

**31**-ви Национален симпозиум по урология и  
ендоурология с международно участие

# ПРОГРАМА

## СБОРНИК РЕЗЮМЕТА



### ОРГАНИЗАТОРИ:



Фондация "Урология"



Българско дружество  
по ендоурология и ЕКЛ



**11-13 юни 2026**  
**Сандански**

**eau** European  
Association  
of Urology

## Златни спонсори



## Сребърни спонсори



## Бронзови спонсори



## Спонсори



**ОРГАНИЗАЦИОНЕН КОМИТЕТ:**

Председател:	Доц. Д-р Вл. Младенов, гм (София)
Научен секретар:	Доц. Д-р В. Хаджийска, гм (София)
Членове:	Проф. Д-р П. Панчев, гмн (София) Проф. Д-р Ил. Салтиров, гмн (София) Проф. Д-р М. Георгиев, гм (София) Проф. Д-р Кр. Янев, гм (София) Проф. Д-р К. Давидов, гм (София) Проф. Д-р Д. Шишков, гм (Пловдив) Проф. Д-р Н. Колев, гм (Плевен) Проф. Д-р Д. Анакиевски, гм (Варна) Проф. Д-р Н. Смилов, гм (София) Проф. Ив. Дечев, гм (Пловдив) Проф. Д-р О. Савов, гм (Нюрнберг) Проф. Д-р Б. Атанасов, гм (Плевен) Проф. Д-р Вл. Дунев, гм (Плевен) Доц. Д-р Н. Евтимов, гмн (Варна) Доц. Д-р Кр. Петкова, гм (София) Доц. Д-р П. Генов, гм (Русе) Доц. Д-р Н. Халачев, гм (София) Доц. Д-р Е. Доросиев, гм (София) Доц. Д-р П. Антонов, гм (Пловдив) Доц. Д-р Б. Младенов, гм (София) Доц. Д-р М. Дойков, гм (Пловдив) Доц. Д-р Н. Миринчев, гм (Бургас) Доц. Д-р А. Иванов, гм (Пловдив) Д-р С. Цветкова (София) Г-жа Н. Панайотова (София) Г-жа В. Гюрова (София)

**ОСНОВНИ ТЕМИ:**

1. ДПХ, карцином и възпалителни заболявания на простатната жлеза.
2. Свързактивен пикочен мехур.
3. Уролитиаза и нейната диагноза, лечение, профилактика и метафилактика.
4. Тумори на урогениталната система.
5. Андрология - еректилна дисфункция и фертилитетни проблеми.
6. Детска урология.
7. Отворени и минимално инвазивни оперативни техники в урологията – ендоскопски, лапароскопски и робот асистираны операции.
8. Анестезия и антибактериално лечение в урологията.
9. Новосты в урологията.
10. Видео сесия.

Гост лектор: **Д-р Михаел Щрауб, гм**

Член на борда по Ендоурология на Европейската Асоциация по Урология (EAU)

Ръководител сектор Ендоурология и Уролитиаза

Клиника по урология Rechts der Isar, Технически университет, Мюнхен, Германия

**Ще бъде организирана изложба от медицински фирми.**

**ПРЕДВАРИТЕЛНА ПРОГРАМА**

11 юни 2026 четвъртък	14:00 - 18:00	Регистрация във фойето на Интерхотел "Сангански"
	15:30 - 18:30	Постерна сесия
	20:00	Коктейл в ресторанта на Интерхотел "Сангански"
12 юни 2026 петък	08:30 - 12:00	Регистрация във фойето на Интерхотел "Сангански"
	08:00 - 08:20	Откриване и приветствие
	08:20 - 10:30	Първо пленарно заседание
	10:30 - 11:00	Кафе пауза
	11:00 - 13:00	Второ пленарно заседание
	13:00 - 14:00	Обяв
	14:00 - 16:00	Трето пленарно заседание
	16:00 - 16:20	Кафе пауза
	16:20 - 17:30	Четвърто пленарно заседание
	17:30 - 18:40	Пето пленарно заседание
13 юни 2026 събота	18:40 - 18:50	Закриване на пленарните заседания
	19:30	Официална вечеря в ресторанта на Интерхотел "Сангански"
	09:30 - 13:00	Научно-практическа програма и закриване на симпозиума

- 11 юни** 15:30 – 18:30 **ПОСТЕРНА СЕСИЯ**  
четвъртък
- Тема: Вария*  
**Модератори:** С. Стратев, О. Савов, В. Младенов,  
В. Хаджийска, Г. Деримачковски
- Length of Stay after HoLEP, an Analysis of the Influencing Factors**  
В. Пенев, А. Ijaaz, К. Guest, М. Сунк
- Рядък случай на плоскоклетъчен карцином на пикочния мехур,  
свързан с дългосрочна супрапубична катетеризация:  
образни и клинични аспекти**  
Г. Гауárov, П. Николова, Я. Граматиков, В. Хаджийска
- 12 юни** 08:00 – 08:20 **Откриване и приветствия**  
петък
- 08:20 – 10:30 **ПЪРВО ПЛЕНАРНО ЗАСЕДАНИЕ**  
*Тема: Лапароскопски и робот асистиранни операции (I част)*  
**Модератори:** О. Савов, Н. Колев, Ив. Вълканов, В. Дунев,  
Н. Халачев, А. Александров
- 08:20 – 08:30 **Робот-асистирана радикална простатектомия**  
Д. Анакиевски, Р. Маринов, В. Николов, Л. Спасов, Г. Иванов, В. Попов,  
А. Киров, П. Панчев
- 08:30 – 08:40 **Робот-асистирана радикална нефректомия при пациент с голяма  
туморна формация на ектопичен (тазов) бъбрек**  
А. Александров, Б. Касабов, М. Николов, М. Хайдтер,  
К. Хазенцагел, О. Хейфец
- 08:40 – 08:50 **Везико-илео-перинеална уринарна фистула след ампутация на ректума,  
лекувана с робот-асистирана уринарна деривация – клиничен случай**  
И. Вълканов, С. Вълканов, В. Павлов, С. Пенев, Н. Николов, К. Коларов,  
Д. Керинов, Д. Станчев, С. Атанасов, И. Райчев, М. Дойков
- 08:50 – 09:00 **Робот-асистирана парциална нефректомия при комплексни тумори и  
тумори над 4 см**  
Д. Анакиевски, Р. Маринов, В. Николов, Л. Спасов, Г. Иванов, В. Попов,  
А. Киров, П. Панчев
- 09:00 – 09:10 **Робот-асистирана сегментна уретеректомия**  
Д. Анакиевски, Р. Маринов, В. Николов, Л. Спасов, Г. Иванов,  
В. Попов, А. Киров
- 09:10 – 09:30 **„Where should our main focus be in BPH therapy: complete removal of  
obstruction or protection of ejaculation?“ – арт-лекция на представител на EAU**  
М. Straub
- 09:30 – 10:00 **Презентация на фирма „Astra Zeneca“:**  
**„Лечението на мускулно-инвазивния карцином на пикочен мехур (MIBC) през  
погледа на уролога и онколога“**  
Р. Кръстева, В. Младенов
- 10:00 – 10:30 **Презентация на фирма „Bayer“:**  
**„Персонализиране на лечението при простатен карцином: Оптимизиране  
на ефективността и качеството на живот с NUBEQA“**  
А. Томова
- 10:30 – 11:00 **Кафе пауза**

Сангански, юни 2026 г.

- 11:00 – 13:00 **ВТОРО ПЛЕНАРНО ЗАСЕДАНИЕ**  
*Тема: Лапароскопски и робот асистиран операции (II част)*  
**Модератори:** К. Давидов, Д. Анакиевски, Б. Атанасов, М. Дойков, А. Иванов
- 11:00 – 11:10 **Лапароскопска орхиектомия по повод на късно установена абдоминална ретенция на ляв тестис – клиничен случай**  
*И. Вълканов, С. Вълканов, В. Павлов, С. Пенев, Н. Николов, К. Коларов, Д. Керинов, Д. Станчев, С. Атанасов, И. Райчев, М. Дойков*
- 11:10 – 11:20 **Роботизирана уретерална реконструкция**  
*Д. Анакиевски, Р. Маринов, В. Николов, Л. Спасов, Г. Иванов, В. Попов, А. Киров*
- 11:20 – 11:30 **Робот-асистирана радикална простатектомия с конкомитантна ингвинална херниопластика**  
*Б. Атанасов, А. Ванов, Ж. Атанасов, Н. Николов, Р. Льоскова, А. Партенов, А. Анатолиев, С. Величков, Б. Пенев, В. Дунев*
- 11:30 – 11:40 **Ендометриоза на пикочния мехур и уретера – робот-асистирано лечение**  
*Д. Анакиевски, Р. Маринов, В. Николов, Л. Спасов, Г. Иванов, В. Попов, А. Киров, П. Панчев*
- 11:40 – 11:50 **Сравнение на резултатите от трансперитонеална и екстраперитонеална робот-асистирана радикална простатектомия със системата VERSIUS – начален опит при 33 оперативни интервенции**  
*Н. Халачев, Д. Заргани, Н. Смилов*
- 11:50 – 12:00 **Робот-асистирана хирургия с роботизирана система VERSIUS CMR – двугодишен опит**  
*И. Калчев, С. Гидаро, Н. Кефилев, П. Генов, А. Албаяти, В. Филипов, Т. Стателов, И. Калчев, С. Маринов, Ч. Дюлгерев*
- 12:00 – 12:10 **Съвременно лечение на неинвазивния карцином на пикочен мехур: нови подходи отвъд VCG**  
*Б. Ботев, В. Младенов, О. Савов*
- 12:10 – 12:40 **Презентация на фирма „Swix Biopharma” (BMS): „Уротелален карцином: незадоволени клинични нужди и съвременни терапевтични възможности”**  
*А. Томова, П. Антонов*
- 12:40 – 13:00 **Презентация на фирма „Nestmar Medical”:**  
**“Rezüm – New Trends in MIST Treatment of BPH”**  
*Т. Кулис*
- 13:00 – 14:00 **Обяв**
- 14:00 – 16:00 **ТРЕТО ПЛЕНАРНО ЗАСЕДАНИЕ**  
*Тема: Минимално инвазивни ендоскопски операции*  
**Модератори:** П. Антонов, Е. Попов, Б. Младенов, Ст. Вълканов, В. Хаджийска
- 14:00 – 14:10 **Смесена техника за трансуретрална анатомична енулкеация на простатата – нашият опит**  
*И. Вълканов, С. Вълканов, В. Павлов, С. Пенев, Н. Николов, К. Коларов, Д. Керинов, Д. Станчев, С. Атанасов, И. Райчев, М. Дойков*

Сангански, юни 2026 г.

- 14:10 – 14:20 **Сравняване на ранните и късните постоперативни резултати между лазерна и лапароскопска енуклеация на простатната жлеза при пациенти с ДПХ**  
*А. Ванов, Ж. Атанасов, Н. Николов, Р. Љоскова, А. Партенов, А. Анатолиев, С. Величков, Б. Пенев, В. Дунев, Б. Атанасов*
- 14:20 – 14:30 **Лазерна простатна хирургия по оригинална техника – 7500 случая**  
*И. Калчев, Н. Кефилев, Т. Ганев, Р. Колев, Т. Стателов, Д. Рагоев, И. Калчев, А. Албаяти, С. Маринов*
- 14:30 – 14:40 **Ролята на кортикостероидната уретрална емулсия в лечението на стриктура на уретрата – клиничен случай**  
*И. Пенков, В. Младенов*
- 14:40 – 14:50 **Поведение при стеноза на външния отвор на уретрата при трансжендър жена след операция за смяна на пола – клиничен случай и литературен обзор**  
*Е. Бакалова, К. Димитров, Н. Димитров, И. Пенков, А. Кръстанов, В. Йотовски, А. Тимев, В. Младенов, П. Димитров, К. Янев, М. Георгиев*
- 14:50 – 15:00 **Имплантация на изкуствен сфинктер – нашият опит**  
*Д. Анакиевски, Р. Маринов, В. Николов, П. Панчев, И. Гочева*
- 15:00 – 15:10 **Флексибелна уретерореноскопия с лазерна фрагментация и активна аспирация на конкремент 11 мм в бъбречно легенче**  
*В. Вангеловски, И. Иванов, С. Кодинова, В. Петров, Д. Йорданов, В. Иванова*
- 15:10 – 15:20 **Микро-уретероскопия при възрастни: предимства и недостатъци**  
*Н. Миринчев, Зл. Чолакова*
- 15:20 – 15:30 **Имплантиране на пенилни импланти – нашият опит**  
*Д. Анакиевски, Р. Маринов, В. Николов, П. Панчев, И. Гочева*
- 15:30 – 15:40 **Хирургично лечение на парафином на мъжките гениталии чрез свободна кожна пластика (mSTSG)**  
*М. Стойков, Б. Атанасов, В. Дунев*
- 15:40 – 15:50 **Нашият опит с карцином на penis**  
*Д. Анакиевски, Л. Спасов, М. Николовски, Р. Маринов, В. Николов, Г. Иванова, Б. Иванова, Ж. Чакъров, Д. Цветков, Б. Добрев*
- 15:50 – 16:00 **Клиничен случай на уретеро-илиачна фистула – етиопатогенеза, диагностични трудности и оперативни предизвикателства**  
*Н. Димитров, Б. Ботев, А. Кръстанов, В. Йотовски, В. Младенов, К. Янев, М. Георгиев*
- 16:00 – 16:20 **Кафе пауза**
- 16:20 – 17:30 **ЧЕТВЪРТО ПЛЕНАРНО ЗАСЕДАНИЕ**  
*Тема: Диагностика и лечение на урологичните заболявания (I част)*  
**Модератори:** *Ж. Читалов, П. Генев, И. Калчев, В. Павлов, Г. Лазаров, В. Йотовски*
- 16:20 – 16:30 **Ролята на туморния борд при определянето на индикациите и провеждането на онкологични операции**  
*О. Савов, К. Хермансдърфер, Р. Хермансдърфер, В. Младенов*
- 16:30 – 16:40 **Оправдана ли е рутинната разширена тазова лимфна дисекция при всички пациенти с високорисков карцином на простатата? Преоткрива ли се ролята на съвременната сентинелна биопсия в ерата на робот-асистираната хирургия?**  
*В. Хаджийска*

Сангански, юни 2026 г.

- 16:40 – 16:50 **Трансперинеална спрямо трансректална простатна биопсия: сравнителен анализ на детекция на простатен карцином и усложнения**  
*А. Божков, Й. Дочев, В. Величков, Е. Попов*
- 16:50 – 17:00 **Оптимизиране на диагностичния процес при рак на простатата чрез изкуствен интелект: анализ на клиничната полза при българска кохорта**  
*К. Драгинов, Г. Деримачковски, Г. Георгиев, Б. Петков, В. Руменов, Д. Стоилов, Й. Томов, В. Василев, К. Янев*
- 17:00 – 17:10 **Морфологична характеристика на адипозната тъкан като диагностичен, прогностичен и терапевтичен фактор при простатен карцином**  
*С. Маринов, Л. Евтимова, Н. Евтимов, П. Генев, Хр. Попов*
- 17:10 – 17:20 **Инвертен уротелен папилом – рядък клиничен случай**  
*Е. Димитров, Г. Методиева, В. Иванов, И. Пенков, В. Младенов, К. Янев, М. Георгиев*
- 17:20 – 17:30 **Свързан с начина на живот синдром на частична тестостеронова недостатъчност у млади мъже**  
*Г. Лазаров*
- 17:30 – 18:40 **ПЕТО ПЛЕНАРНО ЗАСЕДАНИЕ**  
*Тема: Диагностика и лечение на урологичните заболявания (II част)*  
*Модератори: Н. Евтимов, Н. Миринчев, Д. Матеев, В. Младенов, А. Кръстанов, В. Попов*
- 17:30 – 17:40 **Поведение при закрити травматични руптури на бъбрека**  
*Б. Младенов, Е. Доросиев, И. Мартинов, Н. Станков*
- 17:40 – 17:50 **Урахусен карцином при млада жена: диагностичен подход и хирургично поведение – представяне на клиничен случай**  
*Н. Халачев, Д. Заргани, В. Хаджийска, Я. Граматиков, Г. Гайдаров, Н. Смилов*
- 17:50 – 18:00 **Съдови усложнения при урологичните операции – личен опит**  
*Д. Велев, А. Али, А. Танев, Д. Шутева, С. Тарев*
- 18:00 – 18:10 **Диагностичен алгоритъм при латерализираща хематурия**  
*В. Величков, Й. Дочев, А. Божков, Е. Попов*
- 18:10 – 18:20 **Лапароскопско лечение при вродена хидронефроза, първичен мегауретер и ВУР**  
*Е. Атанасов, С. Андреев, И.А. Георгиев, М. Цанев*
- 18:20 – 18:30 **Естетичен (алтернативен на ингвиналния) достъп за лечение на недесцендирал тестис и хидроцеле**  
*Е. Атанасов, С. Андреев, И. А. Георгиев, М. Цанев*
- 18:30 – 18:40 **Урогенитална туберкулоза – множествени реконструктивни интервенции – клиничен случай**  
*Й. Дочев, Е. Попов, Д. Дмитренко, А. Божков, Ч. Славов*
- 18:40 – 18:50 **Закриване на пленарните заседания - В. Младенов**
- 19:30 **Официална вечеря в ресторанта на Интерхотел „Сангански“**
- 9:30 – 13:00 **Научно-практическа програма и закриване на симпозиума**

13 юни  
събота

## ПОСТЕРНА СЕСИЯ

## LENGH OF STAY AFTER HOLEP, AN ANALYSIS OF THE INFLUENCING FACTORS

*B. Penev, A. Ijaaz, K. Guest, M. Cynk*

Maidstone And Tunbridge Wells Nhs Trust, Tombridge, United Kingdom

**Objective**

To assess the factors that influence the length of hospital stay (LoS) post Holmium Laser Enucleation of Prostate (HoLEP).

**Materials and Methods**

Prospectively collected data of 268 consecutive patients who underwent HoLEP were retrospectively analysed. The data was grouped by enucleation techniques. 215 had 2 lobes technique (LT), and in 53 using en-bloc enucleation (EBT). Evaluated were patient age, prostate volume, removed tissue weight and Loss.

**Results**

The average patients age was 74y (53-93), for the LT and 72y (53-90) for the EBT group.

For both techniques, a positive correlation was observed between patient age and LoS. Of the patients younger than 70 years, 69% were discharged on the same day of the surgery, 49.6% in 70 -79 and 17.7% in over 80-year-olds. Prostate volume was measured pre-operatively on USS, CT, MRI and on DRE in 13%, 30%, 40% and 17% of the cases, respectively.

For both groups, average prostate volumes and average specimen weight were similar at 99.2mls vs 98.5mls and 71.7 g vs 69.3 g, for the LT and EBT enucleation, respectively.

Both enucleation techniques showed no statistical difference ( $p=0.4186$ ) in the distribution of LoS per prostate volume. Men with prostates of <100mls, 77.5% (107/138) went home on the day of the surgery, comparing to 23% (28/120) with prostates of >100mls.

**Conclusions**

Our study shows that more than two thirds of men younger than 70 years with prostate size up to 100cc can be discharged home on the day of their HoLEP surgery.

## ПОСТЕРНА СЕСИЯ

**РЯДЪК СЛУЧАЙ НА ПЛОСКОКЛЕТЪЧЕН КАРЦИНОМ НА ПИКОЧНИЯ МЕХУР,  
СВЪРЗАН С ДЪЛГОСРОЧНА СУПРАПУБИЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ:  
ОБРАЗНИ И КЛИНИЧНИ АСПЕКТИ**

*Г. Гайдаров, П. Николова, Я. Граматиков, В. Хаджийска*

Клиника по нуклеарна медицина, УМБАЛ „Александровска“, София  
Медицински университет – София

**Въведение**

Плоскоклетъчният карцином (SCC) на пикочния мехур е рядко неуротелно злокачествено заболяване, съставляващо приблизително 2–5% от всички карциноми на пикочния мехур. Обикновено се характеризира с агресивно клинично протичане и неблагоприятна прогноза. Основните рискови фактори включват шистозомиаза и хронично дразнене на уротела.

Представяме случай на SCC на пикочния мехур, възникнал при условия на дългосрочна супрапубична катетеризация.

**Материал и методи**

Представяме клиничен случай на 55-годишен мъж, диагностициран с мускулно-инвазивен SCC на пикочния мехур през юни 2025 г. Пациентът е с дългосрочен постоянен супрапубичен катетър, поставен през 2014 г. поради ятрогенна уретрална травма. Анамнезата включва множество хирургични интервенции по повод рецидивиращи абсцеси. След поява на хематурия е проведено магнитнорезонансно изследване (MRI), последвано от цистоскопия и биопсия. Първоначалното стадиране е извършено с 18F-FDG PET/CT.

**Резултати**

MRI установява мекотъкканна лезия в предната стена на пикочния мехур в близост до мястото на въвеждане на катетъра, както и множество фистулни ходове. Хистопатологичното изследване потвърждава мускулно-инвазивен SCC. 18F-FDG PET/CT демонстрира повишена метаболитна активност в първичния тумор, без данни за ангажиране на регионални лимфни възли или далечни метастази. Допълнително са установени метаболитно активни структури, съответстващи на хронични възпалителни промени и фистули.

**Дискусия**

SCC на пикочния мехур е рядък хистологичен подтип, различен от преобладаващия уротелен карцином. В неендемични региони основните рискови фактори са свързани с хронично дразнене, включително продължителна катетеризация, рецидивиращи инфекции на пикочните пътища и конкременти в пикочния мехур. Хроничното възпаление може да доведе до сквамозна метаплазия и последваща малигнена трансформация. Представеният случай подчертава дългосрочната супрапубична катетеризация като значим рисков фактор.

**Заключение**

Пациентите с дългосрочна катетеризация са с повишен риск от развитие на SCC на пикочния мехур. Необходимо е стриктно проследяване и ранна оценка при поява на нови уринарни симптоми в тази високорискова група. Хибридният образни методи като PET/CT играят ключова роля за точното стадиране и оценка на заболяването.

**РОБОТ-АСИСТИРАНА РАДИКАЛНА ПРОСТАТЕКТОМИЯ**

*Д. Анакиевски, Р. Маринов, В. Николов, Л. Спасов, Г. Иванов, В. Попов,  
А. Киров, П. Панчев*

МБАЛ „Сърце и мозък“ - Бургас, Урологична клиника  
МБАЛ „Сърце и мозък“ - Плевен, Урологична клиника

**Въведение**

През последните две десетилетия се наблюдава граматична промяна в хирургичното лечение на повечето урологични заболявания с появата на роботизираната хирургична платформа. Техническите усъвършенствания през годините доведоха до подобрени резултати по отношение на онкологичните и функционалните резултати. Всъщност хирургичното лечение на рака на простатата е претърпяло най-граматична промяна, като по-голямата част от случаите сега се извършват с робот.

**Материал и методи**

За периода от 01.01.2020 г. до 01.04.2026 г., бяха извършени 1072 робот асистирани операции на пациенти с рак на простатната жлеза.

**Резултати**

Всичките пациенти бяха оперирани с роботизираната система da Vinci Xi и da Vinci X. Операциите бяха извършени трансперитонеално с помощта на 6 порта, 4 за робота и 2 за асистента. Средното оперативно време за извършените операции бе 83 мин, с минимална кръвозагуба. Не се наложи кръвопреливане, както и конверсия на операциите. При около половината от пациентите се извърши и разширена тазова лимфна дисекция по повод високият риск на пациентите.

**Заклучение**

С роботизираната система Да Винчи се постига минимално инвазивна техника с най-ниските нива на травматичност и постоперативни болки. Възстановяването е значително по-бързо и пациентите могат да се върнат към обичайното си ежедневие във възможно най-къси срокове.

**РОБОТ-АСИСТИРАНА РАДИКАЛНА НЕФРЕКТОМИЯ ПРИ ПАЦИЕНТ  
С ГОЛЯМА ТУМОРНА ФОРМАЦИЯ НА ЕКТОПИЧЕН (ТАЗОВ) БЪБРЕК**

*А. Александров, Б. Касабов, М. Николов, М. Хайгтер, К. Хазенцагел, О. Хейфец*

Клиника по урология, Universitätsklinikum Wiener Neustadt, Austria

**Цел и задачи**

Да докладваме рядък случай на радикална нефректомия при пациентка с голяма туморна формация на ектопичен (тазов) бъбрек.

**Клиничен случай**

При пациентка на 60 години е проведена компютърна томография по повод на болки в малкия таз. Установена е голяма туморна формация (диаметър 11 см) на ектопичен (тазов) бъбрек в ляво.

**Резултати**

Взето бе решение за провеждане на робот-асистирана радикална нефректомия. За целта използвахме трансперитонеален достъп с шест порта.

Видеопрезентация проследява хода на оперативната интервенция, както и робот-асистираното решение на този комплексен случай.

**Изводи**

Приложението на робот-асистирана хирургия при лечението на сложни и комплексни случаи при вродени аномалии на пикочните пътища се утвърждава като сигурен метод, който може да бъде извършен с минимална кръвозагуба, приемлива продължителност и без съществени интра- и постоперативни усложнения.

**ВЕЗИКО-ИЛЕО-ПЕРИНЕАЛНА УРИНАРНА ФИСТУЛА СЛЕД АМПУТАЦИЯ НА РЕКТУМА,  
ЛЕКУВАНА С РОБОТ-АСИСТИРАНА УРИНАРНА ДЕРИВАЦИЯ – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ**

*И. Вълканов<sup>1</sup>, С. Вълканов<sup>1,2</sup>, В. Павлов<sup>1</sup>, С. Пенев<sup>1</sup>, Н. Николов<sup>1</sup>, К. Коларов<sup>1</sup>,  
Д. Керинов<sup>1</sup>, Д. Станчев<sup>1</sup>, С. Атанасов<sup>1</sup>, И. Райчев<sup>1</sup>, М. Дойков<sup>1,2</sup>*

1 Клиника по Урология, УМБАЛ „Каспела“, Пловдив

2 Катедра по „Урология и обща медицина“, Медицински Университет – Пловдив

**Въведение**

Робот-асистираната хирургия се утвърди като съвременен стандарт в минимално инвазивната хирургия, особено при сложни реконструктивни интервенции в урологията. Технологията осигурява триизмерна визуализация с висока резолюция, прецизност на движенията и отлична ергономия, което позволява фино тъканно дисекиране и сигурна реконструкция. В сравнение с конвенционалните отворени и лапароскопски техники, робот-асистираната хирургия се свързва с по-ниска кръвозагуба, по-малко постоперативна болка и по-бързо възстановяване. Тези предимства я правят особено подходяща при комплексни случаи, включително лечение на уринарни фистули и извършване на уринарна деривация.

**Цел и задачи**

Да представим рядък клиничен случай в хирургичната практика и справянето с него посредством робот-асистирана оперативна интервенция.

**Материали и методи**

Мъж на 72 годишна възраст, опериран лапароскопски преди 2 години по повод злокачествено новообразуване на ректума с дефинитивна колостома. Още на 10-тия следоперативен ден започва да изтича урина при наличен уретрален катетър. Извършена оперативна ревизия - без подобрение. Преди 1 година извършена нова интервенция в специализиран център в чужбина, отново без подобрение. Преди 5 месеца извършен ПЕТ/КТ без данни за рецидиви. По повод изтичане на урина от колостомата и персистираща такава през перинеума е консултиран с уролог от нашата клиника. Извършихме уретроцистоскопия и КАТ с контраст през катетъра – с данни за везико-илео-перинеална фистула. Обсъди се и се извърши асистирана с робот деривация на урината по Vicker.

**Резултати**

Гладко протекъл следоперативен период с раздвижване на 12-тия час и захранване. Възстановен пасаж на 24 час. Отлично работеща уростома. Перитонеални дренове свалени на 48 час. Двигателно активен, афебрилен с работеща уро- и колостома пациентът се дехоспитализира на 6-тия следоперативен ден.

**Заклучение**

Асистираната с робот деривация на урината е възможна оперативна техника при комплицирани усложнения след големи оперативни интервенции със засягане на органите от отделителната система с отлични резултати и бързо възстановяване.

**РОБОТ-АСИСТИРАНА ПАРЦИАЛНА НЕФРЕКТОМИЯ  
ПРИ КОМПЛЕКСНИ ТУМОРИ И ТУМОРИ НАД 4 СМ**

*Д. Анакиевски, Р. Маринов, В. Николов, Л. Спасов, Г. Иванов, В. Попов,  
А. Киров, П. Панчев*

МБАЛ „Сърце и мозък“ - Бургас, Урологична клиника

МБАЛ „Сърце и мозък“ - Плевен, Урологична клиника

**Въведение**

Бъбречноклетъчният карцином представлява 3% от всички видове карциноми, с най-голямо разпространение в западните страни. Отворената частична нефректомия се превърна в златен стандарт за лечение на бъбречни тумори. Частичната нефректомия еволюира от отворена към минимално инвазивни техники. Навлизането на роботизираната хирургия в урологията, доказва че е безопасна и осъществима техника с еднакви онкологични и функционални резултати сравнена с отворената и лапароскопската техника при частичната нефректомия. Докато лапароскопската частична нефректомия първоначално се използва за малки, екзофитни и лесно достъпни бъбречни тумори, с навлизането на роботизираната техника става възможно лечението на по-големи, централно разположени тумори, мултифокални тумори и тумори на единствени бъбреци. Отворената частична нефректомия се превърна в златен стандарт за лечение на бъбречни тумори в клиничен стадий T1. Причината за това произтича от две наблюдения: първо, онкологичните резултати за лечение на T1a и T1b лезии са еднакви при лечение с радикална или частична нефректомия и второ, последните данни показват предимството на нефрон съхраняващата хирургия за избягване на бъбречна недостатъчност, както и осигуряване на предимство за оцеляване пред радикалната нефректомия за T1 бъбречни тумори. Независимо от хирургическата техника, целите на бъбречната хирургия остават същите: онкологична ефикасност, запазване на бъбреците и ранна реконвалесценция.

В настоящото проучване ние описваме нашия опит с помощта на трансперитонеална робот-асистирана частична нефректомия за бъбречни тумори с комплексен характер.

**Материали и методи**

Между март 2020 г. и март 2026 г. бяха оперирани 203 пациенти на средна възраст 65 години. Всички пациенти са оперирани с роботизираната система da Vinci Xi и X чрез трансперитонеален достъп.

**Резултати**

Средната продължителност на операцията е 68 минути, със средна кръвозагуба 280 мл. (50-700). Следоперативните усложнения са категоризирани според системата за класификация на Clavien-Dindo. Четирима пациенти са ревизирани лапароскопски за остра кръвозагуба и е извършена една отворена конверсия с нефректомия. На трима пациенти направихме кръвопреливане.

**Заклучение**

Роботизираната система Da Vinci постига минимално инвазивна техника с най-ниски нива на травма и следоперативна болка. Извършването на RAPN за комплексни бъбречни тумори изглежда безопасно и осъществимо. Внимателно подбрани пациенти могат да бъдат подложени на безопасна резекция на тумори с отлично запазване на бъбречната функция и обнадяващи онкологичните резултати.

**РОБОТ-АСИСТИРАНА СЕГМЕНТНА УРЕТЕРЕКТОМИЯ**

*Д. Анакиевски, Р. Маринов, В. Николов, Л. Спасов, Г. Иванов, В. Попов, А. Киров*

МБАЛ „Сърце и мозък“ - Бургас, Урологична клиника

МБАЛ „Сърце и мозък“ - Плевен, Урологична клиника

**Въведение**

Уротелните тумори на горния уринарен тракт (ГУТ), представляват средно 10 % от всички бъбречни тумори, и 5 % от всички уротелни тумори. В 1,7 % до 26 % от случаите те се съчетават с тумори на пикочния мехур. Макар и изключително редки те са много агресивни тумори, средно 60 % от тези тумори са инвазивни и показват агресивен биологичен потенциал.

Радикалната нефроуретеректомия (НУЕ) с парциална резекция на пикочния мехур е златният стандарт за лечението на уротелните тумори на ГУТ. Оперативните цели на операцията са да се гарантират отрицателни хирургични граници и адекватна лимфна дисекция. Въпреки това процедурата не е без сериозни усложнения, по-специално нарушаване на бъбречната функция, което може значително да повлияе на онкологичните прогнози. Тази загриженост е довела до преминаване към нефроносъхраняващи методи, целящи постигане на баланс между контрола на рака и запазването на бъбречната цялост. Сегментална уретеректомия, ендоскопска резекция и интралуминална терапия се очертава като благоприятна алтернатива, която намалява заболяемостта, обикновено свързана с по-радикални процедури, като загуба на бъбречна функция, като същевременно запазва онкологичната ефективност.

**Цел и задачи**

В настоящото проучване си поставихме за цел да покажем нашата техника и резултати след робот-асистирана сегментна уретеректомия.

**Материал и методи**

Четирима пациента с карцином на уретера бяха оперирани в клиниката за периода от 09.2024 г. до 03.2026 г. Това бяха две жени и двама мъже на средна възраст от 65 г. При всичките пациенти се извърши трансперитонеална робот-асистирана сегментна резекция на уретера с последваща T-T анастомоза. За тази цел бе използвана системата da Vinci Xi и X.

**Резултати**

Средното оперативно време бе 50 мин, при средна кръвозагуба от 120 мл. При нито един пациент не се извърши конверсия и хемотрансфузия. Ранни следоперативни усложнения до 30 ден не се откриха, както и такива късни след 30-я ден.

**Заклучение**

Робот-асистираната сегментна уретеректомия е минимално-инвазивен, безопасен и същевременно ефективен метод със значително намаляване на морбидитета на пациентите. Тя предлага безопасна и ефективна алтернатива на НУЕ за пациенти с единичен тумор, не по-голям от 30 мм и low grade. Този нов подход е обещаващ за намаляване на риска от положителни граници, осигуряване на контрол на рака и запазване на бъбречната функция.

**„WHERE SHOULD OUR MAIN FOCUS BE IN BPH THERAPY: COMPLETE REMOVAL OF  
OBSTRUCTION OR PROTECTION OF EJACULATION?“ –**  
арт-лекция на представител на EAU

*M. Straub*

Член на борда по Ендоурология на Европейската Асоциация по Урология (EAU)  
Ръководител сектор Ендоурология и Уролитиаза  
Клиника по урология Rechts der Isar, Технически университет, Мюнхен, Германия

31

**ЛАПАРОСКОПСКА ОРХИЕКТОМИЯ ПО ПОВОД НА КЪСНО УСТАНОВЕНА АБДОМИНАЛНА  
РЕТЕНЦИЯ НА ЛЯВ ТЕСТИС – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ**

*И. Вълканов<sup>1</sup>, С. Вълканов<sup>1,2</sup>, В. Павлов<sup>1</sup>, С. Пенев<sup>1</sup>, Н. Николов<sup>1</sup>, К. Коларов<sup>1</sup>,  
Д. Керинов<sup>1</sup>, Д. Станчев<sup>1</sup>, С. Атанасов<sup>1</sup>, И. Райчев<sup>1</sup>, М. Дойков<sup>1,2</sup>*

1 Клиника по урология, УМБАЛ „Каспела“ – Пловдив

2 Катедра по „Урология и обща медицина“, Медицински университет – Пловдив

**Въведение**

Лапароскопската хирургия се утвърди като предпочитан подход при лечението на редица урологични заболявания, включително при абдоминално ретинирани тестиси. В сравнение с конвенционалната отворена хирургия, методът осигурява по-добра визуализация, по-малка оперативна травма и значително редуцирана следоперативна болка. Лапароскопският достъп се асоциира с по-бързо възстановяване, по-кратък болничен престой и по-добър козметичен резултат. Тези предимства го правят особено подходящ при млади пациенти и при случаи с интраабдоминална локализация на тестиса.

**Цел и задачи**

Да представим предимствата на минимално инвазивна лапароскопска техника за отстраняване на късно установена абдоминална ретенция на ляв тестис.

**Материал и методи**

Младеж на 17-годишна възраст с установена липса на ляв тестис в скроталната торба. При физикално изследване от уролог – потвърдена липса на тестис. Направен КАТ на корем с данни за абдоминално задържан тестис до дълбокия отвор на ингвиналния канал в ляво. След обсъждане с родителите се взе решение за лапароскопска орхиектомия. Извърши се минимално инвазивна лапароскопска операция с 5 мм оптика и още два троакара по 5 мм, без дренаж на перитонеалната кухина.

**Резултати**

Ранно раздвижване на 4-тия постоперативен час и захранване на 6-тия. При липсваща болка, двигателно активен и възстановен пасаж, пациентът се дехоспитализира на 24-тия час. Хистологичното изследване установява атрофия на тестиса.

**Заклучение**

Минимално инвазивната лапароскопска орхиектомия при абдоминално ретинирани тестиси следва да е предпочитана оперативна техника предвид неоспоримите предимства пред отворената оперативна интервенция.

**РОБОТИЗИРАНА УРЕТЕРАЛНА РЕКОНСТРУКЦИЯ***Д. Анакиевски, Р. Маринов, В. Николов, Л. Спасов, Г. Иванов, В. Попов, А. Киров*

МБАЛ „Сърце и мозък“ - Бургас, Урологична клиника

МБАЛ „Сърце и мозък“ - Плевен, Урологична клиника

**Въведение**

Стриктурата на уретера е стесняване на лумена на уретера, което води до нарушена бъбречна функция поради обструкция. Това състояние налага хирургична интервенция за отстраняване на стриктурата. Локализацията на стриктурата може да варира от пиело-уретералната връзка през проксималния и средния уретер до дисталния уретер.

Гинекологичните операции са най-честата причина за значителна ятрогенна травма. Среща се и при колоректални операции (резекция на дисталния колон) и съдова хирургия (аортна аневризма). Ятрогенната травма на уретера може да е резултат от:

- лигирани с конец, смачкване с хирургически инструмент
- частично или пълно прекъсване
- термично нараняване
- исхемия от деваскуляризация

Уретероскопията е честа причина за ятрогенна травма на уретера, като в някои серии допринася до 71,6% от случаите. Предикторите за високо-степенно увреждане на уретера включват мъжки пол, по-дълго оперативно време и време за поставяне на аксес шит.

Описани са много методи за хирургично лечение, включително уретероуретеростомия, уретерокаликостомия, трансуретероуретеростомия и чревна интерпозиция с помощта на апендикс, конусовидно черво, например с тръби на Монти или спирални тръби на Монти, или илеален уретер. Докато късите стриктури могат да бъдат лекувани с директна анастомоза на уретера, по-дългите стриктури или мултифокалните стриктури на проксималния уретер понастоящем се лекуват чрез заместване на уретера със сегмент от илеума или автотрансплантация на бъбрека. Тези настоящи възможности за лечение могат да имат значителна усложнения, свързани със заместване на червата, както и съдови усложнения. Уретеропластиката с букална лигавица е опция за увреждане на дълъг сегмент на уретера, особено след предишна неуспешна реконструкция, като алтернатива на автотрансплантацията. Общият процент на успех е 90%, но опитът е ограничен.

Тук представяме случаи на уретерални стриктури с различна локализация и тяхното лечение, извършено с робота da Vinci чрез трансперитонеален достъп.

**Материали и методи**

Представяме 69 пациенти с доброкачествени уретерални стриктури, оперирани за периода от 2020 г. до 2026 г. Стриктурите имат различен произход. Всички операции са извършени с роботизираната система da Vinci. Най-честите оплаквания на пациентите са болки в кръста, високо кръвно налягане или инфекция на пикочните пътища. Диагнозата е потвърдена чрез ултразвук, ретроградна уретрография и компютърна томография. При всички пациенти е извършен трансперитонеален достъп. В повечето случаи уретертът е възпален и плътно прирастен към околната тъкан. След отстраняване на срастванията и осигуряване на достатъчна възможна дължина на уретера, увредената част със стриктурата се резецира. След поставяне на водач, върху който се поставя стенътът, се извършва анастомоза с непрекъснат шев.

**Резултати**

Средното оперативно време беше 60 минути, с минимална кръвозагуба. Пациентите бяха изписани 4 дни след операцията без усложнения. Ендопротезата беше отстранена на 30-ия ден след операцията, като беше извършена едновременно уретероскопия с пиелография при всички пациенти. Не открихме стриктура и хидронефроза в нито един от случаите. На 3-ия месец от проследяването не бяха наблюдавани клинични и рентгенологични прояви на стриктура при оперираните пациенти.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Използването на робот da Vinci улеснява достъпа до дълбокия таз и ретроперитонеума и позволява прецизна лигавична анастомоза. Това се дължи на стабилните движения и степените на свобода, осигурени от роботизираните китки, както и увеличението от роботизираната камера.

**РОБОТ-АСИСТИРАНА РАДИКАЛНА ПРОСТАТЕКТОМИЯ С КОНКОМИТАНТНА  
ИНГВИНАЛНА ХЕРНИОПЛАСТИКА**

*Б. Атанасов, А. Ванов, Ж. Атанасов, Н. Николов, Р. Льоскова, А. Партенов, А. Анатолиев,  
С. Величков, Б. Пенеv, В. Дунев*

МУ – Плевен

Робот-асистираната радикална простатектомия е златен стандарт в хирургичното лечение на локализирания карцином на простатата, благодарение на своята минимална инвазивност, прецизност и отлични функционални резултати. Честотата на съпътстващи ингвинални хернии при тази популация пациенти не е пренебрежима, което поставя въпроса за едновременното им оперативно лечение.

Целта на настоящия доклад е да представи безопасността, ефективността и клиничните ползи от извършването на конкомитантна ингвинална херниопластика по време на робот-асистираната радикална простатектомия. Комбинираният подход позволява едновременно лечение на двете състояния, като се избягва необходимостта от последваща хирургична интервенция, намалява се общият анестезиологичен риск и се оптимизира възстановителният период.

Наличните данни показват, че добавянето на херниопластика не води до значимо увеличаване на оперативното време или честотата на усложненията. Роботизираната платформа осигурява отлична визуализация и прецизност при дисекцията, което улеснява поставянето на мрежа и минимизира риска от рецидив и постоперативна болка. Същевременно онкологичните и функционалните резултати от оперативната интервенция не се компрометират.

В заключение, конкомитантната ингвинална херниопластика при робот-асистираната радикална простатектомия представлява безопасен и ефективен подход при селектирани пациенти. Този интегриран хирургичен модел допринася за подобряване на цялостната грижа и качеството на живот на пациентите.

**ЕНДОМЕТРИОЗА НА ПИКОЧНИЯ МЕХУР И УРЕТЕРА –  
РОБОТ-АСИСТИРАНО ЛЕЧЕНИЕ**

*Д. Анакиевски, Р. Маринов, В. Николов, Л. Спасов, Г. Иванов, В. Попов, А. Киров, П. Панчев*

МБАЛ „Сърце и мозък“ - Бургас, Урологична клиника  
МБАЛ „Сърце и мозък“ - Плевен, Урологична клиника

**Въведение**

Ендометриозата е хронично естроген-зависимо състояние, характеризиращо се с ектопична имплантация на функционална тъкан, покриваща матката (ендометриална жлеза и строма) извън маточната кухина. Локализацията на ендометриозните лезии може да варира, като най-често засегнатия фокус на заболяването е яйчниците, последван от задния широк лигамент, предния кул-де-сак, задния кул-де-сак и утеросакралния лигамент. Ендометриозата традиционно се класифицира като една от трите основни форми: овариална ендометриоза, повърхностна перитонеална ендометриоза и дълбоко инфилтрираща ендометриоза (ДИЕ). Ендометриозата е често срещано гинекологично заболяване при жени в хетерогенна възраст, с разпространение от 10–20% сред общото женско население. Когато ендометриозата засяга пикочните пътища, тя се нарича ендометриоза на пикочните пътища (ЕПТ). Разпространението на ЕПТ е трудно да се определи, тъй като приблизително 50% от тях могат да са асимптоматични. Ендометриозата на пикочните пътища (ЕПП) включва пикочния мехур и/или уретерите. ЕПП присъства при приблизително 1% от жените с ендометриоза, но разпространението ѝ нараства до 19–53% сред пациентите с ДИЕ. Засягането на пикочния мехур е най-честият тип ЕПП, срещащо се в 70–85% от случаите, докато засягането на уретера представлява 9–23% от случаите на ЕПП.

ЕПП се свързва със симптоми на долните пикочни пътища като честота, дизурия, хематурия и по-рядко болка в пикочния мехур и неотложни позиви.

Тук докладваме нашия опит с успешно роботизирано-лапароскопско лечение на ендометриоза на пикочния мехур на един пациент и уретера при 4 пациенти.

**Материал и методи**

Операциите бяха извършени трансперитонеално с помощта на роботизирана система da Vinci Xi. В гва от случаите се извърши парциална резекция на пикочен мехур поради големината на ендометриалната лезия, намираща се на купола на пикочния мехур, а в другият случай резекция на уретера и реимплантацията на същият. При останалите случаи се е извърши сегментна резекция на уретер и Т-Т анастомоза.

**Резултати**

Всичките пациенти бяха оперирани под ОВА. Оперативно време е 60 мин. при първата и 90 мин. при втората операция, с минимална кръвозагуба и болничен престой от 4 дни.

**Заключение**

Робот-асистираната парциална резекция на пикочен мехур и сегментна резекция на уретера са минимално-инвазивни, безопасни и същевременно ефективни процедури със значително намаляване на морбидитета на пациентите и може да се използват при пациенти с ендометриоза на пикочните пътища.

**СРАВНЕНИЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ТРАНСПЕРИТОНЕАЛНА И ЕКСТРАПЕРИТОНЕАЛНА РОБОТ-АСИСТИРАНА РАДИКАЛНА ПРОСТАТЕКТОМИЯ СЪС СИСТЕМАТА VERSIUS – НАЧАЛЕН ОПИТ ПРИ 33 ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ**

*Н. Халачев, Д. Заргани, Н. Смилов*

Клиника по урология, МИ-МВР –София

**Въведение**

Робот-асистираната радикална простатектомия (RARP) се утвърди като стандартен терапевтичен подход при локализирана простатен карцином. Системата за роботизирана хирургия Versius (CMR Surgical, Cambridge, UK) представлява съвременна алтернатива на платформата da Vinci с нарастващо приложение в урологичната практика. Считаме, че използваният оперативен достъп към простатата (трансперитонеален или екстраперитонеален) оказва влияние върху периоперативния ход и следоперативното възстановяване.

**Цел и задачи**

Настоящото проучване има за цел да сравни периоперативните показатели, ранните функционални резултати и честотата на усложненията при двата достъпа в начален хирургичен опит с платформата Versius.

**Методи**

Ретроспективен анализ на 33 последователни RARP, извършени със системата Versius от един екип. Пациентите бяха разпределени в две групи: трансперитонеален (TP-RARP) и екстраперитонеален (EP-RARP). Оценени бяха оперативно време, кръвозагуба, болничен престой, постоперативна болка и усложнения.

**Резултати**

Групата EP-RARP включва 23 пациенти, TP-RARP – 10. При сравнение на завършените 18 EP-RARP и 10 TP-RARP, TP-RARP показва по-късо оперативно време (364 min vs. 423 min) и по-малка кръвозагуба (170 mL vs. 210 mL). EP-RARP е свързан с по-кратък болничен престой (2 дни vs. 3 дни) и по-ниска болка в първите 24 часа (3 vs. 5 по скала 1–10). Честотата на усложненията е сходна; големи усложнения не са наблюдавани. И при двата подхода се установява крива на обучение с редукция на времето след първите 5 процедури.

**Заклучение**

Както трансперитонеалната, така и екстраперитонеалната робот-асистирана радикална простатектомия със системата Versius е сигурна и ефикасна. Трансперитонеалният достъп дава предимство на оперативната ефективност с улесняване на потенциална лимфна дисекция. От своя страна, екстраперитонеалния достъп предлага предимства по отношение на следоперативното възстановяване и може да бъде използван при пациенти с предходни коремни операции. Необходими са допълнителни проучвания с по-големи кохорти пациенти за валидиране на представените резултати и изразждане на стандартизирани протоколи за робот-асистираната простатектомия.

**РОБОТ-АСИСТИРАНА ХИРУРГИЯ С РОБОТИЗИРАНА СИСТЕМА VERSIUS CMR –  
ДВУГОДИШЕН ОПИТ**

*И. Калчев, С. Гидаро, Н. Кефилев, П. Генов, А. Албаяти, В. Филипов, Т. Стателов,  
И. Калчев, С. Маринов, Ч. Дюлгеров*

МБАЛ „Св. Богородица“, МЦ „Лейбър Мед“

През настоящата година внедрихме в клиничната практика робот-асистирана хирургия със системата VERSIUS, която позволява операции в областта на урологията, общата хирургия, гинекология и др.

Представяме първоначалния си опит в поставянето на системата в готовност за работа, различните опции за троакарни достъпи, процесите на дисекция, оперативни планове и изпълнение на анастомозите, оперативни времена и др.

Видовете операции бяха:

- радикална простатектомия с транс и екстраперитонеален достъп. Нервосъхраняваща и широка ексцизия (ВИДЕО)

- нефроуретеректомия (ВИДЕО)

При пациентите не настъпиха усложнения, налагащи конверсия към лапараскопска техника или отворена хирургия. Следоперативният престой е в рамките на стандартите за тези процедури.

Дискутираме случаи с инсуфициенция на анастомозата и персистиращо отделяне на урина от превезикалния грен.

**СЪВРЕМЕННО ЛЕЧЕНИЕ НА НЕИНВАЗИВНИЯ КАРЦИНОМ НА ПИКОЧЕН МЕХУР:  
НОВИ ПОДХОДИ ОТВЪД ВСГ**

*Б. Ботева<sup>1</sup>, В. Младенова<sup>1</sup>, О. Савова<sup>2</sup>*

1 Клиника по урология, УМБАЛ „Александровска“, София1

1 Катедра по урология, Медицински Университет, София1

2 Клиника по урология, Болница Св. Тереза, Университет Ерланген, Нюрнберг, Германия

**Въведение**

Неинвазивният карцином на пикочния мехур (NMIBC) представлява голяма част от новодиагностицираните случаи на рак на пикочен мехур и се характеризира с висока честота на рецидиви и вариабелен риск от прогресия. Стандартното лечение се основава на пълна трансуретрална резекция, последвана от риск-адаптирана интравезикална терапия, като Bacillus Calmette-Guérin остава златен стандарт при високорисковото заболяване.

**Материал и методи**

Преглед на актуални клинични ръководства и публикувани клинични проучвания, оценяващи интравезикални и системни терапии при NMIBC.

**Резултати**

При значима част от пациентите с NMIBC се наблюдава рецидив на заболяването или не дават отговор на лечението с ВСГ. През последните години се появяват няколко нови терапевтични подхода, включващи комбинирана интравезикална терапия, генна терапия с *padofaragene firadenovex* за селектирани пациенти с ВСГ-рефрактерен *carcinoma-in-situ* и системна имунотерапия при определени високорискови случаи.

**Заклучение**

Терапевтичните подходи при NMIBC се развиват динамично и интегрирането им в клиничната практика изисква внимателен подбор на пациентите и придържане към утвърдените клинични ръководства.

**СМЕСЕНА ТЕХНИКА ЗА ТРАНСУРЕТРАЛНА АНАТОМИЧНА ЕНУКЛЕАЦИЯ  
НА ПРОСТАТАТА – НАШИЯТ ОПИТ**

*И. Вълканов<sup>1</sup>, С. Вълканов<sup>1,2</sup>, В. Павлов<sup>1</sup>, С. Пенев<sup>1</sup>, Н. Николов<sup>1</sup>, К. Коларов<sup>1</sup>,  
Д. Керинов<sup>1</sup>, Д. Станчев<sup>1</sup>, С. Атанасов<sup>1</sup>, И. Райчев<sup>1</sup>, М. Дойков<sup>1</sup>*

1 Клиника по урология, УМБАЛ „Каспела“ – Пловдив

2 Катедра по „Урология и обща медицина“, Медицински университет – Пловдив

**Въведение**

HoLEP (холмиева лазерна енуклеация на простатата) се утвърди като съвременен стандарт в хирургичното лечение на доброкачествена простатна хиперплазия, осигуряващ анатомична енуклеация, отлична хемостаза и нисък риск от рецидив. В сравнение с TURP (трансуретрална резекция на простатата), методът се характеризира с по-нисък процент на кръвозагуба, по-кратък период на престой на катетъра и по-добра ефективност, независимо от обема на простатата. Въпреки това HoLEP е свързан с по-дълга крива на обучение и изисква от уролога висока степен на ендоскопски опит. В този контекст комбинираният подход, съчетаващ трансуретрална резекция с лазерна анатомична енуклеация на простатните дялове, представлява рационална алтернатива, която интегрира предимствата на двата метода и улеснява хирургичното изпълнение.

**Цел на изследването**

Да представим смесена техника за трансуретрална енуклеация на простатата при хирургично лечение на доброкачествена простатна хиперплазия.

**Материал и метод**

Оперативната техника е разработвана в продължение на близо 20 години, като на операция са подложени над 1000 пациенти. В началото интервенцията се извършваше с монополарен ток, по-късно с биполарен ток, а в последните няколко години с холмиев лазер. Развитието целеше да имаме добра ориентация по време на работа, да намалим оперативното време и кръвозагубата, както и минимизиране на постоперативните компликации – инконтиненция на урина и дизурия. Техниката е съчетание на трансуретрална резекция с лазерна енуклеация на дяловете на простатата.

**Резултати**

Техниката дава изключително добра ориентация, което води до намалено оперативно време и минимална кръвозагуба. Лесно е за усвояване и прилагане. Въвеждането на холмиум лазерната енуклеация намали до минимум дизурията. Инконтиненция сме имали при 9 пациенти, която отзвуча в рамките на 6 до 9 месеца, като всичките пациенти са били с големи по обем простати (около 100 мл).

**Обсъждане**

Резултатите от прилагането на този специфичен вид техника са напълно съпоставими с конвенционалната лазерна трансуретрална енуклеация, която се прилага рутинно в последните години. Лесното усвояване е предпоставка за добри постоперативни резултати.

**Извод**

Смесената техника на трансуретрална анатомична енуклеация на простатата при ДПХ е напълно равностойна с конвенционалната холмиум лазерна техника, като същевременно е лесно усвоима и приложима в ежедневната практика на уролога.

**СРАВНЯВАНЕ НА РАННИТЕ И КЪСНИТЕ ПОСТОПЕРАТИВНИ РЕЗУЛТАТИ МЕЖДУ ЛАЗЕРНА И  
ЛАПАРОСКОПСКА ЕНУКЛЕАЦИЯ**

*А. Ванов, Ж. Атанасов, Н. Николов, Р. Льоскова, А. Партенов, А. Анатолиев,  
С. Величков, Б. Пенев, В. Дунев, Б. Атанасов*

МУ – Плевен

Доброразличаваната простатна хиперплазия представлява прогресиращо заболяване, характеризиращо се с увеличаване на обема на простатната жлеза и развитие на симптоми от долните пикочни пътища, които значително влошават качеството на живот. При липса на ефект от медикаментозното лечение се преминава към хирургични методи, като сред съвременните минимално инвазивни подходи водещо място заемат лазерната енуклеация на простатата и лапароскопската простатектомия. По литературни данни в ранния постоперативен период лазерната енуклеация показва по-добри резултати, изразяващи се в по-ниска кръвозасуба, по-кратка катетеризация и болничен престой, както и по-бързо възстановяване. Честотата на ранни усложнения също е по-ниска в сравнение с лапароскопската техника. В късния постоперативен период и двата метода водят до значително подобрене на симптомите и уринарния поток, но лазерната енуклеация се отличава с по-добра дългосрочна ефективност и по-нисък риск от реоперации. С настоящата презентация имаме за цел да ви запознаем с нашите ранни и късни постоперативни резултати, касаещи двете споменати оперативни техники.

**ЛАЗЕРНА ПРОСТАТНА ХИРУРГИЯ ПО ОРИГИНАЛНА ТЕХНИКА – 7500 СЛУЧАЯ**

*И. Калчев, Н. Кефилев, Т. Ганев, Р. Колев, Т. Стателов, Д. Рагоев, И. Калчев,  
А. Албаяти, С. Маринов*

Лазерни центрове „Лейзър Мег“ – София, Варна, Стара Загора, Белград  
МБАЛ „Св. Богородица“

**Цел и задачи**

С настоящето проучване си поставяме за цел да анализираме натрупаният ни опит в приложението на Тулиум лазерна простатна хирургия за оперативно лечение по оригинална техника. Изследването е при различни простатни патологии и размери на жлезата, включително и при екстремно увеличени простатни жлези над 200 гр.

**Материал и метод**

В настоящата серия анализираме оперираните 7500 пациенти, като основната диагноза е ДПХ, в редки случаи дезобструкция при авансирал простатен карцином. Използваната технология е Тулиум лазерна система с мощност 200 W. Оперативната техника е оригинално разработена от нас - резекционна, без използване на допълнителна механична енергия. (ВИДЕО) Пациентите са оперирани под спинална, епидурална или обща инхалационна анестезия. При някои пациенти е налице антикоагулация или антиагрегация поради съществуващ коморбидитет. При всички пациенти е проведено хистологично изследване на резецираната тъкан.

**Резултати**

При 86% от пациентите е използвана спинална или епидурална, а при 14% обща инхалационна анестезия. Разпределението по възрастови групи е неравномерно с основна част от групата 70-80 години. При 3% се установява наличие на мехурен конкремент, който се отстранява в същата процедура с Холмиум или Тулиум лазер. 94% от пациентите са изписани на следващият ден след операцията. 6% в следващите следоперативни дни. 68% от пациентите са били на антикоагулация с нискомолекулярен хепарин по време на оперативната интервенция. Катетрите са свалени от 1-ви следоперативен ден. Инфекции следоперативно - 0,2%. Хемотрансфузия следоперативно - 0,5%. Преходна инконтиненция до 3 месеца – 1%.

**Изводи**

Лазерната простатна хирургия има нисък рисков профил, може да се приложи при различни патологии, предпочитана е при големите обеми, където се очаква сериозно кървене и в случаите на значителен коморбидитет. (ВИДЕО)

**РОЛЯТА НА КОРТИКОСТЕРОИДНАТА УРЕТРАЛНА ЕМУЛСИЯ В ЛЕЧЕНИЕТО  
НА СТРИКТУРА НА УРЕТРАТА – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ**

*И. Пенков, В. Младенов*

Клиника по урология, УМБАЛ „Александровска“, София  
Катедра по урология, Медицински Университет, София

Кортикостероидната уретрална емулсия се разглежда като ефективна мярка за предотвратяване на рецидиви при случаи на уретрална стриктура след ендоскопски урологични интервенции.

Текущият клиничен случай описва ролята на емулсия със състав дексаметазон и лидокаин в хидрохлорид в лечението на стриктура на уретрата при пациент след трансуретрална резекция на простатата (ТУРП). След появата на четири рецидива в мембранозната и булбарната част на уретрата са проведени уретротомии за възстановяване на лумена и облекчаване на наличните симптоми от страна на долните пикочни пътища.

Клиничните резултати, проследени след добавянето на емулсията към терапията, се асоцират с подобряване в качеството на живота на пациента, липса на нови рецидиви на стриктурата през наблюдавания период. Подходът демонстрира ролята на локалното кортикостероидно приложение в редукцията на възпалението и фиброзната реакция след проведени трансуретрални интервенции.

**ПОВЕДЕНИЕ ПРИ СТЕНОЗА НА ВЪНШНИЯ ОТВОР НА УРЕТРАТА ПРИ ТРАНСДЖЕНДЪР  
ЖЕНА СЛЕД ОПЕРАЦИЯ ЗА СМЯНА НА ПОЛА –  
КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ И ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР**

*Е. Бакалова, К. Димитров, Н. Димитров, И. Пенков, А. Қръстанов, В. Йотовски,  
А. Тимев, В. Младенов, П. Димитров, К. Янев, М. Георгиев*

Клиника по урология, УМБАЛ „Александровска“, София  
Катедра по урология, Медицински Университет, София

**Въведение**

Стриктурите на уретрата се характеризират с патологично стеснение на лумена поради изразена фиброза. Те представляват едни от най-честите усложнения след вагино-пластика при трансджендър жени. Поведението при тези пациентки е предизвикателство поради променената анатомия, следоперативната фиброза и силно изразената склонност към рецидив.

**Материали и методи**

Представяме клиничен случай на 29-годишна трансджендър жена, претърпяла операция за смяна на пола през март 2025 г. Един месец по-късно, поради пълна задръжка на урина, е катетеризирана, а преди насочването към нашата клиника е извършена дилатация на уретрата. При постъпването през ноември 2025 г. пациентката съобщава за рецидивиращи микционно-дизурични смущения. Цистоскопията установява тежка меатална стеноза (меатус с размерите на главичка на карфица). Проведени са последователни дилатации го 16 Ch и 18 Ch, всяка последвана от катетеризация. При проследяването се установяват значителна регресия на фиброзния пръстен и клинично подобрение.

**Резултати**

Направихме литературен обзор, който показва, че урологичните усложнения след вагино-пластика при транс жени често засягат долните пикочни пътища. Сред водещите усложнения са стеноза на меатуса, стриктури на уретрата, уринарни инфекции и ретенция на урината. Според публикуваните данни стриктурите на меатуса се наблюдават в около 6,9% от случаите, на уретрата – в 4,6%, а задръжка на урина, налагаща катетеризация – в 5,1%. Обзорни публикации потвърждават, че честотата на уретралната стриктура може да достигне 10–18%, а на стеноза на меатуса – 5–10%, което подчертава клиничната значимост на тези усложнения. Поведението зависи от локализацията и тежестта на стеснението, както и от склонността към рецидив. При остро нарушение в уринирането първоначално се налага осигуряване на дренаж, а при по-леките случаи може да се приложи дилатация. При рецидивиращи или по-изразени форми обаче често се налага по-дефинитивен реконструктивен подход.

**Заклучение**

Стенозата на уретрата след вагино-пластика може да манифестира рано и да рецидивира въпреки първоначалното лечение. Серийните дилатации в комбинация с катетеризация и активно проследяване могат да осигурят добър краткосрочен функционален резултат. Ранното разпознаване и стриктното амбулаторно наблюдение са от ключово значение за съвременната преценка на необходимостта от реконструктивно лечение.

**ИМПЛАНТАЦИЯ НА ИЗКУСТВЕН СФИНКТЕР – НАШИЯТ ОПИТ**

*Д. Анакиевски, Р. Маринов, В. Николов, П. Панчев, И. Гочева*

МБАЛ „Сърце и мозък“ - Бургас, Урологична клиника

МБАЛ „Сърце и мозък“ - Плевен, Урологична клиника

Медицински център „Анакиевски

**Въведение**

Съществува широк диапазон в докладваната честота на пострадикална простатектомична уринарна инконтиненция, произтичаща от отделни серии, вероятно поради непоследователни дефиниции за инконтиненция и различни начини на оценка. Уринарната инконтиненция се среща по-рядко след трансуретрална резекция на простатата.

Изкуственият уринарен сфинктер е широко признат за златен стандарт за лечение на постпростатектомична уринарна инконтиненция. Това протезно устройство е въведено за първи път през 1973 г. VISTO е регулируем изкуствен уринарен сфинктер и е предназначен да възстанови естествения процес на контрол на уринирането, симулирайки нормалната функция на сфинктера чрез отваряне и затваряне на уретрата по волята на пациента.

**Материали и методи**

Операциите са извършени при четирима пациенти. Двама пациенти са били след TURP процедура, а други двама след радикална лапароскопска простатектомия.

**Резултати**

Всички пациенти са оперирани под ОВА. Оперативното време бе 60 минути, с минимална кръвозагуба и болничен престой от 1 ден.

**Заклучение**

Имплантирането на изкуствен сфинктер е безопасно и ефективно решение за лечение на стрес-инконтиненцията при мъже, предлагайки на пациентите трайно подобро качество на живот.

**ФЛЕКСИБЕЛНА УРЕТЕРОРЕНОСКОПИЯ С ЛАЗЕРНА ФРАГМЕНТАЦИЯ И  
АКТИВНА АСПИРАЦИЯ НА КОНКРЕМЕНТ 11 ММ В БЪБРЕЧНО ЛЕГЕНЧЕ**

*В. Вангеловски, И. Иванов, С. Кодинова, В. Петров, Д. Йорданов, В. Иванова*

УМБАЛ „Пълмед“, Пловдив

**Въведение**

При конкременти между 10-20 мм в пиело-каликсната система (ПКС) по препоръки на Европейската Асоциация по Урология се препоръчва извършването на екстракорпорална литотрипсия или ретроградна интравенална хирургия (RIRS). Втората може да бъде осъществена както чрез използване на флексибилен „access sheath“ с активна аспирация, така и без такъв. В настоящия случай ще представим ретроградна интравенална хирургия с използване на флексибилен „access sheath“.

**Цел и задачи**

Да се оцени и установи лазерната литотрипсия с използването на флексибилен „access sheath“ с активна аспирация като метод на избор за конкременти до 20 мм в ПКС.

**Материали и методи**

Използва се флексибилен уретерореноскоп, флексибилен „access sheath“ и Холмиум лазер 30 W. Събраха се данни от множество научни статии, както и от международни здравни организации.

**Резултати**

Лазерната литотрипсия с използването на флексибилен уретерореноскоп и флексибилен „access sheath“ с активна аспирация показва много добър краен резултат, като остатъчните фрагменти се отстраняват на 100%.

**Обсъждане**

Използването на флексибилен „access sheath“ с активна аспирация е метод на избор за конкременти до 20 мм в ПКС. Използването му води до 100% евакуация на остатъчните фрагменти. Постоянната иригация и аспирация допринасят за много добрата видимост по време на процедурата, както и за поддържане на ниско налягане в ПКС. Флексибилността е предимство, с помощта на което може да се достигне до конкретен каликс.

**МИКРО-УРЕТЕРОСКОПИЯ ПРИ ВЪЗРАСТНИ:  
ПРЕДИМСТВА И НЕДОСТАТЪЦИ**

*Н. Миринчев<sup>1,2</sup>, Златка Чолакова<sup>1,2</sup>*

1 Медицински факултет, Бургаски държавен университет „Проф. д-р Асен Златаров“  
2 Комплексен онкологичен център – Бургас

**Въведение**

Миниатюризацията на инструментите за ретрограден достъп до уретера са в непрекъснато развитие. Микро-уретероскопията (micro-URS) представлява минимално-инвазивна интервенция, използваща 4,5 Fr. семи-ригидни уретероскопи, служещи за диагностика и лечение. Приложението на micro-URS не е рутинно, но индикациите му нарастват. Основното приложение на micro-URS е в детската урологична практика. Наблюдават се научни публикации за приложението на микро-уретероскопията при възрастни пациенти за лечение на дистални уретерни конкременти.

**Цел и задачи**

Да извършим литературен обзор в научните бази данни по темата. Да се оцени безопасността и ефективността на приложение на метода при възрастни. Да се акцентират предимствата и недостатъците на метода.

**Материали и методи**

Извършихме литературен обзор в научните бази данни PubMed, Scopus, Google Scholar по темата. Фокусът на търсене в публикациите бе ориентиран към усложнения по време на интервенцията, необходимост от дилатация на уретера, нужда от стентирание, stone free rates, сравнение с конвенционалната семи-ригидна уретероскопия.

**Резултати**

Ефективността на micro-URS при лечение на дистални уретерни конкременти е докладвана в научната литература със stone free rates > 88%. Тежки интраоперативни усложнения не са наблюдавани при повече от 95% от случаите. Докладвани са само леки лигавични ерозии. Регистрирано е по-ниско интрауретерално налягане по време на интервенцията и понижено количество на кригационна течност. Избягва се нуждата от прстентирание или дилатация на уретера преди интервенцията. Спрямо конвенционалната уретероскопия, micro-URS е с по-нисък травматичен потенциал.

**Изводи**

micro-URS е минимално-инвазивен метод използващ семи-ригиден уретероскоп с диаметър на шафта 4,5 Fr.

**Предимства**

- Директен достъп до уретера без нужда от прстентирание или дилатация на уретера
- micro-URS е с по-нисък риск от инфекциозни усложнения поради по-ниското интрауретерално налягане по време на процедурата
- Ефективността на micro-URS е съизмерима с тази при конвенционалната уретероскопия
- micro-URS има по-нисък травматичен потенциал

**Недостатъци**

- Ограничени публикации върху възрастни пациенти с лимитирано приложение – лечение на конкременти в дистален уретер.
- Липса на достатъчно рандомизирани проучвания и ограничени данни относно приложението на micro-URS при проксимално разположени конкременти.
- Необходимо са допълнителни клинични проучвания за да бъде въведена micro-URS в рутинната практика.

**ИМПЛАНТИРАНЕ НА ПЕНИЛНИ ИМПЛАНТИ – НАШИЯТ ОПИТ**

*Д. Анакиевски, Р. Маринов, В. Николов, П. Панчев, И. Гочева*

МБАЛ „Сърце и мозък“ - Бургас, Урологична клиника

МБАЛ „Сърце и мозък“ - Плевен, Урологична клиника

МЦ „Анакиевски“

**Въведение**

Импантирането на пенилен имплант е хирургична процедура, използвана за лечение на еректилна дисфункция (ЕД) при пациенти, които не реагират на други форми на лечение. По време на процедурата в пениса се поставят надуваеми или гъвкави импланти, за да се улесни ерекцията, да се възстанови сексуалната функция и да се подобри качеството на живот на пациентите. Операцията включва внимателно обмисляне на анатомията на пациента, щателна хирургична техника и следоперативно менажиране, за да се сведат до минимум усложненията и да се оптимизират резултатите.

Въпреки потенциалните рискове, импантирането на пенилен имплант се е доказало като безопасен и ефективен вариант за мъже с тежка ЕД, предлагайки трайно решение за възстановяване на сексуалната функция.

**Материал и методи**

Операциите бяха извършени при четири пациенти. При трима от пациентите бяха импантирани три компонентни inflatable протези а при един semirigid.

**Резултати**

Всичките пациенти бяха оперирани под ОВА. Оперативно време е 60 мин., с минимална кръвозагуба и болничен престой от 1 ден.

**Заклучение**

Импантирането на пенисна протеза се очертава като безопасно и ефективно решение за лечение на еректилната дисфункция, предлагайки на пациентите трайно подобро качество на живот.

**БХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРАФИНОМ НА МЪЖКИТЕ ГЕНИТАЛИИ  
ЧРЕЗ СВОБОДНА КОЖНА ПЛАСТИКА (mSTSG)**

*М. Стойков, Б. Атанасов, В. Дунев*

МУ – Плевен

**Въведение**

Въпреки сериозните усложнения, използването на екзогенни субстанции (най-често течен парафин) за уголемяване на пениса е все още разпространено сред младите мъже в България. Това води до хронични възпаления, деформации и еректилна дисфункция, налагащи хирургично лечение.

**Цел и методи**

Проучването обобщава ретроспективно данните за 74 пациенти с парафином на гениталиите, оперирани в МЦ „Уромед“ през последните 2 години. При всички е приложена реконструкция със свободна кожна пластика с разцепено кожно ламбо (mSTSG).

**Резултати**

Средната възраст при инжектиране е 25 години, а времето до операция – около 3 години. Инжектираният обем е средно 10.4 мл. След операцията всички пациенти съобщават за запазена нормална ерекция. Наблюдавано е само едно леко усложнение (частична дехисценция) при 16.2% от случаите, което заздравява бързо.

**Заклучение**

Реконструкцията с mSTSG е високоефективен метод за лечение на парафином на гениталиите. Тя осигурява отлични функционални и козметични резултати с минимален риск от усложнения, възстановявайки качеството на живот на пациентите.

**НАШИЯТ ОПИТ С КАРЦИНОМ НА ПЕНИСА**

*Д. Анакиевски, Л. Спасов, М. Николовски, Р. Маринов, В. Николов, Г. Иванов, Б. Иванова,  
Ж. Чакъров, Д. Цветков, Б. Добрев*

МБАЛ „Сърце и мозък“ - Бургас, Урологична клиника  
МБАЛ „Сърце и мозък“ - Плевен, Урологична клиника

**Въведение**

Идентифицирани са няколко рисков фактора за рак на пениса, като фимоза (между 40 и 60% от случаите), хронично възпаление на пениса, лихен-склероза, тютюнопушене, ултравиолетова фототерапия и нисък социално-икономически статус. Най основният рисков фактор за рака на пениса си остава инфекцията с човешки папиломен вирус.

Карциномът на пениса се среща най често във възрастовия интервал между 60 и 80 години. При някои народности, при които се извършва циркумцизия в ранна детска възраст, както и страни с висок социално-икономически статус, позволяващ поддържане на добра хигиена, има ясно определено ниско разпространение на заболяването.

**Цел и задачи**

Целта на настоящото проучване е да представи нашият опит и поведение при лечението на пациенти с карцином на пениса.

**Материал и методи**

В периода от 20.11.2023 г. до 20.12.2026 г. в нашата клиника бяха оперирани 6 пациента с доказан карцином на пениса. При 5 от пациентите се извърши частична ампутация, а при двама се направи разширена лимфна дисекция.

Съобразно стадия на заболяването при нашите пациенти се извършиха частични ампутации. Беше спазено необходимото отстояние - 2-3см проксимално от туморната формация. Методът за деривация на урината се осъществи чрез пластика на уретрата, която се заши навън към кожата. За оформяне на външния отвор на пикочния канал се постави уретрален катетър за 5-6 дни, който предпазва оперативната рана от инфилтрация с урина.

**Резултати**

Операциите преминаха без усложнения за средно оперативно време от 60 мин, с минимална кръвозагуба. Хистологичните резултати показваха различни типове сквамозно-клетъчен карцином - кератинизиращ, кондиломатозен (HPV-асоциран), базалоиден и смесен вариант. Постоперативно пациентите не съобщават за субективни оплаквания и проблеми с уринирането. Част от пациентите са започнали необходимата химиотерапия и лъчетерапия.

**Заклучение**

Карциномът на пениса е рядко заболяване, което има бавно развитие. Ракът на пениса е лечим във всички ранни стадии с подходящо лечение, но прогнозата му зависи изключително от правилното лечение на регионалните (т.е. ингвиналните) лимфни възли. Често пациентите пренебрегват малки, локални лезии върху гланса, прелущума или тялото на пениса и търсят лекарска помощ, когато видят голям зъбест, инфектиран тумор и увеличение на ингвиналните лимфни възли. Пациентите трябва да бъдат обучени на самоизследване. Лечението има потенциално значителен ефект върху индивида, тъй като операцията може да повлияе на социалните взаимодействия, самочувствието, сексуалната функция и образа на тялото.

**КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ НА УРЕТЕРО-ИЛИАЧНА ФИСТУЛА –  
ЕТИОПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИЧНИ ТРУДНОСТИ И ОПЕРАТИВНИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА**

*Н. Димитров, Б. Ботев, А. Кръстанов, В. Йотовски, В. Младенов, К. Янев, М. Георгиев*

Клиника по урология, УМБАЛ „Александровска“, София  
Катедра по урология, Медицински Университет, София

**Въведение**

Уретеро-илиачната фистула е рядко срещана диагноза в урологичната практика. Въпреки това тя има животозастрашаващ потенциал и може да доведе до остро кървене от уринарния тракт.

**Етиология**

Този вид фистули са най-често в резултат на хронични, възпалителни състояния на организма, които водят до фиброза и слабо васкуляризирана уретеро-васкуларна адхезия. Най-често възпалителните промени са причинени от стеснения по хода на уретера и задържането на урина. Уретеро-илиачните фистули се срещат предимно при пациенти след претърпяна оперативна интервенция и лъчетерапия на тазовото дъно.

**Диагностика**

Диагностицирането на уретеро-илиачните фистули представлява истинско предизвикателство за възможностите на съвременната образна диагностика поради периодичността на тяхната симптоматиката. Постановянето на диагнозата е трудно и изисква мултидисциплинарен подход.

**Лечение**

В исторически план лечението на уретеро-илиачните фистули е хирургично. То комбинира протезиране на уретера и хирургичен подход за отпрепариране на фистулата. Сложната дисекция при тези пациенти и трудното протезиране отстъпват все повече място на ендоваскуларните методи на лечение. В съвременната медицинска практика още не е постигнат окончателен консенсус относно най-добрия вариант за лечение на уретеро-илиачните фистули.

**Клиничен случай**

Представеният клиничен случай илюстрира трудностите в диагностицирането и тежките предизвикателства на тази патология. Той показва няколкократно оперативни интервенции в условията на животозастрашаващо кървене и липса на конкретика от страна на спешно проведената образна диагностика и извършените инструментални методи на изследване. В същия момент разкрива ефикасността и безопасността на ендоваскуларното лечение при доказана диагноза.

**РОЛЯТА НА ТУМОРНИЯ БОРД ПРИ ОПРЕДЕЛЯНЕТО НА ИНДИКАЦИИТЕ И ПРОВЕЖДАНЕТО  
НА ОНКОЛОГИЧНИ ОПЕРАЦИИ**

*О. Савов<sup>1</sup>, К. Хермансдърфер<sup>2</sup>, Р. Хермансдърфер<sup>2</sup>, В. Младенов<sup>3</sup>*

1 Клиника по урология, Болница Св. Тереза, Университет Ерланген, Нюрнберг, Германия

2 Университет САНА РегиоМед, Университет Сплит, Хърватия, УМБАЛ Кобург Германия

3 Клиника по урология, УМБАЛ „Александровска“, София, България

Днес ролята на туморния консилиум при вземането на решения за операция е изключително важна и се счита за централен елемент от съвременното онкологично лечение.

Туморният борд представлява интердисциплинарно обсъждане по конкретен случай, на което специалисти от различни дисциплини (обикновено хирургия, онкология, радиология, патология и лъчелечение) съвместно определят оптималното лечение за всеки отделен пациент. Това сътрудничество играе основна роля при вземането на решение, дали и как да се оперира.

Същественото предимство на този клиничен съвет е, че се обединява и коментира комплексна информация за пациента. Обсъждат се образни изследвания, хистологични находки, молекулярни маркери и клиничното състояние на болния. По този начин се създава по-сOLIDна основа за вземане на решения относно лечебно-диагностичния процес на пациента, отколкото това би могъл да направи един лекуващ лекар сам. Този процес има огромно значение при тумори, чиято операбилност е гранична-куративна или палиативна, или в ситуации, в които съществуват няколко терапевтични опции.

Интердисциплинарното обсъждане допринася за вземането на решения в съответствие с валидните препоръки за лечение. Актуалните научни познания и терапевтичните насоки се включват систематично, което подобрява качеството и стандартизацията на лечебния процес. Същевременно това позволява индивидуалното планиране на терапията, тъй като се вземат предвид специфични за пациента фактори като възраст, придружаващи заболявания или различни лични предпочитания.

Ролята на туморния борд относно вземането на решение за оперативно лечение са свързани със следните цели и задачи:

- Уточняване на целесъобразността на оперативната интервенция (например, лечебна срещу палиативна)
- Определяне на оптималният момент на провеждане (първична операция след неоадювантна терапия)
- Планиране на обема на операцията
- Обсъждане на евентуални алтернативни или допълнителни терапии
- Туморният съвет има както правно, така и организационно значение

Съвместно взетото решение повишава «прозрачността» и проследимостта на планираното лечение. В случай на съмнение относно правилното провеждане на лечебно-диагностичния процес то може да има и юридическа стойност относно поетата отговорност.

Не на последно място, интердисциплинарното обсъждане и съгласуване доказано подобрява както качеството на лечение на пациентите, така и тяхната прогноза.

Обобщение: Туморният борд е незаменим инструмент за осигуряване на доказателствено обоснована, интердисциплинарно съгласувана и ориентирана към пациента терапия при вземането на решения за операции или адекватни лечения в онкологията.

Ще бъде представен и показателен пример за интердисциплинарно взето решение за план на лечение, довело както до излекуване, така и до много добро качество на живот на пациент с тежък онкологичен казус.

**ОПРАВДАНА ЛИ Е РУТИННАТА РАЗШИРЕНА ТАЗОВА ЛИМФНА ДИСЕКЦИЯ  
ПРИ ВСИЧКИ ПАЦИЕНТИ С ВИСОКОРИСКОВ КАРЦИНОМ НА ПРОСТАТАТА?  
ПРЕОТКРИВА ЛИ СЕ РОЛЯТА НА СЪВРЕМЕННАТА СЕНТИНЕЛНА БИОПСИЯ  
В ЕРАТА НА РОБОТ-АСИСТИРАНАТА ХИРУРГИЯ?***В. Хагжийска*Клиника по нуклеарна медицина, УМБАЛ „Александровска“  
Медицински университет - София

Разширената тазова лимфна дисекция (ePLND) остава настоящият златен стандарт за стадиране на лимфните възли при високорисков рак на простатата, както се препоръчва от водещите насоки, поради по-високата ѝ диагностична точност при откриване на метастази в лимфните възли. Въпреки това, нейният терапевтичен ефект остава спорен, като все повече доказателства сочат, че няма полза по отношение на преживяемостта без биохимичен рецидив или общата преживяемост, докато същата води до по-дълго оперативно време, повече постоперативни усложнения и по-голямо натоварване върху здравната система. Скорошният напредък в образната диагностика и техниките за хирургично картографиране и биопсия на сентинелни лимфни възли (SLNB) поставят под въпрос рутинното приложение на ePLND. SLNB предлага таргетиран и по-малко инвазивен подход с обещаваща диагностична ефективност и потенциал за по-прецизно стадиране на лимфните възли, като същевременно намалява хирургичната заболяемост. Въпреки окуражаващите първоначални резултати, SLNB все още се счита за изследователски метод поради липсата на стандартизирани протоколи и убедителни проспективни доказателства, потвърждаващи онкологичната ѝ еквивалентност спрямо ePLND.

Новите данни, включително интеграция с PSMA-PET образна диагностика и интраоперативно картографиране на сентинелни лимфни възли показват, че може да бъде възможен по-индивидуализиран, съобразен с риска подход, което потенциално би ограничило нуждата от системна ePLND при избрани високорискови пациенти. Въпреки това, докато не се появят висококачествени рандомизирани данни, потвърждаващи безопасността и ефективността ѝ, ePLND продължава да бъде референтният стандарт. В тази развиваща се област SLNB представлява обещаваща стратегия за усъвършенстване на стадирането, минимизирайки свръхлечението и поставяйки ключовия въпрос, дали разширената лимфна дисекция ще остане необходима в ерата на прецизна образна диагностика и индивидуализираните хирургични подходи.

**ТРАНСПЕРИНЕАЛНА СПРЯМО ТРАНСРЕКТАЛНА ПРОСТАТНА БИОПСИЯ:  
СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ДЕТЕКЦИЯ НА ПРОСТАТЕН КАРЦИНОМ И УСЛОЖНЕНИЯ**

*А. Божков, Й. Дочев, В. Величков, Е. Попов*

Клиника по урология и андрология „Царица Йоанна” - ИСУЛ, София  
Медицински университет - София

Ракът на простатата е вторият най-често диагностициран рак при мъжете, а системната биопсия под ултразвуков контрол остава стандартният метод за поставяне на диагнозата. Въпреки че трансректалният (ТР) подход се използва по-често, той е свързан с по-висок риск от инфекциозни и хеморагични усложнения. Трансперинеалната (ТП) техника на простатна биопсия беше въведена с цел намаляване на тези рискове, като същевременно се запази сходна диагностична точност.

Целта на това проучване е да се оценят и сравнят честотата на откриване на рак, хистопатологичните находки и честотата на усложненията между трансперинеалния (ТП) и трансректалния (ТР) метод за простатна биопсия.

В проучването са включени 416 мъже, насочени за простатна биопсия в Университетската многопрофилна болница за активно лечение „Царица Йоанна – ИСУЛ“ в периода 01/2022 г. – 12/2025 г. Възрастта на пациентите варира от 49 до 95 години (средна възраст 69.39 години; стандартно отклонение – 8.365).

Резултатите показват, че общата честота на откриване на рак е относително сходна – в ТР групата (76.8%) спрямо ТП групата (67.53%). Наблюдават се обаче съществени разлики в ISUP степента. GG 1 се установява при 57% от пациентите в ТП групата, докато в ТР групата процентът е значително по-нисък – 34%. Слабо диференциран рак на простатата (ISUP  $\geq 4$ ) се наблюдава при 32% от пациентите, подложени на ТР биопсия, в сравнение с 12% в ТП групата.

**ОПТИМИЗИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНИЯ ПРОЦЕС ПРИ РАК НА ПРОСТАТАТА ЧРЕЗ ИЗКУСТВЕН  
ИНТЕЛЕКТ: АНАЛИЗ НА КЛИНИЧНАТА ПОЛЗА ПРИ БЪЛГАРСКА КОХОРТА**

*К. Драгинов<sup>1</sup>, Г. Деримачковски<sup>1</sup>, Г. Георгиев<sup>2</sup>, Б. Петков<sup>1</sup>, В. Руменов<sup>1</sup>, Д. Стоилов<sup>1</sup>,  
И. Томов<sup>1</sup>, В. Василев<sup>1</sup>, К. Янев<sup>3</sup>*

1 Клиника по урология, МБАЛ "Света София", София

2 Диагностично-консултативен антипиеджинг и регжувенеиълн център "Хил Клиник", София

3 Клиника по урология, УМБАЛ „Александаровска“, София

**Въведение**

Въпреки навлизането на мултипараметричния ядрено-магнитен резонанс и PI-RADS системата, субективността при интерпретацията и ненужните биопсии остават предизвикателство в урологичната практика.

**Цел и задачи**

Целта на това проучване е да оцени ефективността на алгоритми за машинно обучение, интегриращи стандартни клинични данни, за прецизно предсказване на клинично значим рак на простатата.

**Материал и методи**

Ретроспективно са анализирани данни от 709 пациенти от два центъра в България. Разработени и сравнени са 8 модела за прогнозиране (Logistic regression, Ridge regression, LASSO и Elastic net, Classification tree, Random forest, Extreme gradient boosting, Neural networks). Променливите включват: Възраст, t-PSA, обем на простатата, PI-RADS скор и обем на лезията. Моделите са валидирани чрез независима кохорта (30% от данните), като са оценени тяхната дискриминативна способност (ROC curve), статистическа значимост (DeLong test) и клинична полза чрез криви на клиничната ефективност.

**Резултати**

Всички алгоритми демонстрираха отлична прогностична способност ( $AUC > 0.82$ ). Най-висока точност постигна моделът Random forest ( $AUC 0.854$ ), следван от Extreme gradient boosting ( $0.844$ ) и Logistic regression ( $0.826$ ). При праг на безопасност от 10% допуснати пропуснати случаи на клинично значим рак на простатата, моделите позволяват избягването на 30.99% от ненужните биопсии. При по-строг критерий (5% пропуснати случаи), Random forest успешно спестява 23% от инвазивните процедури. Въвеждането на производния параметър t-PSA плътност спрямо обема на лезията се утвърди като ключов фактор за обективизиране на риска, особено при междинна PI-RADS категория.

**Заклучение**

Интегрирането на машинно обучение в клиничната практика значително подобрява стратификацията на риска и намалява броя на излишните биопсии, без да компрометира откриването на значим карцином.

**МОРФОЛОГИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА АДИПОЗНАТА ТЪКАН КАТО ДИАГНОСТИЧЕН,  
ПРОГНОСТИЧЕН И ТЕРАПЕВТИЧЕН ФАКТОР ПРИ ПРОСТАТЕН КАРЦИНОМ**

*С. Маринов, А. Евтимова, Н. Евтимов, П. Генеv, Хр. Попов*

Катедра по обща и клинична патология, Медицински университет, Варна  
Клиника по урология, Университетска болница „Света Анна“, Варна

**Въведение**

Добре установен факт е, че мастната тъкан е ендо- и паракринен орган в човешкия организъм – следователно, тя може да повлияе на функциите на различни клетъчни популации.

**Материал и методи**

В опит да оценим взаимодействието между злокачествения тумор и околната мастна тъкан, ние изследвахме хистологични проби от пациенти с простатен карцином.

**Резултати**

Специално внимание беше обърнато на контактната зона на рака с адипоцитите, тъй като в тази граница се формират уникални условия, между цитокините, произведени от мастната тъкан и простатните клетки. Тази зона обозначихме с терминът „тумор-асоцирана мастна микросреда“. Границата вероятно подпомага растежа на простатните клетки и тя може да бъде определена, като експанзивен ръб или инвазивна фронтална линия. Клетъчните промени на адипоцитите, свързани с рака, включват вълнообразни очертания на клетъчната мембрана, съответстващи на намален обем, по-малки липидни капчици и по-обилна цитоплазма.

**Заклучение**

Нашите проучвания показват, че чрез процес на клетъчно ремоделиране свързаните с рака адипоцити влияят на биологичното поведение на злокачествените тумори, като ускоряват растежа и прогресията на простатния карцином. Тези проучвания могат да допринесат за по-добро стадиране на пациентите след биопсичните проби, а също биха били прогностични по отношение на динамиката на болестта, както и да подпомогнат терапевтичната стратегия при лечение на заболяването.

**ИНВЕРТЕН УРОТЕЛЕН ПАПИЛОМ – РЯДЪК КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ**

*Е. Димитров, Г. Методиева, В. Иванов, И. Пенков, В. Младенов, К. Янев, М. Георгиев*

Клиника по урология, УМБАЛ „Александровска“, София  
Катедра по урология, Медицински Университет, София

**Въведение**

Инвертният уротелен папилом е рядка доброкачествена неоплазия с характерен ендофитен растеж, която обикновено се диагностицира при пациенти в средна и по-напреднала възраст. Въпреки доброкачествения си характер, лезията може да бъде клинично и радиологично неразличима от уротелен карцином, което налага задължително хистопатологично потвърждение.

**Диагностика**

Съвременният диагностичен подход включва комбинирано използване на образни методи, ендоскопска оценка и морфологично изследване, като окончателната диагноза се базира на хистология. Имунохистохимичните и молекулярни изследвания допълнително подпомагат диференциалната диагноза в трудни случаи.

**Лечение**

Лечението на тези лезии се осъществява основно чрез трансуретрална резекция, която има както диагностична, така и терапевтична стойност. Въпреки ниския риск от рецидив, в литературата са описани редки случаи на асоциация с уротелен карцином, поради което се препоръчва последващо ендоскопско проследяване.

**Клиничен случай**

Настоящият клиничен случай илюстрира диагностичните предизвикателства при доброкачествени тумори на пикочния мехур, които могат да имитират уротелен карцином. Той акцентира върху значението на хистопатологичната верификация за окончателната диагноза и правилното терапевтично поведение.

**СВЪРЗАН С НАЧИНА НА ЖИВОТ СИНДРОМ НА ЧАСТИЧНА ТЕСТОСТЕРОНОВА  
НЕДОСТАТЪЧНОСТ У МЛАДИ МЪЖЕ***Г. Лазаров*ПСАГБАЛ "Света София"  
БАН ИБИРО "Академик Кирил Братанов"

В този обзор са представени доказателства за съществуването на свързан с начина на живот синдром на частична тестостеронова недостатъчност у млади мъже.

След задълбочен анализ на получените от нас резултати, установихме ниво на тестостерон от 8,60 - 14,28 пмо/л за продължителен период от време при група български мъже на възраст от 37 до 45 години с комбинация от симптоми, произхождащи от пикочо-половата система, съмнителни за андрогенен дефицит (инфертилитет, микционни нарушения и еректилна дисфункция).

Промените, които идентифицирахме в мъжката репродуктивна система, в повечето случаи са дискретни. С изключение на обема на простатната жлеза вероятно те са обратими, но ако бъдат игнорирани, това състояние може да доведе в по-напреднала възраст до изразени климактерични симптоми и хипогонадизъм, доброкачествена простатна хиперплазия със симптоми от страна на долните пикочни пътища, олигозооспермия или азооспермия и еректилна дисфункция.

Диагностицирането на такива пациенти е важно за клиничната практика, защото ще им позволи да определят подходящ хигиенно-диетичен режим и правилна стратегия за лечение в бъдеще.

**ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ЗАКРИТИ ТРАВМАТИЧНИ РУПТУРИ НА БЪБРЕКА**

*Б. Младенов<sup>1</sup>, Е. Доросиев<sup>1</sup>, И. Мартинов<sup>2</sup>, Н. Станков<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Клиника по урология, УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“, София

<sup>2</sup> Отделение по инвазивна кардиология, УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“, София

**Въведение**

Честотата на бъбречната травма е приблизително 3% от травмите на тялото. По това дали има нараняване на повърхността на тялото, комуникиращо с бъбрека, травмата се дели на закрита (тъпа) и откритата (проникваща). Диагностиката включва анамнеза, статус, ехография, КТ или венозна урография (ВУГ), а лечението в последните години все по-често е изчаквателно и неоперативно.

**Цел и задачи**

Да се проучат пациентите със закрити травматични руптури на бъбрек, преминали през УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“, етиологията, лечението и неговите резултати.

**Материали и методи**

Анализирахме 31 пациента над 18 години със закрити травматични руптури на бъбрека, преминали през клиниката за период от 18 месеца (2024 - 2025 г.). На всички пациенти са изследвани кръвни показатели при приема и в динамика, проведена е абдоминална ехография, а при 29 от тях и КТ с/без урографска фаза, при 2 в рамките на спешна експлорация не е провеждана КТ. Стратифицирахме се по тежест според критериите на Американската Асоциация за Хирургия на Травмата (AAST). Проучи се етиологията, диагностиката и лечебния подход.

**Резултати**

Регистрирахме 22 мъже и 9 жени. Средната възраст бе 47 г. за мъжете и 52 г. за жените. Етиологията бе както следва – 23 пациента (74%) вследствие на ПТП, вкл. пешеходци; 4 пациента (13%) по време на спорт; по 2 пациента (6,5%) съответно поради побой или падане от високо. Според класификацията на AAST се разделиха на: Grade I – 10; Grade II – 7; Grade III – 7; Grade IV – 4; Grade V – 3. Лезия на пиело-каликсна система имаше в 8 случая (26%). С ехография се регистрираха 93% от руптурите като цяло и 100% от тези над Grade 2. Ехографският метод не даде точно съпадение в стратифицирането по AAST, определено чрез КТ, в 39%. Всички травми Grade I се овладяха консервативно с наблюдение, антибиотици и постелен режим за 10 до 16 дни. От тези Grade II и III, общо 14, ретроперитонеумът бе оперативно незабавно ревизиран при 4, като основната причина бе ревизия на абдомена поради съчетани травми на коремни органи. От тях при 3-ма се извърши сутура на бъбрека и колекторна система, при 1 – нефректомия. При двамата пациента с Grade II, определена чрез КТ, поради ревизия на корема се огледа задният перитонеален лист, като се установи липса на нарастващ хематом и ретроперитонеумът не се отвори – в двата случая консервативното лечение на бъбречната руптура бе възможно. При 4 пациента поради лезия на колекторната система, респективно уриноом, се постави DJ стент или перкутанен дренаж. При 4 пациента се извърши ангиография на бъбречната артерия със селективна емболизация и успешно лечение. При травмите степен IV, двамата от пациентите бяха с изолирани бъбречни травми и хемодинамично стабилни, ето защо се пристъпи към селективна емболизация след ангиография. След продължителен постелен режим и антибиотично лечение, бяха успешно изписани със запазване на бъбрека. При другия пациент и при всички степен V, се извърши нефректомия. Смъртността при всички пациенти бе 6% - един пациент почина в следоперативния период от БТЕ, друг от тежък сепсис (и двамата със съчетани травми).

**Обсъждане**

Според нашите резултати травматичните руптури на бъбрека засягат по-често мъже в сравнително млада възраст и се дължат най-често на ПТП и спортни травми. Консервативно лечение или селективна емболизация бяха успешни при 90% от случаите до Grade III. В случаите на стабилен хематом и неревизиране на ретроперитонеалното пространство, въпреки ревизията на корема, нямаше случаи с

неблагоприятен изход. При всички пациенти с лезия на пиело-каликсна система наложихме дренаж, при един пациент с неразпозната такава, ПНС се наложи на 12-ти ден поради развитие на инфектиран уринном. При пациентите с Grade V по литературни данни може да се опита емболизация, но в нашата серия всички бяха нефректомирани по витални индикации.

#### **Заклучение**

Травмите на бъбрека често са съчетани с други такива и цялостното лечение на пациента се ръководи от мултидисциплинарен екип. При липса на директни витални индикации и при добра селекция на пациентите, е възможен консервативен подход в лечението със запзване на бъбрека при ренални руптури до Grade IV.

31

**УРАХУСЕН КАРЦИНОМ ПРИ МЛАДА ЖЕНА: ДИАГНОСТИЧЕН ПОДХОД  
И ХИРУРГИЧНО ПОВЕДЕНИЕ – ПРЕДСТАВЯНЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ**

*Н. Халачев<sup>1</sup>, Д. Заргани<sup>1</sup>, В. Хаджийска<sup>2</sup>, Я. Граматиков<sup>1</sup>, Г. Гайдаров<sup>1</sup>, Н. Смилов<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Клиника по урология, МИ-МВР – София

<sup>2</sup> Катедра по нуклеарна медицина, УМБАЛ „Александровска“ – София

**Въведение**

Карциномът, изхождащ от урахусния остатък е рядко онкологично заболяване, което обикновено се представя в напреднал стадий и поставя значителни диагностични и терапевтични предизвикателства.

**Цел и задачи**

Да се представи диагностичният процес и хирургичното поведение при млада пациентка с локално авансиран урахусен карцином, както и да се оценят постоперативните резултати.

**Методи**

Представен е клиничен случай на 35 годишна жена с рецидивиращ цистит, хематурия и персистираща бактериурия. Проведени са ехография, ЯМР и PET/CT, които показват туморна формация в купола на пикочния мехур със съмнително ангажиране на тънкочревна бримка и патологично увеличени лимфи възли. Хистологично е доказан плоскоклетъчен карцином. Извършена е парциална цистектомия с ексцизия на урахуса и пъпа, двустранна разширена лимфна дисекция.

**Резултати**

Хистологичното изследване показва плоскоклетъчен урахусен карцином с инфилтрация в стената на пикочния мехур и периахусната тъкан, чисти резекционни линии и липса на метастази в отстранените лимфни възли. Пациентката е реферирана към Клиника по медицинска онкология за адювантна химиотерапия поради данните за локално авансиране на заболяването. Контролните изследвания на третия месец постоперативно (цистоскопия, ЯМР и PET/CT) показват липса на локален рецидив, липса на предоперативно откритите лимфни възли или данни за дисеминация.

**Заклучение**

Представеният клиничен случай демонстрира сложността на поведението при урахусния карцином и подчертава значението на правилната и критична интерпретация на образните изследвания при вземането на терапевтични решения. Получените резултати подчертават значението на хирургичното лечение и потенциала за благоприятен изход дори при наличието на начални данни за авансирал онкологичен процес. Липсата на реален метастатичен субстрат при позитивни данни от образните изследвания подсъказва нуждата от допълнителни разработки по отношение на прогностичното значение на образните находки при урахусните тумори.

**СЪДОВИ УСЛОЖНЕНИЯ ПРИ УРОЛОГИЧНИТЕ ОПЕРАЦИИ – ЛИЧЕН ОПИТ**

*Д. Велев, А. Али, А. Танев, Д. Шутева, С. Тарев*

УМБАЛ „Пълмед“, МЦ „Здраве“ – Пазарджик

Представен е личен опит със съдови усложнения при урологични операции, илюстриран чрез два клинични случая с интраоперативни лезии на а. iliaca externa и v. cava inferior.

Макар кръвенето да е очаквано при големи урологични операции, уврежданията на магистрални съдове представляват рядко (0.5–3%), но изключително животозастрашаващо усложнение.

В първия случай, при пациент с напреднал карцином на пикочния мехур и тежки адхезии, се стига до почти пълна лезия на а. iliaca externa, успешно овладяна чрез клампиране и съдов шев без последици.

Във втория случай, при септичен пациент с обструктивен пиелонефрит, по време на нефректомия се установява значима резекция на v. cava inferior. Поради невъзможност за първичен шев е извършен временен байпас, последван от протезиране и реимплантация на лява ренална вена.

Подчертава се значението на познаването на колатералното кръвообращение, възможностите за съдово жертване и времето за безопасно клампиране.

Основният извод е, че успехът при такива ситуации зависи не толкова от самото усложнение, а от предварителната подготовка – психическа, тактическа и материална. Наличието на план за действие, съдов инструментариум и опитен екип е критично.

Усложненията са неизбежни, но катастрофите могат да бъдат предотвратени чрез добра подготовка.

**ДИАГНОСТИЧЕН АЛГОРИТЪМ ПРИ ЛАТЕРАЛИЗИРАЩА ХЕМАТУРИЯ**

*В. Величков, Й. Дочев, А. Божков, Е. Попов*

Клиника по урология с извършване на специфична дейност по андрология  
УМБАЛ „Царица-Йоанна“ – ИСУЛ

**Въведение**

Макроскопската хематурия е клинично значим симптом, изискващ заغبлбочен и систематизиран диагностичен подход. Установяването на латерализираща хематурия по време на цистоскопия, представляваща първа в ефлуks от единия от уретералните остии, насочва към източник на кървене в горните отдели на уринарния тракт и поставя необходимост от бърза и прецизна диагностична стратегия.

**Цел**

Да се представи структуриран диагностичен алгоритъм при пациенти с латерализираща хематурия с акцент върху интраоперативното поведение и последващите диагностични стъпки.

**Материал и методи**

Представя се алгоритъм, базиран на утвърдените урологични практики в Клиника по урология на УМБАЛ „Царица-Йоанна“ - ИСУЛ, в съответствие със съвременните клинични препоръки на Европейската асоциация по урология (EAU). Подходът включва първоначална клинична оценка, лабораторни изследвания, образна диагностика и разширен интраоперативен диагностичен протокол при установена латерализираща хематурия с акцент върху „no touch“ техниката при провеждане на уретероскопия при нестентиран уретер. При цистоскопско установяване на латерализираща хематурия се препоръчва пристъпване към флексибилна уретероскопия посредством провеждането на т.нар. „no touch“ техника – без предварителното въвеждане на водачи, уретерални катетри и контрастна материя. За целта на техниката използваме флексибилен уретероскоп с максимален диаметър 7.5 Fr, което дава възможност за нетравматично ендоскопско изследване на горните отдели на уринарния тракт. В диагностичния алгоритъм се включват още селективна катетеризация на уретера с добиване на урина за цитологично (барботажна цитология) и микробиологично изследване, последвана от ретроградна уретеропиелография. При наличие на суспектни находки или висока клинична вероятност за неоплазия на горните пикочни пътища, се пристъпва към извършване на таргетна биопсия от суспектни зони.

**Заклучение**

Латерализиращата хематурия представлява важен диагностичен белег за патология на горните пикочни пътища. Прилагането на систематичен алгоритъм, включващ интраоперативни и последващи диагностични стъпки, е от съществено значение за навременна и точна диагноза и оптимално терапевтично поведение. Комбинираният подход повишава диагностичната чувствителност и позволява ранно откриване на значими заболявания, включително тумори на горните пикочни пътища.

**ЛАПАРОСКОПСКО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВРОДЕНА ХИДРОНЕФРОЗА,  
ПЪРВИЧЕН МЕГАУРЕТЕР И ВУР**

*Е. Атанасов, С. Андреев, И.А. Георгиев, М. Цанев*

Отделение по детска урология, МБАЛ „ВИТА“, София

**Въведение**

Вродената хидронефроза, първичен мегауретер - рефлуксни и обструктивни, както и везикоуретероренален рефлукс (ВУР) се установяват обикновено още пренатално или рано постнатално. Вродената хидронефроза е с честота 1:1,500 новородени, като съотношението между момчета и момичета е 2:1. Обструкцията на пиело-уретералният сегмент е най-честата причина, но може да се дължи и на външни фактори. Първичният мегауретер е вродено състояние, при което се наблюдава екстремна дилатация на уретера и ПКС на бъбреците. Съотношението между момичета и момчета е 4:1, като в 25% са двустранни. Те могат да са първични: рефлуксни и нерефлуксни, съответно обструктивни и необструктивни, и вторични. Везикоуретерореналният рефлукс (ВУР) е една от най-честите вродени урологични аномалии с честота около 1% и представлява ретроградно проникване на урина от пикочния мехур към ГУТ. Честотата при деца, които нямат клинична изява е между 0,4%-1,8%. Бива първичен и вторичен.

**Цел и задачи**

Целта е да представим нашия опит в хирургичното лапароскопско лечение при деца с вродена хидронефроза, първичен мегауретер и ВУР, критериите за консервативно и хирургично лечение, както и нашите резултати.

**Материали и методи**

За периода от месец юли 2021 г. до месец януари 2026 г. в Отделението по детска урология бяха оперирани лапароскопски 216 деца, с вродена хидронефроза, като 146 са момчета, а 70 момичета. Средната възраст на оперираните деца е 2 години и 8 месеца, като най-малкия пациент бе на 5 месеца, а най-големият на 16 години.

За същият период, оперираните деца с първичен мегауретер лапароскопски са 37. При осем се извърши едностранна уретерна антирефлуксна реимплантация с моделаж по Хендрен, а при останалите класическа уретерна реимплантация по антирефлуксна методика. При едно дете реимплантацията беше двустранна. За същият период, лапароскопски оперираните деца с ВУР по Леш-Грегояр са 15. При десет деца – едностранно, като първи избор на лечение, при 5 от тях – след неуспешно ендоскопско лечение. При едно дете се извърши двустранна пластика.

**Резултати**

Проследяването на резултатите от хирургичното лечение се извършва посредством УЗД на 1, 3, 6 и 12 месец. При децата, оперирани по повод на вродена хидронефроза и първичен мегауретер, ако уринната задръжка персистира след деветия месец се извършва ДТРА. За контрол на успешното лечение при ВУР се използва МЦГ, само при клинични изяви, без това да е рутинно изследване. При едно дете, 18 месеца след пиелопластика се наложи да се извърши лапароскопски ре-анастомоза и резекция на пиелон. Неуспех при реимплантация по повод на първичен мегауретер и ВУР не е наблюдаван.

**Обсъждане**

При показания за хирургично лечение, по повод на вродена хидронефроза, първичен мегауретер и високостепенен ВУР, лапароскопското лечение е първи метод на избор. Поради по-малката хирургична травма, по-късият болничен престой и ниската честота на следоперативни усложнения, напълно измества отворените хирургични техники.

**ЕСТЕТИЧЕН (АЛТЕРНАТИВЕН НА ИНГВИНАЛНИЯ)  
ДОСТЪП ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА НЕДЕСЦЕНДИРАЛ ТЕСТИС И ХИДРОЦЕЛЕ**

*Е. Атанасов, С. Андреев, И. А. Георгиев, М. Цанев*

Отделение по детска урология, МБАЛ „ВИТА“, София

**Цел и задачи**

Целта на това проучване е да представи един естетичен достъп за лечение на недесцендирал тестис и хидроцеле, използващ разрез в областта на ингвино-скроталната гънка вместо скротален или ингвинален такъв.

**Материали и методи**

За период от 18 месеца (ноември 2020 г. до май 2022 г.) бяха оперирани 390 пациенти, разделени в две групи. Първата се състои от 138 деца със средна възраст 2,17 години, диагностицирани с хидроцеле – 108 случая на комунициращо и 30 на некомунициращо, 13 двустранни случая. Втората група се състои от 252 деца със средна възраст 2,44 години, диагностицирани с недесцендирал тестис, 109 двустранно. Процесус вагиналис перитонеи бе отпрепариран и лигиран на ниво външен отвор на ингвиналния канал. Хирургичният достъп до ретро ингвиналис във всички изброени случаи бе осигурен чрез разрез в областта на ингвино-скроталната гънка с дължина приблизително 1 см.

**Резултати**

Не се наблюдава рецидив на ингвинална херния, следоперативно кървене, атрофия на тестиса или супурация. В рамките на 6-месечно проследяване в 1 от случаите се установи ретрактирал тестис, което наложи нова оперативна намеса с успех. В 10 от случаите сигнификантен следоперативен оток се овладя консервативно.

**Дискусия**

Този алтернативен ингвино-скротален достъп за лечение на хидроцеле и недесцендирал тестис на ниво външен отвор на ингвиналния канал има съпоставими резултати и следоперативни усложнения с класическия ингвинален достъп според нашата статистика. Предимствата включват по-добър козметичен резултат без видими белези, по-малко болки в следоперативния период и по-нисък процент на усложнения при деца с наднормено тегло.

**УРОГЕНИТАЛНА ТУБЕРКУЛОЗА – МНОЖЕСТВЕНИ РЕКОНСТРУКТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ –  
КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ**

*Й. Дочев, Е. Попов, Д. Димитренко, А. Божков, Ч. Славов*

УМБАЛ „Царица Йоанна“ – ИСУЛ, ОМН БАН

**Въведение**

Урогениталната туберкулоза е заболяване на младия индивид, като близо половината от случаите са при пациенти на възраст между 20 и 40 години. Около половината от случаите на туберкулоза в света се наблюдават в Китай, Индия и Индонезия. Заболяването е по-често срещано при мъжете. Туберкулозните микобактерии могат да инфектират един или повече от органите на урогениталния тракт и да причинят хронично грануломатозно възпаление. Патогенът се разпространява по хематогенен път от белите дробове, като най-често първо се засяга бъбрекът или простатата, от където инфекцията се разпространява по десцендентен или асцендентен път. Урогениталната туберкулоза е третата най-честа форма на екстрапулмонална туберкулоза след туберкулозата, засягаща лимфните възли и туберкулозните плеврални излизви.

**Цел и задачи**

Показваме случай от клиничната ни практика на пациент с туморна формация, представляваща аденокарцином от интестинален тип, след аугментационна цистопластика по повод микроцистис поради туберкулоза на отделителната система.

**Методи и материали**

В представянето на клиничния случай са описани множеството реконструктивни оперативни процедури (аугментационна цистопластика, дорзална аугментационна уретропластика със свободно ламбо от букална лигавица), приложени върху отделителната система на пациента, чието извършване се налага с цел коригиране на пораженията, нанесени от урогениталната туберкулоза.

**Заклучение**

Представеният клиничен случай е от особен интерес за широката урологична общност поради това, че описва протичането на урогениталната туберкулоза от хистологичното доказване на грануломите и причинителя, през разнообразието от реконструктивните интервенции за справяне с усложненията от заболяването, до късните очаквани усложнения, свързани с реконструктивните интервенции. Пациентът бива проследен за период от над 20 години.

Сангански, юни 2026 г.

**ИНФОРМАЦИЯ ЗА ЛЕКТОРИТЕ**

Презентациите могат да бъдат под формата на устно съобщение или видео.

- Презентацията трябва да съдържа заглавие, автори, болница (клиника, отделение) и да бъде структурирана в следните части:
  - (1.) Цел на изследването,
  - (2.) Материал и методи,
  - (3.) Резултати,
  - (4.) Обсъждане
  - (5.) Изводи;
- Заглавието трябва да показва съдържанието на презентацията;
- Избягвайте използването на съкращения в заглавието;
- Моля да подчертаете името на автора, който прави презентацията;
- За думи, които са съкратени, използвайте пълното им наименование при първоначалната им употреба, последвано от стандартното съкращение в скоби;
- Презентацията трябва да бъде максимално ясна;
- При цитиране на лекарствени препарати трябва да се използват само техните генерични наименования;
- Продължителност на презентацията 7 - 10 минути (или 10 - 12 диaposитива).

Презентациите да бъдат представени и предадени в електронен вариант на отговорните технически лица в пленарната зала своевременно преди съответната сесия или в деня на регистрацията от 14.00 до 17.00 часа.

Организационният комитет не носи отговорност при използване на лична техника от лекторите и възникнал технически проблем със зареждането на файловете.

**Организационният комитет ще отличи най-добрата презентация по време на симпозиума, направена от млад уролог, с парична награда от 500 €.**

**Наградата е осигурена от Сдружение "Георги Раковски".**

Във фойето на хотела ще бъде организирана изложба на фармацевтични фирми и медицинска апаратура.

За участниците в симпозиума са осигурени места в денонощния открит и закрит охраняем паркинг.

Заверка на командировъчните ще се извършва в пресцентъра на симпозиума на 11-13.06.2026 г.

**Dr. Michael Straub M.D.**

\* 10.10.1968 in Lindenberg im Allgäu (Germany)

**Service Address**

Department of Urology  
TUM University Hospital Rechts der Isar  
Technical University Munich  
Ismaninger Straße 22, D- 81675 Munich (Germany)  
[michael.straub@tum.de](mailto:michael.straub@tum.de)  
[www.mriu.de](http://www.mriu.de)

**Professional Career**

1988 – 1995 Medical Studies at the University of Ulm (Germany)  
1996 Medical License issued by the Regierungspräsidium Stuttgart (Germany)  
2004 Medical Specialist in Urology, license issued by the Ärztekammer Baden-Württemberg  
1995 – 1997 Internship in the Department of Urology, University of Ulm (Germany)  
1997 – 1998 Residency in the Department of Urology, Military Hospital of Ulm (Germany)  
1998 – 2000 Residency in the Department of Surgery, General Hospital of Aalen (Germany)  
2000 – 2006 Residency in the Department of Urology, University of Ulm (Germany);  
since 2006 Senior Urologist and Specialist for Endourology  
Assistant Medical Director, Department of Urology, University Hospital Klinikum rechts der Isar, Technical University Munich (Germany)

**Current Position**

Managing Assistant Medical Director  
Head of Endourology Division and Stone Center

**Memberships**

since 2001 Arbeitskreis Harnsteine der DGU (German Urological Association)  
since 2004 Urolithiasis guideline panel of the DGU  
since 2006 Board member of Urological Research/Urolithiasis  
2009-2016 Urolithiasis guideline panel of the EAU  
2011-2019 Associate member EULIS  
2019-2024 EULIS Board member  
2025 ESEUT / EAU-Endourology Board member (Stones metabolic & intervention)

**Teaching and Research Experience**

2000 – 2005 Postdoc research on renal oxalate transport, Urolithiasis Lab of the Department of Urology, University of Ulm (Germany)  
since 2006 Lecturer at the Medical Faculty of the Technical University Munich  
since 2008 International invited surgeon for URS/RIRS, Mini-PNL, pediatric Endourology and HoLEP/ThuLEP  
since 2011 Organizer and trainer of URS, Mini-PNL and Prostate workshops at the MRI  
since 2015 Lecturer at the European School of Urology (ESU) in different courses

**Experience in Clinical Studies (GCP) since:**

08/2009 – 10/2010 PI of the PVP-Hypericin Phase IIa Study on PDD of superficial bladder cancer  
10/2011 – 07/2015 PI Germany of the PVP-Hypericin Phase IIb Study on PDD of superficial bladder cancer  
2021-2023 PI of the MediNiK-Study on stone fragment retrieval

**Consultancy:**

Consultant and trainer in different projects for Richard Wolf Endoscopes., Desitin, Purenum, Urotech, Farco and Coloplast-Porgès

БЕЛЕЖКИ

Blank lined area for notes, featuring horizontal dotted lines and a large, faint watermark of the number '31' in the center.

БЕЛЕЖКИ

Blank lined area for notes, featuring horizontal lines and a large, faint watermark of the number '31' in the center.

# TAMSOL®

0,4 mg tamsulosin

Да си върнем насладата



ГЕДЕОН РИХТЕР

За пълна информация: 1379 София, бул. "Акад. Иван Гешов" №2Е, Бизнес център "Сердика", тел.: 02/ 812 90 63;

Лекарствена безопасност и медицинска информация тел.: 02/ 812 90 77

КХП: 20060563/04.08.2020

KEDP/DADL65

# EAU27

AMSTERDAM  
The Netherlands  
19-22 March 2027

Cutting-edge Science at Europe's largest Urology Congress



[www.eau27.org](http://www.eau27.org)

**eau** European  
Association  
of Urology