ви, че следните доклади:

#### 1. Лапароскопски подход при лечение на рецидивни хистатиал хернии - видеофилм

Д. Сотиров 1, Б. Николов 1, Ц. Спиридонова 2, В. Христова 1, В. Милаков 1, Т. Седлова 2, Д. Митев 1, И. Нанов 1, Д. Димитров 3

1 Втора хирургия, УМБАЛСМ „Пирогов“

2 Клиника Хирургия, УМБАЛ Царица Йоанна – ИСУЛ

3 Клиника по Хирургия, 1 – в градска болница, София

#### 2. Лапароскопска интратерестриална резекция при инсект ректалаен карцином - видеофилм

Д. Сотиров 1, Б. Николов 1, Ц. Спиридонова 2, В. Христова 1, В. Милаков 1, Д. Митев 1, И. Нанов 1, Д. Димитров 3

1 Втора хирургия, УМБАЛСМ „Пирогов“

2 Клиника Хирургия, УМБАЛ Царица Йоанна – ИСУЛ

3 Клиника по Хирургия, 1 – в градска болница, София

#### 3. Ползата от ламбото на Мустарде при тотална резекция по повод големи тумори на долен клепач.

Ц. Спиридонова 1, Д. Сотиров 2, С. Ушева 1, Т. Седлова 1, И. Гаврилова 3, А. Джоров 4, Д. Кръстинова 4

1 Клиника по хирургия Царица Йоанна - ИСУЛ

2 Втора клиника по хирургия УМБАЛСМ Пирогов

3 УСБЛО, София

4 МБАЛ Аджабадем Сити Клиник Токуда



## БЪЛГАРСКО ХИРУРГИЧЕСКО ДРУЖЕСТВО

София – 1131, ул. "Св. Георги Сръбски" № 1, УМБАЛ "Александровска", Клиника по хирургия  
www.bhsd.bg

### ПРЕДСЕДАТЕЛ

**Проф. Георги Тодоров, д-р**  
УМБАЛ "Александровска"  
Клиника по хирургия  
Медицински университет  
София 1431  
бул. "Св. Георги Сръбски" № 1  
Тел: 02 9230 811  
e-mail: todrov@bhsd.bg

### ПРЕДСЕДАТЕЛ

**Проф. Радослав Милаков, д-р**  
УМБАЛ "Св. Марина"  
Клиника по хирургия  
Медицински университет  
Плевна 5800  
бул. "Св. Свиринска" № 1  
Тел: 052 978 608  
e-mail: mrados@abv.bg

### ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ

**Д-р. Димитар Буланов, д-р**  
УМБАЛ "Александровска"  
Клиника по обща и черепно-мозъчна и пластична хирургия  
Медицински университет  
гр. София 1431  
бул. "Св. Георги Сръбски" №1  
Тел: 02 9230 811  
e-mail: dimitar@bhsd.bg

### ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ

**Проф. В. Мутафчиевски, д-р**  
ВМА - София  
Клиника за външеночни, пластична хирургия и реконструкция  
0908 София  
бул. "Св. Георги Сръбски" №1  
e-mail: vmutafchiev@abv.bg

### ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ

**Проф. Пенка Стефанова, д-р**  
УМБАЛ "Св. Георги"  
Клиника по детска хирургия  
Медицински университет – Плевна  
Плевна 4000  
бул. "Пироговски" №66  
Тел: 023 602 766  
e-mail: penka@bhsd.bg

### СЕКРЕТАР

**Д-р. Кристина Ангелина, д-р**  
УМБАЛ "Александровска"  
Клиника по хирургия – Проф. Александар Станков  
Медицински университет – София  
гр. София 1431  
бул. "Св. Георги Сръбски" №1  
Тел: 02 9230 811  
e-mail: dr.kristina@bhsd.bg

#### 4. Терапии с негативно влияние / Вакуум терапия при тежки перитонити – начален опит и обзор на литературата.

Ц. Спиридонова 1, Д. Сотиров 2, Т. Седлова 1, В. Николов 2, С. Ушева 1, И. Гаврилова 3, А. Джоров 4, Д. Кръстинова 4

1 Клиника по хирургия, Царица Йоанна – ИСУЛ

2 Втора Клиника по Хирургия, УМБАЛСМ „ П. Пирогов“

УМБАЛ Клиник Плевна

4 Клиника по хирургия, Първа градска болница, София

са одобрени и включени от научния комитет в програмата на XVI Национален Конгрес по хирургия „Нови хоризонти в хирургията“, който ще се проведе в периода 4-7 Октомври 2018г. в конгресния център на х-в „Интернационал“ – Златни дестин.

С уважение,

**ПРОФ. Д-Р ГЕОРГИ ТОДОРОВ –**  
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА  
БЪЛГАРСКО ХИРУРГИЧЕСКО ДРУЖЕСТВО



Ц. Спиридонова , Д. Сотиров , Т. Седлов , Б. Наметков 2, С. Ушева , Б. Коруков , С. Спиридонов, М. Белитова , Д. Дамянов. **Терапия с негативно налягане / Вакуум терапия при тежки перитонити – начален опит и обзор на литературата. . XVI Национален конгрес по хирургия с международно участие "Нови хоризонти пред хирургията". Варна ,2018г.**

Терапия с негативно налягане / Вакуум терапия при тежки перитонити – начален опит и обзор на литературата.

Ц. Спиридонова 1, Д. Сотиров 2, Т. Седлов 1, Б. Наметков 2, С. Ушева 1, Б. Коруков 1, С. Спиридонов, 3 М. Белитова 1, Д. Дамянов 4

1 Клиника по хирургия, Царица Йоанна – ИСУЛ

2 Втора Клиника по Хирургия, УМБАЛСМ „ Н. П.Пирогов“

3МБАЛ Хигия, Пазарджик

4 Клиника по хирургия, Първа градска болница, София

**Ключови думи :** перитонит, негативно налягане, вакуум терапия

**Въведение:** Принципите за лечение на перитонита дълго време остават непроменени – елиминиране на източника, обилен лаваж, дренаж, адекватна антибиотична терапия и при необходимост за втори оглед – принципа на отворен корем. През последното десетилетие броят на проучванията за ефективността на терапията с негативно налягане при перитонит показват нарастващо добри резултати.

**Цел:** Целта на това ретроспективно проучване е да представи началният опит на Клиниката по хирургия ИСУЛ при лечението с вакуум терапия на дифузен и тотален перитонит и да се представи обзор на литературата.

**Материали и методи:** За период от три години на вакуум терапия са третирани 8 пациента с дифузен / тотален вторичен перитонит и един пациент с първичен дифузен перитонит. Направен е анализ на времето на поставяне на вакуум системата, броят и честотата на смяна на вакуум системата, престоя в реанимация, и морталитета.

**Резултати:** Обширни проучвания показват рязко намаляване на морталитета след прилагането на лечението с негативно налягане при тежки перитонити и панкреатити. В нашето проучване се установява 80 % преживяемост при тежки перитонити, със среден престой в реанимация до 9 дни и средно двукратна смяна на вакуум системата.

**Обсъждане:** Вакуум терапията при тежък перитонит е безопасна алтернатива на класическия метод на отворения корем, която рязко повишава шансовете за



**БЪЛГАРСКО ХИРУРГИЧЕСКО ДРУЖЕСТВО**

София – 1531, ул. "Св. Георги Софийски" № 1, УМБАЛ "Академическа", Клиника по хирургия  
тел: 02-9230-540  
e-mail: bulbul@abv.bg

**ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. Георги Тодоров, д-р**  
УМБАЛ "Академическа"  
Клиника по хирургия  
Медицински университет  
София 1431  
бул. "Св. Георги Софийски" № 1  
тел: 02-9230-540  
e-mail: bulbul@abv.bg

**ПРЕСВОБОДЕН ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. Росен Милков, д-р**  
УМБАЛ "Св. Марина"  
Втора клиника по хирургия  
Медицински университет  
Варна 6000  
ул. "Св. Свириница" № 1  
тел: 052-978-888  
e-mail: rml@abv.bg

**ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Д-р. Димитър Буланов, д-р**  
УМБАЛ "Академическа"  
Клиника по Обща и черепно-мозъчна и външноуховна хирургия  
Медицински университет  
гр. София 1431.  
бул. "Св. Георги Софийски" №1  
Тел: 02-9230-813  
e-mail: dmb@abv.bg

**ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. В. Мутафийски, д-р**  
БМА - София  
Клиника за екстремна, ортопедична хирургия и ортопедия  
1000 София  
бул. "Св. Георги Софийски" №3  
e-mail: vmutaf@abv.bg

**ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. Пенка Стефанова, д-р**  
УМБАЛ "Св. Георги"  
Клиника за детска хирургия  
Медицински университет – Плевна  
Плевна 4000  
бул. "Панагюрица" №6/Б  
Тел: 03-8623766  
e-mail: penka@abv.bg

**СЕКРЕТАР**

**Д-р. Кристина Ангелина, д-р**  
УМБАЛ "Академическа"  
Клиника по хирургия – Проф. Александър Стоянов,  
Медицински университет – София  
гр. София 1431  
бул. "Св. Георги Софийски" №1  
Тел: 02-9230-811  
e-mail: dr.kristina@abv.bg

**ДО ЧЛЕНОВЕТЕ НА НАУЧНО ЖУРИ**

**УВАЖАЕМИ КОЛЕГИ,**

Уведомявам Ви, че следните доклади:

**1. Лапароскопски подход при лечение на редицни хиатални хернии - видеофилм**

*Д. Сотиров 1, Б. Наметков 1, Д. Старидонова 2, В. Христов 1, В. Милков 1, Т. Седлов 2, Д. Митев 1, И. Иванов 1, Д. Дамянов 3*

*1 Втора хирургия, УМБАЛСМ „Пирогов“*

*2 Клиника Хирургия, УМБАЛ Царица Йоанна – ИСУЛ*

*3 Клиника по Хирургия, 1 – на градска болница, София*

**2. Лапароскопска интерферентна резекция при интър ректален карцином - видеофилм**

*Д. Сотиров 1, Б. Наметков 1, Д. Старидонова 2, В. Христов 1, В. Милков 1, Д. Митев 1, И. Иванов 1, Д. Дамянов 3*

*1 Втора хирургия, УМБАЛСМ „Пирогов“*

*2 Клиника Хирургия, УМБАЛ Царица Йоанна – ИСУЛ*

*3 Клиника по Хирургия, 1 – на градска болница, София*

**3. Ползата от ламбото на Мустарде при тотална резекция по повод големи тумори на долен клепач.**

*Д. Старидонова 1, Д. Сотиров 2, С. Ушева 1, Т. Седлов 1, И. Георгиева 3, А. Дрезов 4, Д. Христовова 4*

*1 Клиника по хирургия Царица Йоанна – ИСУЛ*

*2 Втора клиника по хирургия УМБАЛСМ Пирогов*

*3 УСБЛО, София*

*4 МБАЛ Адаптован Статус Клиника Травма*



**БЪЛГАРСКО ХИРУРГИЧЕСКО ДРУЖЕСТВО**

София – 1531, ул. "Св. Георги Софийски" № 1, УМБАЛ "Академическа", Клиника по хирургия  
тел: 02-9230-540  
e-mail: bulbul@abv.bg

**ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. Георги Тодоров, д-р**  
УМБАЛ "Академическа"  
Клиника по хирургия  
Медицински университет  
София 1431  
бул. "Св. Георги Софийски" № 1  
тел: 02-9230-540  
e-mail: bulbul@abv.bg

**ПРЕСВОБОДЕН ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. Росен Милков, д-р**  
УМБАЛ "Св. Марина"  
Втора клиника по хирургия  
Медицински университет  
Варна 6000  
ул. "Св. Свириница" № 1  
тел: 052-978-888  
e-mail: rml@abv.bg

**ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. В. Мутафийски, д-р**  
БМА - София  
Клиника за екстремна, ортопедична хирургия и ортопедия  
1000 София  
бул. "Св. Георги Софийски" №3  
e-mail: vmutaf@abv.bg

**ЗАМ. ПРЕДСЕДАТЕЛ**

**Проф. Пенка Стефанова, д-р**  
УМБАЛ "Св. Георги"  
Клиника за детска хирургия  
Медицински университет – Плевна  
Плевна 4000  
бул. "Панагюрица" №6/Б  
Тел: 03-8623766  
e-mail: penka@abv.bg

**СЕКРЕТАР**

**Д-р. Кристина Ангелина, д-р**  
УМБАЛ "Академическа"  
Клиника по хирургия – Проф. Александър Стоянов,  
Медицински университет – София  
гр. София 1431  
бул. "Св. Георги Софийски" №1  
Тел: 02-9230-811  
e-mail: dr.kristina@abv.bg

**4. Терапия с негативно налягане / Вакуум терапия при тежки перитонити – начален опит и обзор на литературата.**

*Д. Спиридонова 1, Д. Сотиров 2, Т. Седлов 1, Б. Наметков 2, С. Ушева 1, Б. Коруков 1, С. Спиридонов, 3 М. Белитова 1, Д. Дамянов 4*

*1 Клиника по хирургия, Царица Йоанна – ИСУЛ*

*2 Втора Клиника по Хирургия, УМБАЛСМ „ Н. П.Пирогов“*

*3МБАЛ Хигия, Пазарджик*

*4 Клиника по хирургия, Първа градска болница, София*

са съобщи в изданието на научния конгрес в програмата на XVI. Национален Конгрес по хирургия "Нови хоризонти в хирургията", който ще се провежда в периода 8-7 Октомври 2018г. и координира щитър на кс-1 „Интершкола“ – Утешен баскет.

**Създадено:**

**ПРОФ. Д-р ГЕОРГИ ТОДОРОВ**  
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА  
БЪЛГАРСКО ХИРУРГИЧЕСКО ДРУЖЕСТВО



## Резюме /VIB.16/

Р.Митова, Д.Сотиров, П.Гецов, Б.Големанов, Н.Григоров, Й.Генов. Контрастно-усилена ехография в диагностичния и терапевтичния подход при болни с хепатоцелуларен карцином. Сборник доклади и резюмета Национална научна конференция на Българско дружество по гастроентерология със секция по гастроентерологична ендоскопия и абдоминална ехография.3-5.10. Пловдив. 2013;138 .



II. 19

### КОНТРАСТНО- УСИЛЕНАТА ЕХОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИЧНИЯ И ТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ПРИ БОЛНИ С ХЕПАТОЦЕЛУЛАРЕН КАРЦИНОМ

Р. Митова<sup>1</sup>, Д. Сотиров<sup>1</sup>, П.Гецов<sup>2</sup>, Б.Големанов<sup>1</sup>, Н. Григоров<sup>3</sup>, Й. Генов<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Клиничен център по гастроентерология, УМБАЛ „Царица Йоанна“, МУ София  
<sup>2</sup>Отделение по образна диагностика, УМБАЛ „Царица Йоанна“  
<sup>3</sup>Клиника по вътрешни болести, II МБАЛ, София

#### РЕЗЮМЕ

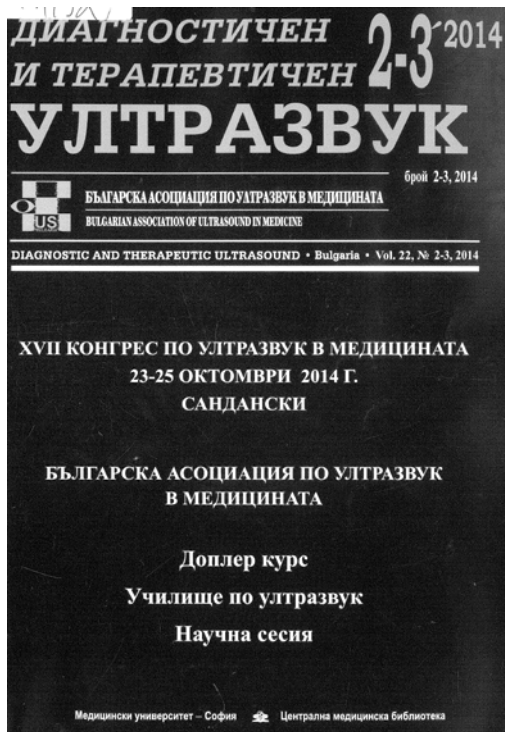
Хепатоцелуларният карцином е петата по честота неоплазма и по наши данни в над 90% е следствие на инфекция с хепатитен вирус. За по малко от десет години концепцията за диагностичния и терапевтичен подход при хепатоцелуларния карцином се промени значително. Това стана реално най-вече заради възможността на гастроентеролога да провежда и контролира активно целия цикъл на профилактика, скрининг, диагностика и лечение на тези пациенти. В не малка степен за това спомогна и въвеждането на контрастно-усилена ехография с втора генерация контрасти.

В настоящото проучване са включени 117 пациенти с чернодробна цирроза, 54 с доказан чернодробен карцином, 31 - контрол след локална терапия за НСС, изследвани в Клиниката по гастроентерология за период от четири години. Анализира се подходът за скрининг на пациентите с чернодробна цирроза; диференциране на suspectни зони и възли с размери до 2 см. Изследва се се кинетиката на изобразяване при контрастно-усилена ехография на първичния чернодробен карцином, диференциалната диагноза с регенераторни/диспластични възли и други солидни формации в черния дроб и се определя диагностичната акуратност на метода. Определят се възможностите на контрастно-усилена ехография за контрол на обема на некроза в различни етапи след локално аблативно лечение и постоперативно проследяване. Извършен е анализ на промяната на алгоритъма при пациенти с цирроза и първичен карцином на черния дроб по отношение на точност и време за поставяне на диагнозата; комплексно прецизиране на терапевтичния подход и последващия контрол.

138

## Резюме /VIB.17/

Й. Генов, Д. Сотиров, Д. Дамянов, П. Гецов, Р. Митова, К. Павлов. Локална аблация при панкреасен дуктален аденокарцином. XVII Конгрес по ултразвук в медицината 23-25.10.Сандански.2014;8



## СЕСИЯ „ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯ“ – 2 ЧАСТ (10.45-14.10)

Модератори: доц. А. Алексиев, доц. Ст. Ханджиев, доц. М. Тотев, д-р Р. Митова

ЛОКАЛНА АБЛАЦИЯ ПРИ ПАНКРЕАСЕН ДУКТАЛЕН АДЕНОКАРЦИНОМ (10.45-11.00)

Й. Генов, Д. Сотиров, Д. Дамянов, П. Гецов, Р. Митова, К. Павлов

ИНТРАДУКТАЛНИ ПАПИЛАРНИ МУЦИНОЗНИ НЕОПЛАЗМИ НА ПАНКРЕАСА (11.00-11.15)

Р. Митова, Й. Генов, Г. Танева, П. Гецов

КИСТАДЕНОКАРЦИНОМ НА ПАНКРЕАСА. ДИАГНОСТИЧНИ КРИТЕРИИ НА КОНВЕНЦИОНАЛНАТА И КОНТРАСТНАТА ЕХОГРАФИЯ И РАЗЛИЧНИТЕ БИОПСИЧНИ ТЕХНИКИ. КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ (11.15-11.25)

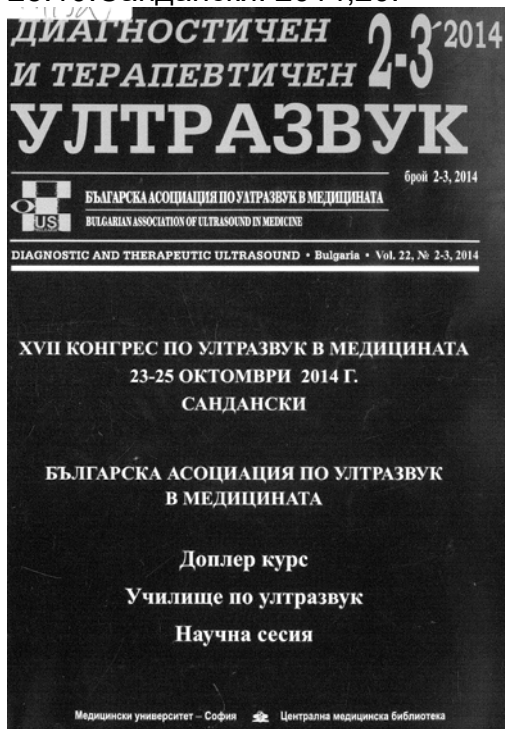
Ц. Митев, Н. Цонев, П. Василев

ПАНКРЕАСНИ АСПИРАЦИОННИ БИОПСИИ: ДА СЕ ИЗВЪРШВАТ ИЛИ НЕ, КОГА И ПОД КАКЪВ ОБРАЗЕН КОНТРОЛ (11.25-11.40)

А. Хилendarов, К. Велкова, Е. Симова, А. Георгиев, П. Коцев

## Резюме /VIB.18/

Р. Христова, Й. Генов, Р. Митова, К. Павлов, Г. Танева, И. Терзиев, П. Гецов, Д. Сотиров. Хепатоцелуларен карцином при пациент с гликогеноза тип III - болест на Кори. Сборник доклади и резюмета XVII Конгрес по ултразвук в медицината 23-25.10. Сандански. 2014;20.



### ХЕПАТОЦЕЛУЛАРЕН КАРЦИНОМ ПРИ ПАЦИЕНТ С ГЛИКОГЕНОЗА ТИП III - БОЛЕСТ НА КОРИ

Р. Христова<sup>1</sup>, Й. Генов<sup>1</sup>, Р. Митова<sup>1</sup>, К. Павлов<sup>1</sup>, Г. Танева<sup>1</sup>, И. Терзиев<sup>2</sup>, П. Гецов<sup>3</sup> и Д. Сотиров<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Клиничен център по гастроентерология, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София  
<sup>2</sup>Отделение по патология, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София  
<sup>3</sup>Клиника по образна диагностика, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София

Гликогеноза тип III (Limit Dextrinosis, Glycogen storage disease type III GSD III) се унаследява по автосомно-рецесивен път. Честотата е 1:100 000 раждания. Състоянието е свързано с липса на амило-1,6-гликозидаза и образуване на дефектен гликоген – лимитдекстрин. Последният се натрупва в черния дроб, слезката и скелетната мускулатура. Клинично се извява с хепатомегалия, хипогликемии, изоставане в растежа, мускулна миопатия и кардиомиопатия. С напредване на възрастта – през 3-4-тата декада от живота, авансират чернодробните прояви до чернодробна цироза и рядко до хепатоцелуларен карцином.

Представяме мъж на 45 год., на когото на 9-месечна възраст е поставена хистологично диагноза гликогеноза. След 44-годишна давност на заболяването без коректно проследяване пациентът се представи в Клиниката по гастроентерология в стадий на декомпенсирана чернодробна

цироза, MELD14, Child C, тежки коагулационни нарушения, портална хипертония с варици на хранопровод IVст., стомашни варици и асцит. Образните изследвания (US, CEUS, CE-CT) установиха лезия с характеристика на НСС, верифицирана и хистологично. След компенсиране на чернодробното заболяване до стадий MELD10, Child B се извърши перкутанна микровълнова аблация. Проведените образни контроли (CEUS, CE-CT) след манипулацията и след 3 месеца демонстрират пълна некроза на третираната неопластична зона.

По наши данни това е първият описан случай в българската практика на пациент с гликогеноза в авансирал стадий, с декомпенсирана чернодробна цирроза и чернодробен карцином, при когото е извършено локално аблативно лечение.

## Резюме /VIB.19/

К. Павлов, Й. Генов, Р. Митова, Г. Танева, Д. Димитров, М. Спасов, С. Стойчев, Н. Григоров, **Д. Сотиров**, И. Терзиев, П. Гецов. Първични чернодробни тумори и 18-годишен опит с перкутанните аблативни техники. XVIII Конгрес по ултразвук в медицината 1-4.10. Сандански. Диагностичен и терапевтичен ултразвук, 2015; 23(2):14.

**ДИАГНОСТИЧЕН И ТЕРАПЕВТИЧЕН УЛТРАЗВУК** 2015  
брой 2, 2015

БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ПО УЛТРАЗВУК В МЕДИЦИНАТА  
BULGARIAN ASSOCIATION OF ULTRASOUND IN MEDICINE

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ULTRASOUND • Bulgaria • Vol. 23, № 2, 2015

**XVIII КОНГРЕС ПО УЛТРАЗВУК В МЕДИЦИНАТА**  
1-4 ОКТОМВРИ 2015 Г.  
САНДАНСКИ

**БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ПО УЛТРАЗВУК В МЕДИЦИНАТА**

Доплер курс  
Училище по ултразвук  
Научна сесия

### РЕЗЮМЕТА

#### ОТ XVIII КОНГРЕС ПО УЛТРАЗВУК В МЕДИЦИНАТА

##### ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯ

#### ПЪРВИЧНИ ЧЕРНОДРОБНИ ТУМОРИ И 18-ГОДИШЕН ОПИТ С ПЕРКУТАННИТЕ АБЛАТИВНИ ТЕХНИКИ

К. Павлов<sup>1</sup>, Й. Генов<sup>2</sup>, Р. Митова<sup>3</sup>, Г. Танева<sup>4</sup>, Д. Димитров<sup>1</sup>, М. Спасов<sup>1</sup>, С. Стойчев<sup>1</sup>, Н. Григоров<sup>1</sup>, Д. Сотиров<sup>1</sup>, И. Терзиев<sup>1</sup> и П. Гецов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Клиника по гастроентерология, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София

<sup>2</sup>Клиника по хирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София

<sup>3</sup>Отделение по патология, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София

<sup>4</sup>Отделение по образна диагностика, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София

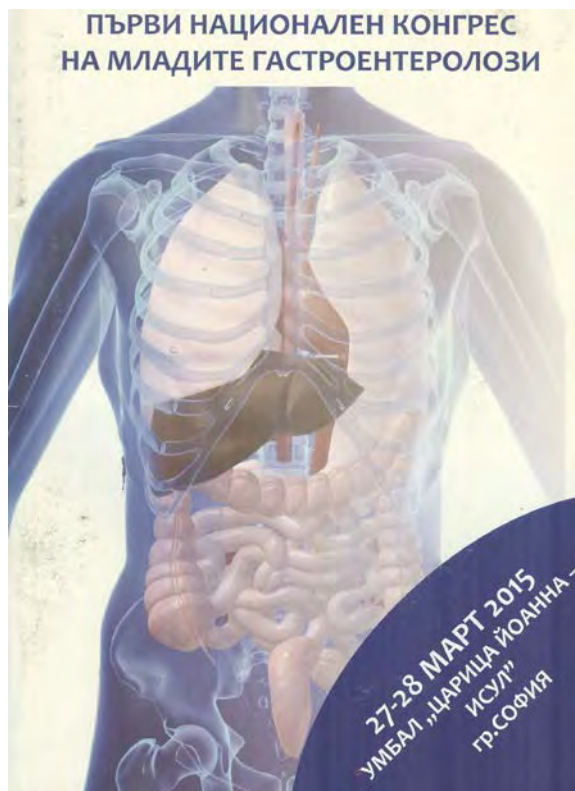
Перкутанните аблативни процедури под ехографски контрол са съществена част от нашия арсенал в лечението/палиатива на първичните чернодробни тумори вече 2 десетилетия. През този период се наблюдаваше и константен прогрес в индикациите, приложението и резултатите от аблативната терапия. Представяме нашия 18-годишен опит в перкутанната етанолова аблация (PEI), радиочувствителната (RF) и микровълновата (MW) аблация на първичните чернодробни неоплазми.

През периода 1997-2015 г. регистрирахме 327 пациенти (80,4% мъже; 19,6% жени) на възраст 26-84 г. (средно 64,2) с първични чернодробни неоплазми (89,4% хепатоцелуларен карцином; 9,9% холангиокарцином; 0,7% смесен тип НСС/СС). Диагнозата е образна (конвенционална и контрастно усилена ехография, компютър-томографско изследване с контраст) и хистологична/имунохистохимична. Всички пациенти са с цирроза (Child A 59,7%; B 35,4%; C 4,9%); 81,6% са инфектирани с HBV (53,3%), HCV (32,4%); конифектираните са 8,1%. НСС е етапиран по BCLC: A (21,7%); B (38,5%); C (32,2%); D (7,7%). При 69,4% се касае за единична лезия, при 52,6% туморният размер надхвърля 5 cm. С перкутанна аблация се лекуваха 67,8% от пациентите: RFA (40,1%), MWA (6,4%), shot-PEI (17,2%) и комбиниран аблативен метод (3,9%).

Пациентите са проследявани от 1 до 72 месеца (средно 11,9) с контрастно усилена ехография/компютърна томография, при някои от тях се извърши биопсия. Пълна аблация бе постигната при 57,5%. Локална туморна прогресия се откри при 26,4% след 1-72 (средно 12,2 м.) в периода на проследяване; нови лезии при 23,8% след 1-52 месеца (средно 10,1). Средната преживяемост на

## Резюме /VIB.20/

К. Павлов, Р. Митова, Й. Генов, **Д. Сотиров**, И. Терзиев, Б. Владимирова. BCLC - универсален сценарий или средство за вземане на индивидуални решения. I Сборник Национален конгрес на младите гастроентеролози 27-28.03. София. 2015;12 .



## ВССС - УНИВЕРСАЛЕН СЦЕНАРИЙ ИЛИ СРЕДСТВО ЗА ВЪЗЕМАНЕ НА ИНДИВИДУАЛНИ РЕШЕНИЯ

К.Павлов<sup>1</sup>, Р.Митова<sup>1</sup>, Й.Генов<sup>1</sup>, Д.Сотиров<sup>1</sup>, И.Терзиев<sup>1</sup> и Б.Владимиров<sup>1</sup>

1. Клиничен център по гастроентерология, УМБАЛ "Царица Йоанна" - ИСУЛ, МУ - София

2. Отделение по патология, УМБАЛ "Царица Йоанна" - ИСУЛ, МУ - София

### Въведение

Описаната глобална тенденция към повишаване честотата на хепатоцелуларния карцином (НСС), твърде различният фенотип и биологично поведение на неоплазмата, както и съответна на това необходимост от индивидуален подход при взимане на диагностично-лечебни решения поставят голямо предизвикателство в съвременната хепатология, хепатобилиарна хирургия, образна диагностика и онкология. Съществуват множество стадирани системи (Okuda, TNM, CLIP, CUP) и др.) като Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) обединява повечето автори и имплементира алгоритъм на поведение при различните стадии на заболяването. Ежедневната практика обаче показва едно - универсален сценарий с ясен и категоричен подход е оптимистичен поглед над заболяването.

### Клиничен случай

Представяме пациент на 63 год. с НСС на фона на чернодробна цироза и ко-инфекция HCV и HBV. Заболяването дебютира май 2013 г. с два неопластични възела с размер по 5 см в seg. VII. Пациентът е Child-Turcotte-Pugh A(6), MELD 6, варици на хранопровода ст. I и придружаваща сърдечносъдова и метаболитна (ЗД II) патология. Неоплазмата е стадирана BCLC клас B, преценена е като подходяща за оперативно лечение и адювантна терапия със Sorafenib.

Януари 2014 г нов възел при CEUS и СЕСТ с размер 18 мм, seg VII, стадиран BCLC class 0 (eHCC). Следва реоперация (бисегментектомия seg VI + VII) и ексцизия на огнищни лезии в seg I и seg V (HGDN).

Август 2014 г се установява портална тромбоза, асцит и предсърдно мъждене. Черният дроб е без динамика при изследване в В-мод. Провежда се антикоагулантно лечение.

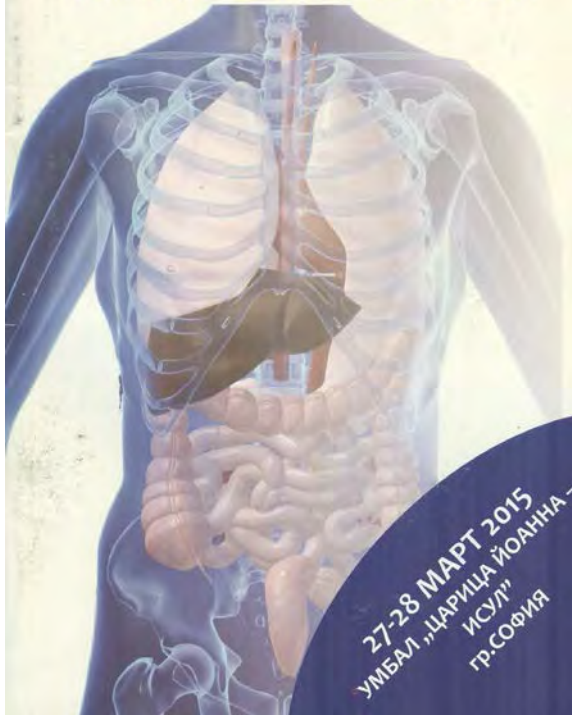
Нов възел при образно изследване с контрастно усилване през м.09.2014; seg VIII, размер 18 мм, MELD 6, стадий 0 по BCLC мотивира трансартериално лечение. Първоначалният успех от ТАЕ обективизиран ноември 2014 г с CEUS е краткотраен - януари 2015 г. СЕСТ установява рецидив на заболяването. Локална аблация, таргетна терапия или нова трансартериална процедура; своеобразен успех или изчерпване на лечебните опции?

Ключови думи: Хепатоцелуларен карцином, BCLC, алгоритъм на поведение

## Резюме /VIB.21/

М.Стоянова,Б.Владимиров,Е.Пирьова,Й.Генов,Р.Митова,П.Гецов,Д.Сотиров.  
Клиничен случай на хепатоцелуларен карцином А3 по BCLC на фона на HBV  
позитивна чернодробна цироза - Child B MELD 15. Сборник I Национален конгрес  
на младите гастроентеролози 27-28.03. София. 2015;38.

**ПЪРВИ НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС  
НА МЛАДИТЕ ГАСТРОЕНТЕРОЛОЗИ**



**Клиничен случай на Хепатоцелуларен карцином-А3 по BCLC на фона на HBV позитивна чернодробна цирроза- Child B MELD 15**

**М.Стоянова<sup>1</sup>, Б.Владимиров<sup>2</sup>, Е.Пирьова<sup>3</sup>, Й.Генов<sup>1</sup>, Р.Митова<sup>1</sup>, Л.Гецов<sup>1</sup>, Д.Сотиров<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Клиничен център по гастроентерология, УМБАЛ „Царица Йоанна- ИСУЛ“, гр. София

<sup>2</sup>Отделение по образна диагностика, УМБАЛ „Царица Йоанна- ИСУЛ“, гр. София

<sup>3</sup>Клиника по хирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна- ИСУЛ“, гр. София

**Въведение**

Хепатоцелуларният карцином е най-честият първичен злокачествен тумор на черния дроб. Свързан е предимно с наличието на HBV или HCV инфекция. Честотата в България е 11-15/100 000. 2 до 9,5 % от пациентите с чернодробна цирроза развиват HCC, като след петата година от оформянето на цирозата честотата на поява на HCC достига 20%.

**Клиничен случай**

Представяме мъж на 62 години, постъпващ в Клиниката по повод астено-динамичен синдром. От клиничко-лабораторните показатели- наличие на трикратно завишени трансаминази, хипоалбуминемия, хипербилирубинемия, нарушен коагулационен статус, HBsAg(+), anti HBc-total(+), anti-HBe(+), anti-HCV(-), anti-HDV-total –изчаква се резултат, АФП 8,8 ng/ml. HBV DNA-изчаква се резултат. От конвенционалната ехография се установи чернодробна цирроза, малко количество асцит,добре отграничена огнищна лезия във втори сегмент на черния дроб с размер 5см, неангажираща портален, венозен или жлъчен съд. Проведе се ФГС с данни за варици на хранопровода IVст, ПХГ, варици на дуоденума. Осъществи се ЕВЛ на езофагеалните варици-поставени шест лигатури. При контрастиране на черен дроб/CEUS и КТ на абдомен с контраст/ се потвърди наличието на типичен първичен чернодробен тумор с размери 5,1 см. Започната терапия с Ламивудин, антибиотик, хепатопротектор, ИПП, бета-блокери, диуретици. Направи се консултация с хирург, изказващ становище, че пациентът е индициран за атипична резекция на описания тумор с оглед локализацията и размера му след предоперативна подготовка.

**Заклучение**

Този доклад описва типичен случай на първичен чернодробен тумор, развил се на фона на HBV позитивна чернодробна цирроза. Локализацията и размерът на лезията позволяват осъществяване на атипична резекция.

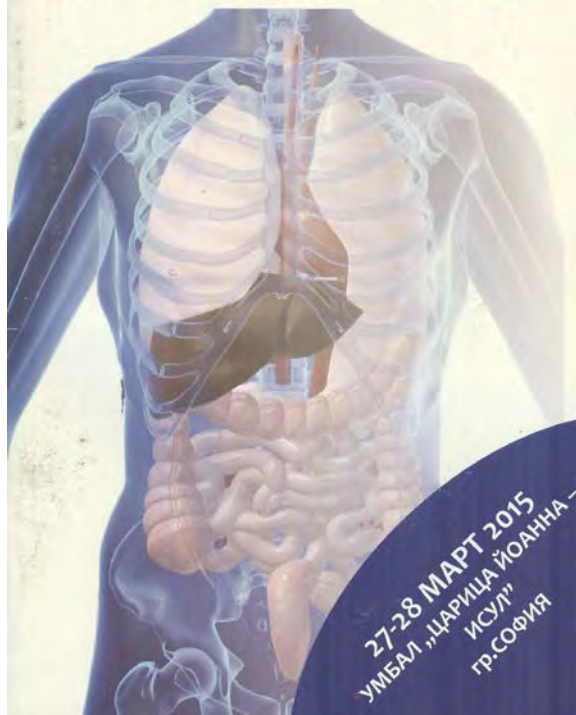
**Ключови думи:** чернодробна цирроза, HBV, HCC, ЕВЛ, атипична резекция

**Резюме /VIB.22/**

**Б.Наметков,Д.Сотиров,Ц.Спиридонова,Д.Дамянов.**Интраабдоминална ретрокавална бронхогенна киста при 36г.жена.Сборник I Национален конгрес на младите гастроентеролози 27-28.03. София. 2015;47.



ПЪРВИ НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС  
НА МЛАДИТЕ ГАСТРОЕНТЕРОЛОЗИ



Интраабдоминална ретрокавална бронхогенна киста при  
36-годишна жена. Клиника по хирургия

Б. Наметков, Д. Сотиров, Ц. Спиридонова, Д. Дамянов  
Клиника по хирургия, КЦГЕ, УМБАЛ "Царица Йоанна - ИСУЛ", гр.София

Бронхогенните кисти разположени извън медиастинума са твърде интересна и рядка находка. Представяват ембрионална малформация настъпваща вследствие на пъпкуване или дивертикулородно разширение на първичната тръба при формирането на трахеобронхиалното дърво. В литературата са направени не повече

- 47 -

от 100 съобщения за различните възможни локализации - кожа (70), ретроперитонеум, език, коремна кухина.

Представяме случай на 36 годишна жена с интраабдоминално ретрокавално разположена бронхогенна киста с диаметър 9 см, диагностицирана по повод клиника на бъбречна колика и ехографска находка, суспектна за интраабдоминален тумор с кистична компонента. При направената оперативна намеса е извършена екстракапсулна ексцизия със парциална резекция на десен диафрагмален купол. Пациентката е изписана на 7 следоперативен ден. Хистопатологичната находка потвърждава бронхогенна киста с бенигнен характер.

В литературата е единно становището, че клинично проявените бронхогенни кисти с риск от компресия на жизненоважни структури подлежат на лечение. Дискусионни остават методите на лечение - пункция или хирургично лечение, чиито индикации се определят от локализацията на тумора и степента на диагностична сигурност за бенигненост.

**Резюме /VIB.23/**

К. Павлов, Р. Митова, Й. Генов, **Д. Сотиров**, Т. Терзиев. BCLC - универсален сценарий или средство за вземане на индивидуални решения. Клиничен случай.9

XVIII Конгрес по ултразвук в медицината 1-4.10. Сандански. Диагностичен и терапевтичен ултразвук, 2015; 23(2):16.

**ДИАГНОСТИЧЕН И ТЕРАПЕВТИЧЕН УЛТРАЗВУК** 2015  
брой 2, 2015

**БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ПО УЛТРАЗВУК В МЕДИЦИНАТА**  
BULGARIAN ASSOCIATION OF ULTRASOUND IN MEDICINE

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ULTRASOUND • Bulgaria • Vol. 23, № 2, 2015

**XVIII КОНГРЕС ПО УЛТРАЗВУК В МЕДИЦИНАТА**  
1-4 ОКТОМВРИ 2015 Г.  
САНДАНСКИ

**БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ПО УЛТРАЗВУК В МЕДИЦИНАТА**

**Доплер курс**  
**Училище по ултразвук**  
**Научна сесия**

Медицински университет – София    Централна медицинска библиотека

**BCLC – УНИВЕРСАЛЕН СЦЕНАРИЙ ИЛИ СРЕДСТВО ЗА ВЗЕМАНЕ НА ИНДИВИДУАЛНИ РЕШЕНИЯ**

*К. Павлов, Р. Митова, Й. Генов, Д. Сотиров и И. Терзиев*

<sup>1</sup>Клиничен център по гастроентерология, УМБАЛ "Царица Йоанна" – ИСУЛ, МУ – София

<sup>2</sup>Отделение по патология, УМБАЛ "Царица Йоанна" – ИСУЛ, МУ – София

Описаната глобална тенденция към повишаване честотата на хепатоцелуларния карцином (HCC), твърде различният фенотип и биологично поведение на неоплазмата, както и съответната на това необходимост от индивидуален подход при вземане на диагностично-лечебни решения поставят голямо предизвикателство пред съвременната хепатология, хепатобилиарна хирургия, образна диагностика и онкология. Съществуват множество стадиращи системи (Okuda, TNM, CLIP, CUP1 и др.), като Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) обединява повечето автори и имплицира алгоритъм на поведение при различните стадии на заболяването. Ежедневната практика обаче показва едно – универсален сценарий с ясен и категоричен подход е оптимистичният поглед над заболяването.

Представяме случай с пациент на 63 год. с HCC на фона на чернодробна цироза и инфекция HCV и HBV. Заболяването дебютира през май 2013 г. с два неопластични възела с размер по 5 cm в seg VII. Пациентът е с Child-Turcotte-Pugh A(6), MELD 6, варици на хранопровода ст. I и придружаваща сърдечно-съдова и метаболитна (ЗД II) патология. Неоплазмата е стадирана BCLC клас B, преценена е като подходяща за оперативно лечение и адювантна терапия със Sorafenib.

През януари 2014 г. – нов възел при CEUS и СЕСТ с размер 18 mm, seg VII, стадиран BCLC class 0 (eHCC). Следва реоперация (бисегментектомия seg VI + VII) и ексцизия на огнищни лезии в seg I и seg V (HGDN).

През август 2014 г. се установяват портална тромбоза, асцит и предсърдно мъждене. Черният дроб е без динамика при изследване в B-mode. Провежда се антикоагулантно лечение.

Нов възел при образно изследване с контрастно усилване през м.09.2014; seg VIII, размер 18 mm, MELD 6, стадий 0 по BCLC мотивира трансартериално лечение. Първоначалният успех от ТАЕ, обективизиран през ноември 2014 г. с CEUS, е краткотраен – януари 2015 г. СЕСТ установява рецидив на заболяването.

Остава въпросът: локална аблация, таргетна терапия или нова трансартериална процедура; своеобразен успех или изчерпване на лечебните опции.

16

**Резюме /VIB.24/**

**Н. Мумджиев, Й. Генов, Р. Митова, Г. Танева, К. Павлов, Б. Владимиров, Д. Сотиров, П. Гецов, И. Терзиев.** Зад маската на хроничния панкреатит - клиничен случай. XVIII Конгрес по ултразвук в медицината 1-4.10. Сандански. Диагностичен и терапевтичен ултразвук, 2015; 23(2):22.

**ДИАГНОСТИЧЕН И ТЕРАПЕВТИЧЕН УЛТРАЗВУК** 2015  
брой 2, 2015

**БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ПО УЛТРАЗВУК В МЕДИЦИНАТА**  
BULGARIAN ASSOCIATION OF ULTRASOUND IN MEDICINE

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ULTRASOUND • Bulgaria • Vol. 23, № 2, 2015

**XVIII КОНГРЕС ПО УЛТРАЗВУК В МЕДИЦИНАТА**  
1-4 ОКТОМВРИ 2015 Г.  
САНДАНСКИ

**БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ПО УЛТРАЗВУК**  
В МЕДИЦИНАТА

**Доплер курс**  
**Училище по ултразвук**  
**Научна сесия**

Медицински университет – София    Централна медицинска библиотека

#### ЗАД МАСКАТА НА ХРОНИЧНИЯ ПАНКРЕАТИТ – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Н. Мумджиев<sup>1</sup>, Й. Генев<sup>1</sup>, Р. Митова<sup>1</sup>, Г. Танева<sup>1</sup>, К. Павлов<sup>1</sup>, Б. Владимиров<sup>1</sup>, Д. Сотиров<sup>2</sup>, П. Гецов<sup>3</sup> и И. Терзиев<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Клиника по гастроентерология, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София

<sup>2</sup>Клиника по хирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София

<sup>3</sup>Клиника по образна диагностика, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София

<sup>4</sup>Отделение по патология, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София



Диагностиката на карцинома на панкреаса се затруднява в случаите на подлежащ хроничен панкреатит и усложненията му. Съчетаването на двете заболявания не е рядкост – хроничният панкреатит значително повишава риска от карцином на панкреаса (SIR 26.7).

Представяме клиничен случай с жена на 46 г., постъпила в Клиниката по гастроентерология с коремно болков синдром и субфебрилитет. От проведената абдоминална ехография – данни за хроничен калцифициращ панкреатит, кистична формация в панкреаса със суспекция за насложен неопластичен процес, портална тромбоза, портален каверном, без асцит. Варици на хранопровода, гр. IV. Проведените MRT, СЕСТ, MRCP потвърдиха ехографската образна находка, но не се откриват убедителни данни за неопластичен процес. СА 19-9: 163 U/ml. Съдовата патология компрометира провеждането на перкутанна биопсия и възможността за осигуряването на хистологична диагноза. При проследяване на пациентката след 60 дни проведените отново образни изследвания са с категорични данни за неопластичен процес в тялото на панкреаса с инфилтрация на трункус целиакус, новопоявила се единична лезия в черния дроб, суспектна за вторична, асцит, пилефлебит. СА 19-9: 1486 U/ml в серум и 481 U/ml в асцит, негативен резултат от цитологичното изследване на асцитната течност. При пациентката се извърши лапароскопия – установява се карцинома на перитонеума – взета биопсия с хистологичен резултат нискодиференциран G3 аденокарцином.

Въпреки възможностите на съвременните образни методики, хроничният панкреатит и неговите усложнения значително затрудняват както ранната образна диагностика на заболяването, така и осигуряването на хистологичен субстрат.

#### Резюме /VIB.25/

К. Павлов, Р. Митова, Б. Владимиров, Г. Танева, Д. Димитров, М. Спасов, С. Стойчев, Й. Генев, Г. Григоров, **Д. Сотиров**, И. Терзиев, П. Гецов. Перкутанна аблация и НСС - нови предизвикателства. Клинични случаи. Сборник II Национален конгрес за млади гастроентеролози 25-26.03.София. 2016;22.

**II Национален  
Конгрес за  
Млади  
Гастроентеролози**

**25-26  
март  
2016**

УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“,  
МУ - София

**№ 09**  
**Перкутанна аблация и НСС - нови предизвикателства**  
**Клинични случаи**

*К. Павлов<sup>1</sup>, Р. Митова<sup>1</sup>, Б. Владимиров<sup>1</sup>, Г. Танева<sup>1</sup>, Д. Димитров<sup>1</sup>,  
 М. Спасов<sup>1</sup>, С. Стойчев<sup>1</sup>, Й. Генов<sup>1</sup>, Н. Григоров<sup>1</sup>,  
 Д. Сотиров<sup>2</sup>, И. Терзиев<sup>3</sup>, П. Гецов<sup>4</sup>*

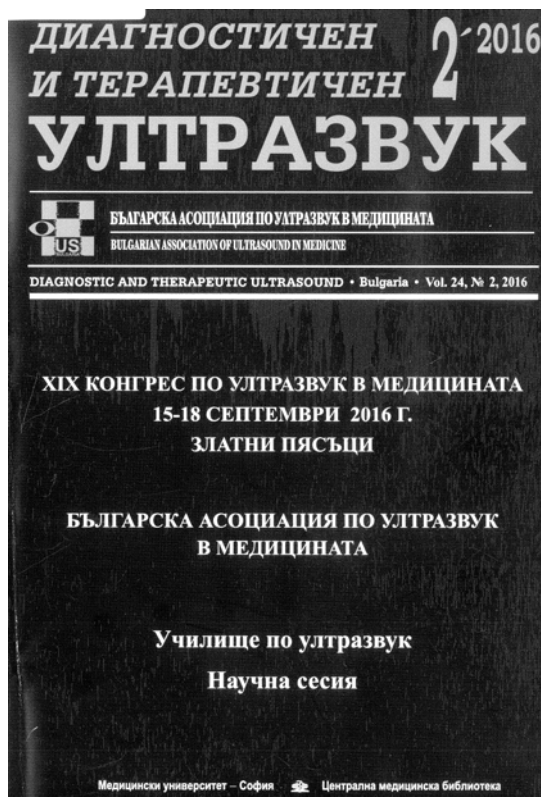
<sup>1</sup>Клиника по гастроентерология,  
<sup>2</sup>Клиника по хирургия,  
<sup>3</sup>Отделение по патология,  
<sup>4</sup>Отделение по образна диагностика  
 УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“, МУ - София

**Въведение:** Перкутанните аблативни процедури под ехографски контрол представляват съществена част от нашия арсенал в лечението/палиацията на първичните чернодробни тумори вече 2 десетилетия. В този период се наблюдаваше и константен прогрес в индикациите, приложението и резултатите от аблативната терапия. Представяме нашия 18-годишен опит в перкутанната етанолова аблация (PEI), радиофреквентната (RF) и микровълнова (MW) аблация на първичните чернодробни неоплазми.

**Материал и методи:** В периода 1997 г. - 2015 г. регистрирахме 327 пациенти (80,4% мъже, 19,6% жени) на възраст 26-84 г. (средно 64,2) с първични чернодробни неоплазми (89,4% хепатоцелуларен карцином; 9,9% холангиокарцином, 0,7% смесен тип НСС/СС). Диагнозата в образна (конвенционална и контрастно-усилена ехография, компютър-томографско изследване с контраст) и хистологична/имунохистохимична. Всички пациенти са с цирроза (Child A 59,7%; B 35,4%; C 4,9%); 81,6% за инфектирани с HBV (53,3%), HCV (32,4%); ко-инфектираните са 8,1%. НСС е стадирани по BCLC: A (21,7%); B (38,5%); C (32,2%); D (7,7%); При 69,4% се касае за единична лезия, при 52,6% туморният размер надхвърля 5 см. С перкутанна аблация се лекуваха 67,8% от пациентите: RFA (40,1%), MWA (6,4%), shot-PEI (17,2%) и комбиниран аблативен метод (3,9%).

### Резюме /VIB.26/

И. Боева, Р. Митова, Б. Владимиров, Я. Валериева, Б. Големанов, К. Павлов, **Д. Сотиров**, П. Гецов, И. Терзиев, Й. Генов. Дуоденална дубликационна киста - рядка конгенитална малформация диагностицирана в зряла възраст XIX Конгрес по ултразвук в медицината 15-18.09.Златни пясъци. Диагностичен и терапевтичен ултразвук, 2016;24(2):20.



♦ ДУОДЕНАЛНА ДУБЛИКАЦИОННА КИСТА – РЯДКА КОНГЕНИТАЛНА МАЛФОРМАЦИЯ, ДИАГНОСТИЦИРАНА В ЗРЯЛА ВЪЗРАСТ

*И. Боева, Р. Митова, Б. Владимиров, Я. Валериева, Б. Големанов, К. Павлов, Д. Сотиров, П. Гецов, И. Терзиев и Й. Генев*  
УМБАЛ "Царица Йоанна" – ИСУП – София

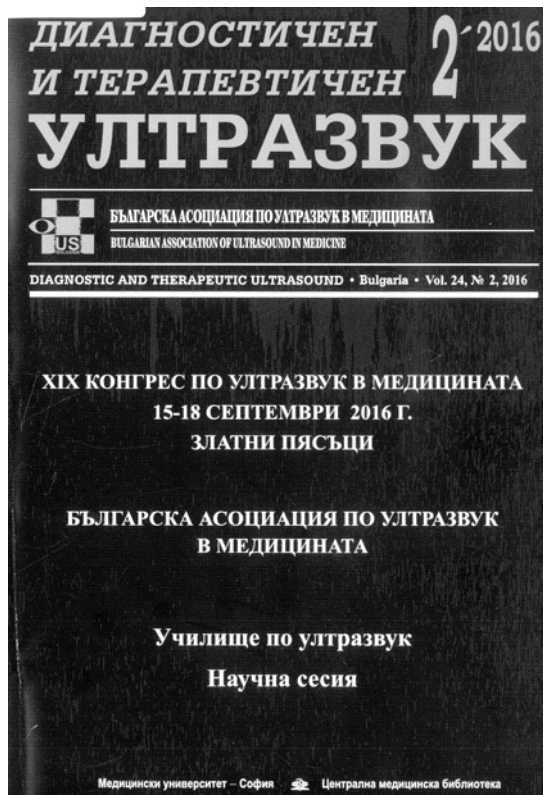
Дубликационните кисти на ГИТ са рядка конгенитална малформация с честота 1:25 000. Клиничната им изява протича с обструкция или кървене и се диагностицират още в детска възраст. Само 30% от тях се установяват в зряла възраст, като дубликациите в дуоденума са изключително редки и са само 5% от всички интестинални дубликации.

Описва се случай с мъж на 32 год. с образни данни за кистична зона, локализирана в съседство с левия чернодробен дял, хилуса на черния дроб и главата на панкреасната жлеза. Ендоскопският ултразвук я дефинира като субмукозно разположена и вероятно изхождаща от дуоденалната стена. Информацията е от три образни метода – абдоминална ехография, ендосонография и ЯМР, и води до клинична хипотеза за рядка конгенитална патология – дубликационна киста на ГИТ, което се потвърждава след проведеното оперативно лечение.

Интестиналните дубликации са рядка патология в зряла възраст с разнообразна клинична изява. С оглед малигнения им потенциал и възможните усложнения, свързани с тяхното нарастване, диагнозата и лечението им не трябва да се подценяват.

### Резюме /VIB.27/

К. Павлов, Р. Митова, Б. Владимиров, Г. Танева, Р. Христова, П. Гецов, И. Терзиев, **Д. Сотиров**, Й. Генев. Хепатоцелуларният аденом: многото лица на карциногенезата. XIX Конгрес по ултразвук в медицината 15-18.09.Златни пясъци. Диагностичен и терапевтичен ултразвук, 2016;24(2):20



## ХЕПАТОЦЕЛУЛАРНИЯТ АДЕНОМ: МНОГОТО ЛИЦА НА КАРЦИНОГЕНЕЗАТА

К. Павлов<sup>1</sup>, Р. Митова<sup>1</sup>, Б. Владимиров<sup>1</sup>, Г. Танева<sup>1</sup>, Р. Христова<sup>1</sup>, П. Гецов<sup>2</sup>, И. Терзиев<sup>3</sup>,  
Д. Сотиров<sup>4</sup> и Й. Генов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Клиничен център по гастроентерология, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София

<sup>2</sup>Отделение по образна диагностика, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София

<sup>3</sup>Отделение по патология, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София

<sup>4</sup>Клиника по хирургия, КЦГЕ, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София

Терминът НСА (хепатоцелуларен аденом) обединява спектър от редки бенигни чердробни лезии. Описани са 4 подтипа (възпалителни, аденоми с HNF1 мутация, аденоми с  $\beta$ -катенин мутация и неклассифицирани) с хистологични, молекулярни и прогностични особености, факт, който налага внимателна оценка и мултидисциплинарен подход при изграждане на лечебна стратегия.

Представяме малка серия от пациенти ( $n = 3$ , 1 мъж) с единична хепатоцелуларна бенигнена огнищност в черния дроб. Болните са на възраст 48-57 г. Пациент 1 е онкологично болен (колоректален карцином, 3-годишна ремисия след резекция), пациент 2 е с начална цирроза (метаболичен синдром ЗД, етилична/неетилична чердробна болест) и варици на хранопровода, пациент 3 е с нормален чернодробен паренхим. Използвани са три образни контрастни метода за оценка на лезиите (CEUS, СЕ-MRT с Gadoxetate disodium, СЕ-СТ). Броят на формациите е 4: типичен при контрастиране хемангиом

20

### Резюме /VIB.28/

Я. Валериева, Б. Големанов, П. Гецов, **Д. Сотиров**, И. Терзиев, Б. Владимиров. Гигантска овариална киста имитираща асцит - когати нищо не е такова каквото изглежда. Сборник II Национален конгрес за млади гастроентеролози 25-26.03.София. 2016;40.



**II Национален  
Конгрес за  
Млади  
Гастроентеролози**

**25-26  
март  
2016**

УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“,  
МУ - София



№ 19

**Гигантска овариална киста, имитираща асцит  
- когато нищо не е такова, каквото изглежда**

Я. Валериева<sup>1</sup>, Б. Големанов<sup>1</sup>, П. Гецов<sup>2</sup>,  
Д. Сотиров<sup>1</sup>, И. Терзиев<sup>3</sup>, Б. Владимирев<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Клиничен Център по Гастроентерология

<sup>2</sup>Отделение по Образна Диагностика

<sup>3</sup>Отделение по Патология

УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“, МУ - София

**Въведение:** Абдоминалната ехография обикновено позволява ранна диагностика на овариалните кистични формации и избор на лечение. Рядко, овариалните кисти достигат екстремни размери, лимитиращи ехографското изследване, което води до грешна диагноза пермагенен асцит.

**Клиничен случай:** Представяме клиничен случай на 49 г. неосигурена пациентка с прогресиращо подуване на корема до степен, затрудняваща дишането и движението, с неколккратно провеждани отбременителни парацентези в амбулаторни условия и евакуация на вариращи количества ръждива течност, интерпретирана като асцит/карциноза.

Проведените повторно абдоминална ехография и КТ на абдомен потвърждават, че се касае за гигантска кистична формация, изхождаща от левия яйчник, с последващо успешно оперативно лечение. Обсъждат се и други редки случаи на интраабдоминални кистични формации, имитиращи асцит.

**Ключови думи:** асцит, овариални кисти.

### Резюме /VIB.29/

М. Виткова, Д. Сотиров, Р. Митова, Б. Владимирев, К. Павлов, И. Терзиев, П. Гецов, Й. Генев. RFA и чернодробна резекция при пациент с мултицентричен хепатоцелуларен карцином на фона на HCV чернодробна цироза. Сборник II Национален конгрес за млади гастроентеролози 25-26.03.София. 2016;40.



II Национален  
Конгрес за  
Млади  
Гастроентеролози

25-26  
март  
2016

УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“,  
МУ - София



№ 39

**RFA и чернодробна резекция при пациент с мултицентричен хепатоцелуларен карцином на фона на HCV-чернодробна цироза**

М. Вилкова<sup>1</sup>, Д. Сотиров<sup>2</sup>, Р. Митова<sup>1</sup>, Б. Владимиров<sup>1</sup>,  
К. Павлов<sup>1</sup>, И. Терзиев<sup>3</sup>, П. Гецов<sup>4</sup>, Й. Генов<sup>1</sup>

УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“ <sup>1</sup>Клиника по Гастроентерология,  
<sup>2</sup>Клиника по Коремна хирургия, <sup>3</sup>Отделение по Патология,  
<sup>4</sup>Отделение по Образна диагностика

**Увод:** Хепатоцелуларният карцином е водеща причина за смърт при цироза. Придружаващите дифузното заболяване хепатоцелуларна недостатъчност и портална хипертензия допълнително комплицират дефинирането на оптимална лечебна стратегия.

**Изложение:** Представяме пациент на 78 години с образни и хистологични данни за мултифокален хепатоцелуларен карцином (три нодула), най-големият от които с размери 9 см. Извършена е RFA на две от лезиите - една в латералните сегменти на десен дял с r-ри 3,9 см с контрастно-ехографски данни за пълна постаблационна некроза, и на втора лезия, централно разположена, с r-ри 9 см, при която е постигната частична деструкция. В Клиниката по Коремна хирургия е осъществена централна хепатектомия на частично деструктурирания 10-сантиметров тумор и сателитната лезия.

**Изводи:** Въпреки повишения риск и големия размер на тумора комбинирането на локална аблация и чернодробна резекция дава възможност за радикално лечение при пациенти с малък функционален остатъчен обем на черния дроб.

**Ключови думи:** хепатоцелуларен карцином, чернодробна цироза, HCV, RFA, чернодробна резекция.

### Резюме /VIB.30/

К. Павлов, Б. Владимиров, Й. Генов, Р. Митова, Г. Танева, И. Боева, Р. Христова, Д. Димитров, М. Спасов, Пл. Гецов, **Д. Сотиров**, И. Терзиев, Н. Григоров.  
Перкутанна микровълнова аблация при злокачествени чернодробни тумори. Сборник III Национален конгрес за млади гастроентеролози 24-25.03. София. 2017; 51.





026

**Перкутанна микровълнова аблация на злокачествени чернодробни тумори**

*К. Павлов, Б. Владимиров, Й. Генов, Р. Митова, Г. Танава, И. Боева, Р. Христова, Д. Димитров, М. Спасов, П. Гецов, Д. Сотиров, И. Терзиев, Н. Григоров*

*<sup>1</sup>Клиника по Гастроентерология, КЦГЕ, УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“, гр. София  
<sup>2</sup>Отделение по образна диагностика, УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“, гр. София  
<sup>3</sup>Клиника по хирургия, КЦГЕ, УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“, гр. София  
<sup>4</sup>Отделение по патология, УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“, гр. София*

**Въведение:** Перкутанната аблация е в арсенала на онкологичната терапия от края на XIX век., но и до днес еволюира в технически и клиничен аспект. Представяме опитът на Клиниката по гастроентерология с перкутанните аблативни техники (микровълнова/МВА, радиочестотна/РЧА и етанолова аблация) при лечението на пациенти с първични неоплазми и метастази.

**Цел:** Да се сравнят перкутанните аблативни техники (предимно МВА и РЧА с разгъващи се електроди) според тяхната ефективност и безопасност в претирането на малигнени лезии в черния дроб.

**Материал и методи:** За периода 1997-2017 г. обработени до момента са 450 пациенти: 73% мъже; 70% хепатоцелуларен карцином (НСС), 21.9% вторични лезии, 7.2% интрахепатален холангиокарцином (ССС), 0.9% смесен тип първичен тумор. Неоплазмата е на фона на цироза при 99.1% и 44.8% съответно за НСС и СССР. Етиологичният причинител е 47.6% HBV, 31.2% HCV, без вирус 13.2% за НСС и 21.9%, 3.1%, 75% за СССР. Третирани са предимно солитарни лезии (65.9%; dba

51

**Резюме /VIB.31/**

И.Боева, К.Павлов, Р.Митова, Б.Владимиров, П.Гецов, И.Терзиев, Д.Сотиров, Й. Генов. Ефективно и безопасно повлияване на чернодробна дисеминация при КРК и други онкологични заболявания. Сборник III Национален конгрес за млади гастроентеролози 24-25.03.София.2017;59.



031

**Ефективно и безопасно повлияване на чернодробната дисеминация при КРК и други онкологични заболявания**

*И. Боева, К. Павлов, Р. Митова, Б. Владимиров, П. Гецов, И. Терзиев, Д. Сотиров, Й. Генов*

*<sup>1</sup>Клиника по гастроентерология УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“  
<sup>2</sup>Отделение по образна диагностика УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“  
<sup>3</sup>Отделение по патология УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“  
<sup>4</sup>Клиника по Хирургия УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“*

**Въведение:** Черният дроб е най-честия орган, засегнат от неопластична дисеминация, при до 60% от пациентите с КРК се развиват чернодробни метастази. Повлияването на последните до голяма степен детерминира хода на онкологичното заболяване. Перкутанната аблация е единствената ефективна алтернатива при пациенти, неподходящи за хирургична резекция.

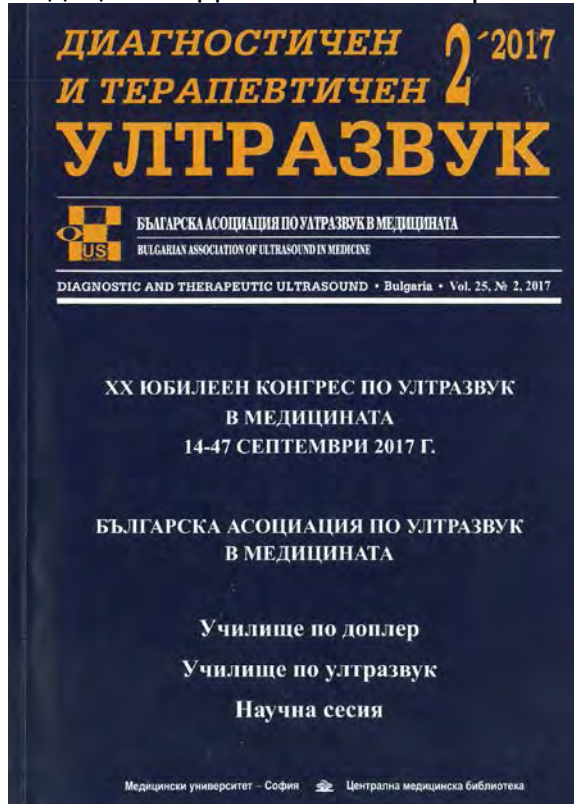
**Материал и методи:** От 2008 до 2016 г. в Клиниката по Гастроентерология УМБАЛ Царица Йоанна ИСУЛ е избършена перкутанна аблация на 100 пациента с чернодробни метастази, 69 от които с произход от КРК, в 75% от случаите перкутанното третирание е проведена на фона на предшествваща ПХТ, а в 7% е проведена и чернодробна резекция. Представяме опита на Клиниката в лечението на метастатичната чернодробна болест с перкутанна аблация под ултразвуков контрол (етанолова инжектиране, радиочестотна и микровълнова аблация). Обобщени са редица изводи - зависимост между брой, размер, локализация на претираните лезии и постигнатата пълна деструкция, наблюдаваните усложнения, както и дългосрочното проследяване на част от пациентите (по отношение на свободния от рецидив период, времето до поява на локален рецидив и нови лезии).

**Заклучение:** Перкутанните аблативни техники са доказали своята висока ефективност и безопасност и са широко възприети в лечението на онкологичните заболявания на черния дроб (първични и вторични). Те са основен метод за повлияване на метастатичната болест при КРК, НЕТ и карцином на гърдата и др. При всички пациенти, неподходящи на чернодробна резекция болест следва да се обсъди възможността и ползата от провеждането им.

59

## Резюме /VIB.32/

К.Герджикова, Й.Генов, Р.Митова, И.Боева, К.Павлов, Т.Комитова, Б.Владимиров, П.Гецов, **Д.Сотиров**, И.Терзиев.Риск от рецидив на НСС при пациенти с HCV,лекувани с DAAs. 2017;25(2):55-64. XX Юбилеен конгрес по ултразвук в медицината.Диагностичен и терапевтичен ултразвук, 2017;25(2):22.



### РЕЗИЮМЕТА

ОТ XX ЮБИЛЕЕН КОНГРЕС ПО УЛТРАЗВУК В МЕДИЦИНАТА

#### НАУЧНИ СЕСИИ

##### ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯ

##### РИСК ОТ РЕЦИДИВ НА НСС ПРИ ПАЦИЕНТИ С HCV, ЛЕКУВАНИ С DAAS

*К. Герджикова<sup>1</sup>, Й. Генов<sup>2</sup>, Р. Митова<sup>1</sup>, И. Боева<sup>1</sup>, К. Павлов<sup>1</sup>, Т. Комитова<sup>1</sup>, Б. Владимиров<sup>1</sup>, П. Гецов<sup>2</sup>, Д. Сотиров<sup>1</sup>, И. Терзиев<sup>1</sup>*

*Клиника по гастроентерология, Отделение по образна диагностика, Клиника по хирургия, Отделение по патология, УМБСУ „Дарница Пазанга“ – ИСУИ – София*

Хепатоцелуларният карцином (НСС) е сериозно усложнение на HCV-чернодробна цирроза. Директнодействащите антивирусни медикаменти (ДАА) ерадикарат HCV инфекция при над 90% от случаите. Целта на изследването е да се оцени рискът от НСС при пациенти, проведени терапия с ДАА, започнала след радикално лечение на НСС.

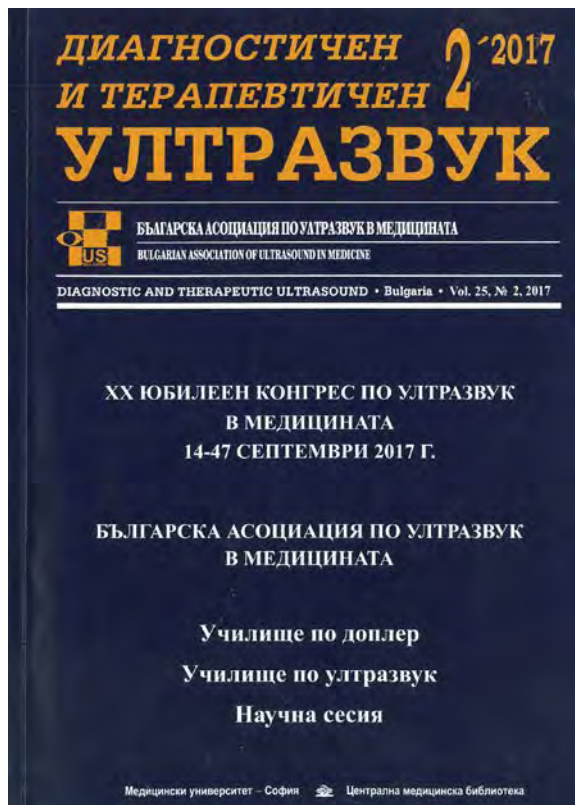
За период от 4 години проследихме 9 пациенти с НСС и цирроза (СТР-А/В, MELD –9-15), възраст 54-77 г., провели лечение на тумора с химична/термична аблация, резекция, транспартернална емболизация и/или таргетен медикамент, впоследствие лекувани с ДААs (Sofosbuvir; Ledipasvir + Sofosbuvir; Paritaprevir, Ombitasvir, Dasabuvir). При 4 от пациентите режимите са комбинирани с Ribavirin, 6 пациенти постигат траен вирусологичен отговор (SVR) 12 седмици след лечение, при 2 – проследяем след 24 седмици, при един има вирус на 12 седмици, който се негативира на 24 седмици след лечение.

За периода на проследяване рецидив на НСС се установи при 2 пациенти – при единия в хода на антивирусната терапия, а при другия – след SVR. Дългогодишната давност на вирусната, подлежаща напреднала цирроза (СТР В, С), тромбоцитопения, придружаван диабет и липса на SVR12 са фактори, асоциирани с повишен риск за рекурентен НСС.

Ефективна DAAs терапия при пациенти с HCV-цироза и предшествващ НСС ерадикара инфекцията, но не елиминира значително риска от НСС. Радикално лекуваните за НСС пациенти следва да бъдат стриктно проследявани за рецидиви по време и след лечение с ДАА.

## Резюме /VIB.33/

К.Павлов,Й.Генов,Р.Митова, **Д.Сотиров**, И.Боева,Г.Танева, Р.Христова, Д.Димитров, М.Спасов, К.Герджикова, П.Гецов, И.Терзиев Б.Владимиров, **11** Н.Григоров,Микровълнова и радиофреквентна аблация:резултати от лечението на 450 пациента с първични чернодробни неоплазми. XX Юбилеен конгрес по ултразвук в медицината.Диагностичен и терапевтичен ултразвук, 2017;25(2):23



#### МИКРОВОЛНОВА АБЛАЦИЯ: МОНОЦЕНТРИЧЕН ОПИТ В ЛЕЧЕНИЕТО НА ЧЕРНОДРОБНИ НЕОПЛАЗМИ

*К. Павлов<sup>1</sup>, Д. Сотиров<sup>2</sup>, Й. Генов<sup>3</sup>, Р. Митова<sup>4</sup>, Б. Владимиров<sup>5</sup>, Г. Танева<sup>1</sup>, И. Боева<sup>1</sup>, Р. Христова<sup>1</sup>, П. Гецов<sup>1</sup>, И. Терзиев<sup>1</sup>, Н. Григоров<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>Клиничен център по гастроентерология, УМБАЛ "Царица Йоанна" – ИСУЛ – София  
<sup>2</sup>Отделение по патология, УМБАЛ "Царица Йоанна" – ИСУЛ – София  
<sup>3</sup>Отделение по образна диагностика, УМБАЛ "Царица Йоанна" – ИСУЛ – София

#### MICROWAVE ABLATION: MONOCENTRIC RESULTS IN TREATMENT OF LIVER MALIGNANCY

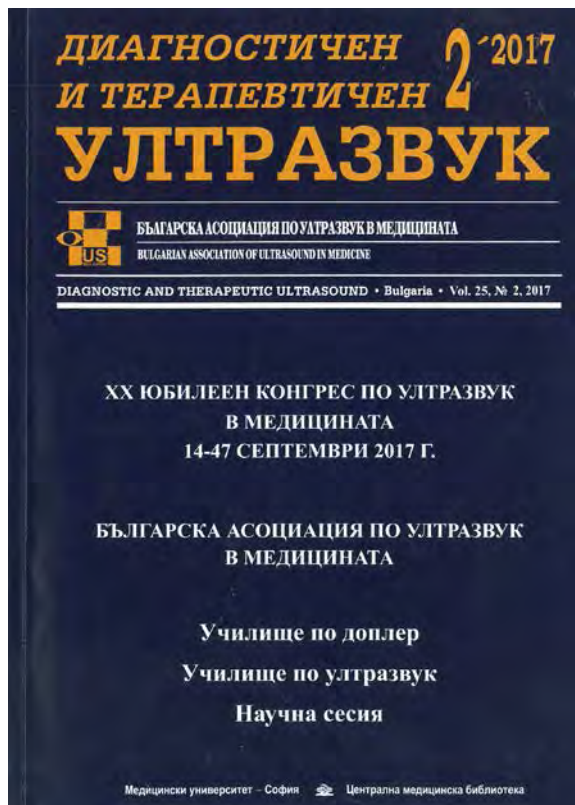
*K. Pavlov<sup>1</sup>, D. Sotirov<sup>2</sup>, J. Genov<sup>3</sup>, R. Mitova<sup>4</sup>, B. Vladimirov<sup>5</sup>, G. Taneva<sup>1</sup>, I. Boeva<sup>1</sup>, R. Hristova<sup>1</sup>, P. Getsov<sup>1</sup>, I. Terziev<sup>1</sup>, N. Grigorov<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>Clinical Center of Gastroenterology, UMHAT "Tsaritsa Yoanna" – ISUL – Sofia  
<sup>2</sup>Pathology Department, UMHAT "Tsaritsa Yoanna" – ISUL – Sofia  
<sup>3</sup>Radiology Department, UMHAT "Tsaritsa Yoanna" – ISUL – Sofia

**Резюме.** Перкутанната аблация с част от арсенала на онкологичната терапия от края на XIX век, но и до днес еволюира в технически и клинически аспект. Представяме опита на Клиниката по гастроентерология с перкутанните аблативни техники (микровълнова/MWA, радиофреквентна/RFA и станолова аблация/EA) при лечението на пациенти с първични неоплазми и метастази. За периода 1997-2017 г. са обработени 450 пациенти: 73% мъже; 70% HCC, 21.9% вторични лезии, 7.2% CC, 0.9% HCC-CC. Неоплазмата е на фона на цироза при 99.1% и 44.8% съответно за HCC и CCC. Етиологичният причинител е 47.6% HBV, 31.2% HCV, без вирус 13.2% за HCC и 21.9%, 3.1%, 75% за CCC. Третирани са предимно солитарни лезии (65.9%); два нодула при 17.8%; три и повече лезии при 16.4%) с размер между 1.5 и 15.0 cm, средно 5.3 ± 2.6 cm. 48% са BCLC стадий A, 48% – стадий B. С рискова/трудна локализация са 44% от третирани лезии. RFA (с разгъващи се електроди) е използвана при 17.2%, MWA при 14.4%, болюсна

**Abstract.** MWA and RFA have been employed as curative and palliative options in patients with HCC, each expanding indications and ameliorating results. However, few reports manage to deliver sharp notion on when and why engage in each of both local ablative techniques. Our paper aims to provide results in real-life experience with local ablation (LA) in a 450-patients cohort. Percutaneous MWA and RFA were performed in patients with primary liver malignancy (73% men; 97% HCC, 2.1% cholangiocarcinoma, 0.4% mixed type primary tumor). 67% had solitary lesion, average size was 6.6 cm, 43% of lesions exceeded 5 cm. 99.1% of HCC and 44% of cholangiocarcinoma patients had cirrhosis. LA was performed either using 915 MHz system with non-cooled MW-antenna or different type of RFA (monopolar, multipolar, expandable electrodes). Follow-up was performed using US/CEUS and/or CECT. Statistical analysis

### Резюме /VIB.34/

И.Боева, Й.Генов, Р.Митова, К.Павлов, Б.Владимиров, Г.Танева, Р.Христова, К.Герджикова, П.Гецов, И.Терзиев, **Д.Сотиров**, Ефективен и безопасен контрол на метастатичната чернодробна болест. XX Юбилеен конгрес по ултразвук в медицината. Диагностичен и терапевтичен ултразвук, 2017;25(2):24



**МИКРОВОЛНОВАТА ЕНЕРГИЯ В ПРОТИВОТУМОРНИЯ АРСЕНАЛ  
НА ХЕПАТОЛОЗИТЕ**  
МИКРОВОЛНОВА АБЛАЦИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С НСС

*К. Павлов, Д. Сотиров, Й. Генов, Р. Митова, Б. Владимиров, Н. Григоров*  
*Клиничен център по гастроентерология, УМБАЛ "Царица Йоанна" – ИСУЛ – София*

**MICROWAVE ENERGY IN THE ANTI-TUMOR ARMORY  
OF HEPATOLOGISTS**

**MICROWAVE ABLATION IN PATIENTS WITH HCC**  
*K. Pavlov, D. Sotirov, J. Genov, R. Mitova, B. Vladimirov, N. Grigorov*  
*Clinical Center of Gastroenterology, UMHAT "Tsaritsa Yoanna" – ISUL – Sofia*

**Резюме.** Локалната аблация представлява метод, при който директното приложение на термичен или химичен агент води до ерадикация или съществена редукция в туморния обем. Аблативните техники са част от онкологичния арсенал от края на XIX век и до момента търпят бурно развитие по отношение на физични принципи, техническа база (аблативен инструментариум и образна диагностика), индикации и безопасност. Опитът с противотуморния ефект на MWA при експериментални модели и наблюдаваните обширни зони на тъканна некроза в хода на хепатектомии имат за резултат интензивен интерес след 1990 г. в случай на нерезектабилни чернодробни неоплазми. Seki et al. са първите, изложили MWA в лечението на НСС при 18 пациенти в Япония през 1994 г. Микровълновата аблация е относително нова техника за термична туморна деструкция, разналага с някои допълнителни предимства пред радиофреквентната. Все по-популярна в Азия и Западна Европа (от края на 90-те години на XX век), MWA предстои да се конкурира за ефективност и безопасност и при българските пациенти с малигни заболявания на черния дроб.

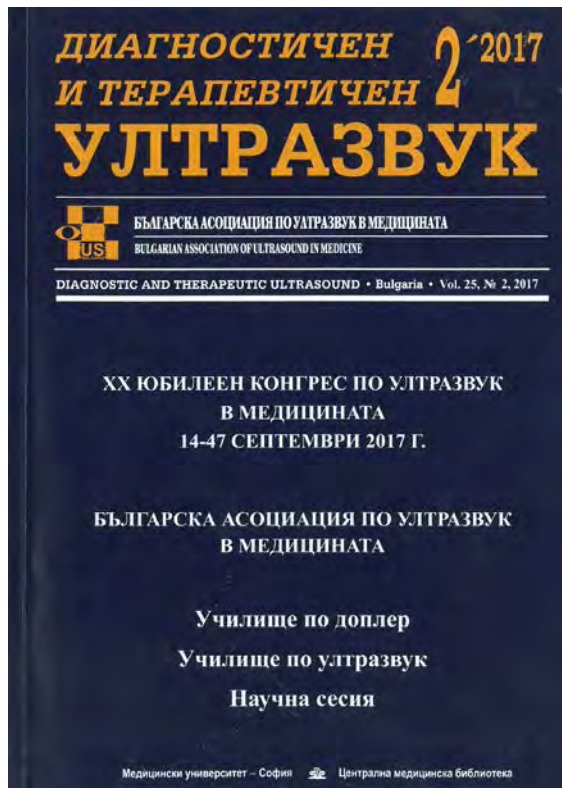
**Ключови думи:** HCC, MWA, RFA

**Abstract.** Local ablation induces tumor necrosis using physical and/or chemical sources for the purpose of radical treatment or palliation. It has been known for decades now, however ablative techniques underwent intense technical as well as clinical ameliorations ever since. RFA remains the one to opt for in cases of primary neoplasm suitable for local ablation. Even so, new ablative notions seem to respond to certain unmet needs. As such, MWA technique has been proven effective and safe in cases of primary liver malignancy. Consequently, MWA oncologic results in treating Bulgarian patients are yet to be obtained.

**Key words:** HCC, MWA, RFA

**Резюме /VIB.35/**

И.Боева, Й.Генов, Р.Митова, К.Павлов, Б.Владимиров, Г.Танева, Р.Христова, К.Герджикова, П.Гецов, И.Терзиев, **Д.Сотиров**, Ефективен и безопасен контрол на метастатичната чернодробна болест. XX Юбилеен конгрес по ултразвук в медицината. Диагностичен и терапевтичен ултразвук, 2017;25(2):24



## ЕФЕКТИВЕН И БЕЗОПАСЕН КОНТРОЛ НА МЕТАСТАТИЧНАТА ЧЕРНОДРОБНА БОЛЕСТ

И. Боева<sup>1</sup>, Й. Генев<sup>1</sup>, Р. Митова<sup>1</sup>, К. Павлов<sup>1</sup>, Б. Владимиров<sup>1</sup>, Г. Танева<sup>1</sup>, Р. Христова<sup>1</sup>,  
К. Герджикова<sup>1</sup>, П. Гецов<sup>2</sup>, И. Терзиев<sup>3</sup>, Д. Сотиров<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Клиника по гастроентерология, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София

<sup>2</sup>Отделение по образна диагностика, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София

<sup>3</sup>Отделение по патология, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София

<sup>4</sup>Клиника по хирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ – София

Черният дроб е органът, най-често засяган от неопластична дисеминация. До 60% от пациентите с КРК развиват чернодробни метастази в хода на заболяването си. Повлияването до голяма степен детерминира хода на онкологичното заболяване.

Целта е да се оценят ефективността и безопасността на локалната аблация в лечението на метастатичната чернодробна болест.

24

2017

ДИАГНОСТИЧЕН И ТЕРАПЕВТИЧЕН УЛТРАЗВУК

От 2008 до 2016 г. в Клиниката по гастроентерология, УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ, е извършена перкутанна аблация при 100 пациенти с чернодробни метастази. Ретроспективно се оценява резултатите от проведените термоаблативни процедури.

69 пациенти с чернодробни метастази от КРК и 31 с такива от други неоплазми са третирани с локална аблация – РФА (монополарна, мултиполарна, многоосеви разгъващи се перфузирани апликатори) – 82%, МВА – 16% и етанолово инжектиране (само като допълваща техника). В 76,8% от случаите перкутанното третиране е проведено на фона на предшестваща ПХТ, а в 7,2% – в комбинация с чернодробна резекция. При 70,3% от пациентите проведеното лечение е довело до пълна деструкция на всички лезии. Постигнатите резултати са верифицирани посредством контрастно усилен УЗ и КТ. Сериозни компликации се наблюдават в 3% от случаите. Локален рецидив се наблюдава при 10,1% от пациентите, със средно време за регистриране на новата лезия от 12,8 месеца. Чрез МВА и РФА с разгъващи се апликатори е осъществена деструкция на сигнификантно по-големи тумори в сравнение с монополарна и мултиполарна РФА.

Термоаблацията е безопасен и ефективен метод за лечение на нерезектабилната метастатична чернодробна болест. Тя е основна алтернатива за повлияване при тези пациенти и безспорно осигурява удължаване на преживяемостта в комбинация с химиотерапия.

