

РЕЗЮМЕТА НА НАУЧНИТЕ ТРУДОВЕ НА Д-Р МИХАИЛ СТЕФАНОВ ТАБАКОВ ЗА УЧАСТИЕ В КОНКУРС ЗА ЗАЕМАНЕ НА АКАДЕМИЧНА ДЛЪЖНОСТ „ДОЦЕНТ“ ПО „ХИРУРГИЯ“

1. Di Saverio S, **Tabakov M**, Cirocchi R, Popivanov G, Mutafchiyski V. **Laparoscopic treatment of obstructive right colon cancer**. Ann Laparosc Endosc Surg 2018

Резюме

Въпреки бързото развитие на миниинвазивната хирургия по целия свят и придобиването на голям опит с лапароскопското лечение на колоректалния рак, все още липсват висококачествени проучвания върху прилаганетона методиката при обструктивен карцином на десния колон.

Abstract

Despite the rapid expansion of minimally invasive surgery worldwide and the growing experience in the laparoscopic management of colon cancer high-quality studies on obstructing right colon cancer (RCC) are still lacking.

2. Popivanov G, Bochev P, Hristoskova R, Mutafchiyski V, **Tabakov M**, Philipov A, Cirocchi R. **Synchronous papillary thyroid cancer and non-Hodgkin lymphoma: Case report**. Medicine (Baltimore). 2018 Feb;97(6):e9831. doi: 10.1097/MD.00000000000009831 **IF 2.028**

Резюме

Въведение: Диференцирания тиреоиден карцином е най-честото злокачествено заболяване на жлезите с вътрешна секреция, като в 7% от случаите се наблюдава синхронно протичаюо хематологично аболеяване.

Клиничен случай: Представяме случай на синхронни папиларен тиреоиден карцином и фоликуларен вариант на не-Ходжкинов лимфом. 48г. жена беше насочена към клиниката с диагноза „тиреоиден карцином“. Поради наличието на оплаквания, характерни за лимфопролиферативно заболяване, беше извършена компютъран томография, която, установи увеличени шийни, медисатинални, аксиларни и абдоминални лимфни възли. Беше извършена тотална тиреоидектомия с лимфна дисекция в централния компартимент.

Хистологичното изследване показва мултифокален папиларен тиреоиден карцином с метастази в съчетание с агресивен фоликуларен В-клетъчен не-ходжкинов лимфом в лимфните възли. Въпреки класическия подход за първоначално третиране на солидния тумор, се предприе първоначално химиотерпия за лимфома. Бяха приложени 8 цикъка СНОР и лечение с ^{129}mCi . Поради непълния отговор с добавиха 4 цикъла с Mabthera плюс Bendamustin. Последващото PET-CT показва пълна ремисия на лимфома и двустранно увеличени шийни лимфни възли, позитивни за йод на предходно I-SPECT-CT. Пациетката се реферира за радикална шийна лимфна дисекция.

Изводи: Синхронното наличие на диференциран тиреоиден карцином и неходжкинов лимфом е клинична рядкост. До този момент няма стандартизиран подход в теи случаи, поради липса на достатъчен опит. Ние предлагаме приоритетно лечение на

лимфома от мултидисциплинарен екип специалисти. Молекулярните механизми и връзки между двете заболявания са слабо проучени и изискват задълбочено проучване.

Abstract

Rationale: Differentiated thyroid cancer is the most common endocrine malignancy with concomitant hematological malignancy in 7%.

Patient concerns: We present a case of a synchronous papillary thyroid cancer and a follicular variant of non-Hodgkin lymphoma and discuss the possible diagnostic and treatment dilemmas.

Diagnosis: A 48-year-old female was referred to our hospital with diagnosis "thyroid cancer". Due to a history compatible of synchronous lymphoproliferative disease we performed a computed tomography, which revealed multiple enlarged lymph nodes in the neck, mediastinum, axilla and abdomen.

Interventions: A total thyroidectomy with dissection of the central compartment was performed. The microscopic examination of thyroid gland revealed multifocal papillary thyroid cancer and metastases from the same cancer plus aggressive follicular B-cell non-Hodgkin lymphoma in the lymph nodes. Despite the classic approach "solid cancer first", due to the advanced stage of lymphoma we first started the chemotherapy of NHL. She received 8 cycles of CHOP and I therapy with 129 mCi. Because of incomplete response 4 cycles Mabthera plus Bendamustin were added. The follow-up PET scan revealed complete remission of lymphoma and bilaterally enlarged single cervical lymph nodes, previously known to be iodine positive on I-SPECT/CT. She was scheduled for bilateral radical neck LND.

Outcomes: Complete remission of NHL and residual single metastatic cervical lymph nodes requiring bilateral radical neck LND.

Lessons: The synchronous DTC and NHL is rare. To date, there is no standardized approach due to lack of experience. We suggest lymphoma first approach with synchronized and tailored multidisciplinary efforts. The molecular mechanisms of this link are poorly understood and yet remain to be elucidated.

3. Popivanov G, Cirocchi R, Popov G, Stefanovski P, Andonova R, Kjossev K, Tonchev P, **Tabakov M, Penkov M, Ivanov P, Mutafchiyski V **An analysis of missed cases with surgical emergencies admitted in non-surgical departments. Case series and a review of the literature;** G Chir Jan-Feb 2020;41(1):66-72**

Резюме

Въведение: Забавянето на диагнозата в спешната хирургия е свързано със значително увеличаване на болестността и смъртността. Целта на настоящата работа е да анализира резултатите от лечението на болни със спешни хирургични заболявания, които по грешка са били приети в нехирургични отделения.

Методи: Извърши се независимо ретроспективно проучване в две болници. Първата група включва пациенти, обработвани в хирургичното отделение на клиниката по спешна медицина (2014-2018). Втората група пациенти са посетили Клиниката по спешна медицина (2018). Включени са само случаите със забавяне на окончателната диагноза и на оперативното лечение. Анализирани са процента забавени диагнози, времето помежду посотъпването в болница и операцията, интраоперативните диагнози, усложненията и смъртността.

Резултати: Първата група обхваща 30194 посещения на спешното звено с 15836 хоспитализации (52,4%). Двадесет (0,13%) са приети в клиниката по инфекциозни болести и в последствие са оперирани. Средното забавяне между постъпването в бооница и операцията е 3 дни (1-10дни). Смъртността в тази група е 10%. Във втората група, са пропущени общо 22760 посещения в спешното звено, от които 11562 човека са били освободени за домашно лечение. От освободените пациенти, 1,7% (n=192) са приети повторно в хирургично отделение 25 са претърпяли спешна операция (0,2%)

Заклучение: Пропуснатите спешни хирургични случаи, представляват само малка част от пациентите посетили спешното отделение. Причините за първоначално погрешно хоспитализиране според нашите данни са грешното интерпретиране на симптомите, непълния клиничен преглед и недостатъчно използване на диагностичните възможности на ехографията и компютърната томография. Внимателната клинична оценка, обективното използване на ултразвуковата диагностика и компютърната томография могат да намалят честотата на неправилните диагнози.

Abstract

Introduction: The delayed diagnosis in emergency surgery can be associated with significant morbidity and mortality and often lead to litigations. The aim of the present work is to analyse the outcome in cases with non-trauma surgical emergencies wrongly admitted in non-surgical departments.

Methods: A retrospective trial in two independent University hospitals was conducted. The first group encompassed the patients worked-up in the Surgical unit of Emergency department (2014-2018). The second one included all cases visited Emergency department (2018). Only cases with acute abdomen and delayed diagnosis and operation were included. The analysis included the proportion of the delayed diagnosis, time between admission and operation, intraoperative diagnosis, complications and mortality rate.

Results: In the first group there were 30 194 visits in the surgical unit with 15 836 hospitalizations (52.4%). Twenty patients of the last (0.13%) were admitted in the Clinic of Infectious disease and subsequently operated. The mean delay between hospitalization and operation was 3 days (1-10). Seventeen patients (85%) were operated with mortality of 10%. In the second group, there were a total of 22 760 visits with 11 562 discharged cases. Of the last, 1.7% (n=192) were re-admitted in a surgical ward, 25 of which underwent urgent surgery (0.2%).

Conclusions: The missed surgical cases represent only a small proportion of the patients in emergency department. The causes for wrong initial admissions in our series were misinterpretation of the symptoms, insufficient clinical examination and underuse of US and CT. The careful clinical assessment, point-of care US and CT may decrease the rate of the delayed diagnosis.

4. Mutafchiyski V, Popivanov G, **Tabakov M**, Vasilev V, Kjossev K, Cirocchi R, Philipov A, Vaseva V, Baitchev GT, Ribarov R, Konaktchieva MN. **Cystic echinococcosis of the breast – diagnostic dilemma or just a rare primary localization.** Folia Med (Plovdiv) 2020;62(1):23-30. doi: 10.3897/folmed.62.e47740.

Резюме

Въведение: Въпреки ,че черният дроб и белите дробове са най-често засегнати при кистозна ехинококоза, кистите могат да се развият във всяка висцера и тъкани. Гърдата е

рядка първична локализация с малко случаи, описани в литературата. Представяме преглед на състоянието и обсъждаме възможните възможности за разпространение, диагностика и лечение. Методи Извършено е търсене на литература в PUBMED с помощта на ключовите думи „хидатидна болест“, „кистична ехинококоза“ и „ехинококоза на гърдата“ без ограничение на времето. Включени са само проучвания, отчитащи кистичната ехинококоза на гърдата. Резултати. Общо са докладвани 121 случая с кистозна ехинококоза и 2 с алвеоларна ехинококоза. Общо 52 случая бяха включени в анализа. Средният размер на кистите беше 5,5 cm (1,7-12). Най-често срещаното клинично представяне е безболезнена бучка, представена от 4 месеца до 19 години преди окончателната диагноза. Повечето случаи имат изолирана CE на гърдата, в малко малцинство имаше синхронни локализации - бедрената, бедрото и белите дробове и предишната CE на черния дроб. Повечето са били активни CL и CE1-2 кисти (72%). Ултразвукът се използва диагностична модалност при 83%, последвана от мамография (35%). Фина аспирация на иглата е съобщена в 27 случая с положителна находка в 59%. Заключение. В случаите с кистозни лезии от ендемични региони предлагаме да се избягват всякакви диагностични инструменти, с изключение на мамография и / или САЩ. СТ и MRT са по-точни, но скъпи инструменти, без потенциал да се промени хирургическата тактика. За разлика от другите локализации на CE, широката ексцизия на кистите е най-добрият подход за диагностика и лечение

Abstract

Introduction: Although the liver and lung are the most frequently affected organs in cystic echinococcosis, the cysts may develop in any viscera and tissues. Breast is a rare primary localization with few cases described in the literature. We present an updated and systematic review and discuss the possible mechanisms of spreading, diagnostic and treatment options.

Materials and methods: We performed a literature search in PUBMED using the key words ‘hydatid disease’, ‘cystic echinococcosis’ and ‘breast echinococcosis’ without time limitation. Only studies reporting breast cystic echinococcosis were included.

Results: Overall, 121 cases with cystic echinococcosis and 2 with alveolar echinococcosis were reported. A total of 52 cases were included in the analysis. The mean size of cysts was 5.5 cm (range 1.7-12). The most common clinical presentation was painless lump presented from 4 months to 19 years before the final diagnosis. Most cases had isolated breast CE, few cases had synchronous localizations – femoral, thigh and lung, and previous liver CE. Most were active CL and CE1-2 cysts (72%). Ultrasound was used in 83%, followed by mammography (35%). Fine needle aspiration was reported in 27 cases with positive finding in 59%.

Conclusions: In cases with cystic breast lesions from endemic regions we recommend the US as a gold standard. CT and MRT are more accurate but expensive tools without the potential to change the surgical tactic. In contrast to the other localizations of CE, complete excision of the cysts is the best diagnostic and treatment approach.

5. Popivanov G, Mutafchiyski V, Cirocchi R, Chipeva S, Vasilev V, Kjoshev K, Tabakov M. Response to Dioscoridi et al. Colorectal Dis 2020;22(7):841-842. IF 2.997

Резюме

С интерес прочетохме коментара на Дискориди и кол. за нашата статия „Ендолюменна терапия с отрицателно налягане при инсуфициенция на колоректалните анастомози“. Бихме искали да поздравим авторите за тяхната отлична и иновативна работа,

която допринася съществено за по-доброто лечение на инсуфициенция на колоректалните анастомози. Успешното им третиране е от първостепенно значение за предотвратяване на развитието на хроничен пресакрален синус, който е много труден за лечение и е свързан с по-висок процент на постоянна стома (60%) и влошено качество на живот.

Съгласни сме с авторите, че морфологията на кухината е много важна за подобряване на успеха на терапията. Това се потвърждава и от неотдашните изследвания на Chung et al. посветени на анастомозните синуси, диагностицирани на 2-3 месеца след първичната операция чрез сигмоидоскопия и гастрографинова клизма. Авторите ги класифицират според размера на отвора (<10 mm или > 10 mm), дължината (<5 cm или > 5 cm) и формата (линейна, тръбна или вдлъбната). Всички случаи със своевременно възстановяване на илеостомата са имали къси синуси, докато дългият и линейният тип са претърпели отложено възстановяване на пасажа. Независимо от това, авторите подчертават, че „трябва да се поддържа отвор с подходящ размер, за да се осигури естествен дренаж и спонтанно излекуване на синуса. Във всички случаи със забавено затваряне на илеостомата, отворът се поддържаше чрез многократно дигитално дилатиране. Доколкото ни е известно, в острата фаза, Дискориди и съавт. са първите, които конкретно описват морфологията на абсцесната кухина и дрениращата фистула, като идентифицират три типа и препоръчват селектиран подход според вида на фистулата и отчитат процент на успех от приблизително 90%. Поддържането на дисталния отвор при фистули тип 2 е силно препоръчително, тъй като затварянето е свързано с висок риск от образуване на абсцеси, повторна хоспитализация и нова ендоскопска вакуумна терапия. От практическа гледна точка лечението на дълги и криви фистули (тип 3) е най-сложно и ние сме съгласни с техниката, предложена от авторите. Интересно би било обаче, ако успеят да отчетат степента на успех в тази подгрупа. Не на последно място, трябва да имаме предвид, че бързата диагноза и ранното лечение също допринасят значително за успеха на терапията. В тази светлина е препоръчителна и ранната ендоскопия за проверка на анастомозната цялост и откриване на клинично неизявена инсуфициенция, през първите дни след началната операция. Необходими са допълнителни мултицентрови проучвания с по-големи размери на извадките, които вземат предвид всички известни фактори, влияещи върху заздравяването, за да се оцени ефективността на предложения специален подход.

Abstract

We read with interest the response by Dioscoridi et al. to our paper ‘Endoluminal negative pressure therapy in colorectal anastomotic leaks’. We would like to congratulate the authors on their excellent and innovative work, which makes a substantial contribution to better treatment of colorectal anastomotic leaks. Their successful management is of paramount importance to prevent the development of a chronic presacral sinus, which is very difficult to treat and is associated with a higher rate of a permanent stoma (60%) and impaired quality of life. We agree with the authors that the morphology of the cavity is very important for improving the success rate of the therapy. This is also confirmed by the recent research of Chung et al. dedicated to anastomotic sinuses diagnosed at 2–3 months after the primary surgery by sigmoidoscopy and gastrografen enema. The authors classified them according to the opening size (< 10 mm or > 10 mm), length (< 5 cm or > 5 cm) and shape (linear, tubular or concave). All cases with planned ileostomy reversal had short sinuses whereas the long and linear type underwent a delayed reversal. Nevertheless, the authors underscore that ‘an appropriate-sized opening must be maintained to ensure natural drainage and spontaneous healing of the sinus. In all cases with a delayed reversal, the opening was maintained

by repeated digital dilation. To the best of our knowledge, in an acute setting, Dioscoridi et al. are the first to specifically describe the morphology of the leakage cavity, identifying three types and recommending a tailored approach according to the type of fistula and reporting a success rate of approximately 90%. Keeping the distal orifice in type 2 fistulas open is highly advisable because closure is associated with a high risk of abscess formation, readmission and repeated endoscopic vacuum therapy. From a practical point of view, the treatment of long and angulated fistulas (type 3) is most complicated, and we agree with the technique proposed by the authors. It would of interest, however, if they could report the success rate in this subgroup. Last, but not least, we should keep in mind that prompt diagnosis and early treatment also make a significant contribution to the success of the therapy. In this light, early endoscopy to check anastomotic patency and detect clinically silent leakage in the first days after the primary operation is also advisable. Future multicentre trials with larger sample sizes, taking into account all known factors influencing the healing, and subgroup analysis are warranted to assess the effectiveness of the proposed tailored approach.

6. Popivanov G, Tabakov M, Mantese G, Cirocchi R, Piccinini I, D'Andrea V, Covarelli P, Boselli C, Barberini F, Tabola R, Pietro U, Cavaliere D. **Surgical treatment of gastrointestinal stromal tumors of the duodenum: a literature review.** Transl Gastroenterol Hepatol. 2018 Sep 21;3:71. doi: 10.21037/tgh.2018.09.04.

Резюме

Въведение:Гастроинтестиналните стромални тумори (ГИСТ) са едни от най-честите мезенхимни тумори на храносмилателната система. Дуоденалните ГИСТ (дГИСТ) са най-редкия субти, представляващи само 4-5% от всички локализации и около 21% от всички резерирани ГИСТ. Диагностиката и лечението на дГИСТ могат да бъдат сложни, поради рядкостта на този вид тумори, анатомичната им локализация и клиничната им изява, която често имитира различни други състояния. В допълнение, липсва единодушие за правилното им третиране. Настоящото проучване изучава научната литература с цел да унифицира диагностицирането и дГИСТ и да предложи възможностите за неговото хирургично лечение.

Методи: Беше извършено задълбочено търсене в електронните бази данни MEDLINE, Scopus, EMBASE и Cochrane за откриване на всички проучвания,които изучават едиични случаи или серии на дГИСТ

Резултати:

Бяха открити 86 проучвания, които отговарят на критериите за включване, обхващащи 549 пациенти: 27 пациенти са претърпели дуоденопанкреатични резекции, а в 96 случая са извършени локални ексзии на туморите. При останалите 426 пациента липсват данни за извършената операция.

Заклучение: дГИСТ е много рядък подвид на ГИСТ. Протичането може да е безсимптомно или да се изяви с кървене от горен ГИТ или коремна болка.Поради неспецифична клинична картина, диференциалната диагноза е широка. Тумори,които са по-малки от 2см имат ниска агресивност и маогат да бъдат проследявани ежегодно с ендоехография. По-големите тумори трябва да се третират с хирургична резекция. До този момент липсва универсално приета тактика за хирургичния подход към дГИСТ, поради ниската му честота, липсата а опит със заболяването и сложната анатомия на дуоденума. По тази причина се препоръчва индивидуален подход при всеки пациент, като целта е да се

псотигне радикална ексцизия на тумора, 1-2 см в здраво. Лимфна дисекция не се препоръчва , поради ниската честота на лимфното метастазиране. Трябва да се избягва раздробяването на тумора по време на манипулирането му

Abstract

Background: Gastrointestinal stromal tumors (GIST) are the most frequent mesenchymal tumours in the digestive tract. The duodenal GIST (dGIST) is the rarest subtype, representing only 4-5% of all GIST, but up to 21% of the resected ones. The diagnostic and therapeutic management of dGIST may be difficult due to the rarity of this tumor, its anatomical location, and the clinical behavior that often mimic a variety of conditions; moreover, there is lack of consent for their treatment. This study has evaluated the scientific literature to provide consensus on the diagnosis of dGIST and to outline possible options for surgical treatment.

Methods: An extensive research has been carried out on the electronic databases MEDLINE, Scopus, EMBASE and Cochrane to identify all clinical trials that report an event or case series of dGIST.

Results: Eighty-six studies that met the inclusion criteria were identified with five hundred forty-nine patients with dGIST: twenty-seven patients were treated with pancreatoduodenectomy and ninety-six with only local resection (segmental/wedge resections); in four hundred twenty-six patients it is not possible identify the type of treatment performed (pancreatoduodenectomy or segmental/wedge resections).

Conclusions: dGISTs are a very rare subset of GISTs. They may be asymptomatic or may involve symptoms of upper GI bleeding and abdominal pain at presentation. Because of the misleading clinical presentation the differential diagnosis may be difficult. Tumours smaller than 2 cm have a low biological aggressiveness and can be followed annually by endoscopic ultrasound. The biggest ones should undergo radical surgical resection (R0). In dGIST there is no uniformly adopted surgical strategy because of the low incidence, lack of experience, and the complex anatomy of the duodenum. Therefore, individually tailored surgical approach is recommended. R0 resection with 1-2 cm clear margin is required. Lymph node dissection is not recommended due to the low incidence of lymphatic metastases. Tumor rupture should be avoided.

7. Popivanov G, Cirocchi R, Kjossev K, Petrov H, **Tabakov M**, Ribarov R, B. Zlatev B, Mutafchiyski V **Is there difference between military, civilian terrorist attacks and civilian blast accident – our experience with three Mass Casualty Events.** Eur J Trauma Emerg Surg (2018) 44 (Suppl 2):S273–S617 <https://doi.org/10.1007/s00068-018-0934-7>

Резюме

Непрекъснатите терористични атаки представляват постоянна заплаха за обществото. Взривната травма често се асоциира с инциденти с голям брой пострадали и представлява лечебно предизвикателство.

Материали и методи: Анализирани са и са сравнени три инцидента с голям брой пострадали. Разгледани са две терористични атаки – на летището в гр. Бургас и военната атака срещу българската мисия в гр. Кербала, Ирак с 3 тона ТНТ. Треторо събитие е и взрива на 6 влакови цистерни в населено място. Анализирани са следните променливи: общ брой на пострадалите, броя на убитите на място, отношение на убити към ранени, време на пристигане на първата линейка, Injury Severity Score, брой оперирани, брой хоспитализирани, обща смъртност, честота на свръхтриаж.

Резултати: разпределението на отделните величини при терористичните атаки и гражданските инциденти е следното: брой пострадали: 65 - 39 - 45; убити на място: 6% - 15% - 13%; отношение на убити към ранени: 1:13 - 1:6 - 1:6; време на пристигане на първата линейка: 25 - 15 - 17 мин.; брой хоспитализирани -54% - 97% -41% , Injury Severity Score - 14% - 12% - 23%, брой оперирани-14% - 8% - 23%, обща смъртност - 8% vs 18% vs 16%, честота на свръхтриаж - 72% - 90% - 43%.

Заклучение: гражданските инциденти с голям брой пострадали са свързани с по-голям брой убити на място и по-голямо съотношение убити/ранени поради срутванията на сгради в нашите случаи. Придобитият опит намалява сигнификантно честотата на свръхтриаж. Липсата на предвидимост на инцидентите, изисква правилна подготовка на екипи във всяка болница.

Abstract

Introduction: The unceasing terrorist attacks became a constant threat for our society directed toward innocent people. Blast trauma is frequently associated with mass casualty events and continues to challenge our preparedness.

Material and methods: Three mass casualty events were analyzed and compared. The terrorist events were combat attack against Bulgarian base in Kerbala, Iraq with 3 tones TNT, and civilian attack against a civilian bus at Bourgas Airport, Bulgaria. The third event was an accidental blast of six train tanks in populated area. The following variables were analyzed – total number of casualties, number of dead-on-scene, dead/wounded ratio, first ambulance arrival, Injury Severity Score, hospitalized, need for major surgery, overall mortality, rate of overtriage.

Results: The distribution of results in terrorist attacks (combat and civilian) and civilian accident was following: number of casualties – 65 vs 39 vs 45, dead-on- scene – 6% vs 15% vs 13%, dead:wounded ratio – 1:13 vs 1:6 vs 1:6, first ambulance arrival – 25 vs 15 vs 17 min, hospitalized – 54% vs. 97% vs 41%, Injury Severity Score[16 – 14% vs 12% vs 23%, major surgery – 14% vs 8% vs 23%, overall mortality – 8% vs 18% vs 16%, overtriage – 72% vs 90% vs 43%.

Conclusion: Civilian mass casualty events are associated with higher rate of dead-on-scene, dead/wounded ratio probably due to structural collapse in our cases. Lessons learned lowers significantly the rate of overtriage. The unpredictability of these events warrants the proper staff's training of each hospital.

8. Popivanov G, Vasilev V, Cirocchi C, Kjossev K, Tabakov M, Penkov M, Mutafchiyski V A rare case of life-threatening extra-peritoneal bleeding after open inguinal hernia repair requiring damage control surgery G Chir Vol. 40 - n. 3 - pp. 188-192 May-June 2019

Резюме

Въведение: ингвиналната Херниопластика е рутинна оперативна интервенция и често се извършва като еднокласова хирургия. Възможните усложнения трябва да се познават, защото някои от тях могат да бъдат животозастрашаващи, ако не се разпознаят навреме.

Клиничен случай. Представяме случай на животозастрашаващо екстраперитонелно кървене, след конвенционална ингвинална херниопластика, изискващо „damage control” хирургия.

Обсъждане: няколко кръвоносни съда могат да доведат до масивно екстраперитонелано кървене – външните илиачни съдове, долната епигастрална артерия, кремастерните съдове и лезиите на корона мортис. Въпреки че „damage control“ хирургията е въведена за лечение на тежка травма, тя може да бъде животоспасяваща и в подобни случаи като предстояния. Нестабилната хемодинамика с балониране на корема е основно показание за спешна лапаротомия. В определени случаи обаче, контраст усилената компютърна томография осигурява безценна информация за размера и локализацията на хематома и насочва оперативния достъп – срединна лапаротомия или ревизия на раната, както е в нашия случай. Доколкото ни е известно, това е първия докладван случай на животозастрашаващо ретроперитонеално кървене, след конвенционална ингвинална херниопластика. Представения случай представлява добър пример за прилагане на „damage control“ концепцията за лечение на усложнения на еднокоремна процедура.

Заклучение: Въпреки че, животозастрашаващите кървенета, след ингвинална херниопластика са казуистични, този тип усложнения трябва да се подозират. Бързата реакция и прилагането на „damage control“ концепцията могат да бъдат животоспасяващи дори и в рутинната херниална хирургия. Подробното познаване на анатомията и внимателната дисекция позволяват да се избегнат подобни усложнения

Abstract

Introduction: Although inguinal hernia repair is a routine procedure and frequently performed as one-day surgery, we should be particularly aware of the possible complications, which could be life-threatening if not recognized in due course.

Case report: We report a case of life-threatening extra-peritoneal bleeding after open inguinal hernia repair requiring damage control surgery.

Discussion: Several vessels can be responsible for massive extraperitoneal bleeding - external iliac vessels, lower epigastric artery, cremasteric vessels and corona mortis. Although damage control surgery was developed to treat the severe trauma, it can also be a life-saving maneuver in cases as the presented one. Hemodynamic instability with distended abdomen is a primary indication for laparotomy, but in some cases the contrast CT provides valuable information about the location and the size of hematoma and can guide the operative approach - midline laparotomy or revision of the wound as in our case. To the best of our knowledge, this is the first reported case of life-threatening retroperitoneal bleeding after open inguinal hernia repair. The present case is a good example for the application of damage control in pathology considered as one-day surgery.

Conclusions: Although casuistic, the life-threatening bleeding after open hernia repair should be suspected. The prompt surgical response with damage control can be life-saving maneuver even in the routine hernia surgery. Detailed knowledge of the anatomy and careful dissection are required to avoid this kind of complications.

9. Popivanov G, Mutafchiyski V, Cirocchi R, Chipeva S, Vasilev V, Kjossev K, Tabakov M. **Endoluminal negative pressure therapy in colorectal anastomotic leaks.** *Colorectal Dis.* 2020 Mar;22(3):243-253. doi: 10.1111/codi.14754. Epub 2019 Jul 19. **IF 2.778**

Резюме

Цел: Целта на настоящата работа е да се извърши съвременен преглед на литературата, разглеждаща ендолуменното лечение с негативно налягане.

Методи: На 25.01.2019 се извърши електронно търсене в PubMed и Google Scholar без ограничение по отношение на езика. Бяха избрани само оригинални статии на тема ендолуменно лечение с отрицателно налягане на при инсуфициенции на анастомозата в колоректалната хирургия. Главния изследван резултат беше пълното зарастване на анастомозата (зтварянето на абсцесната кухина) Втроостепенните изследвани параметри бяха честотата на усложненията и възстановяването на наличната стома.

Резултати: Бяха анализирани 19 серии с включени 295 случая. Средната отдалеченост на анастомозата от аналния ръб и началния размер на абсцесната кухина с съответно 5.65 см (4.9-10) и 6.0 см (5-8.1). В 84,5% (78%-91%) от случаите е изведена протективна стома още при първата операция. Неoadjuвантан терапия е проведена в 48.6% (3%-60%).

Използвани са средно 7 гъби (2-34) със средно негативноналягане 150 mmHg (125-700) за средно 31 дни (14-127). Пълен успех е постигнат в 85.4% (80%-91%) със затваряне на стомата в 72.6%. Усложнения са наблюдаване в 19% (13%-25%): абсцеси 11.5% и стеноза на анастомозата 4.4%. Лапаротомия е извършена при 15% от усложненията. Стомата е единствения значим предиктор за успех от лечението (0.007, SE 0.004, P = 0.040).

Заклучение: Началният опит с лечението с ендолуменно отрицателно налягане е обещаващ, тъй като се избягват рисковани ре-резекции с повторни анастмози или операции тип Hartmann. Въпреки тези данни, все още не могат да бъдат направени дефинитивни заключения, поради малкия брой на изследваната извадка или липсата на големи сравнителни проучвания

Abstract

Aim: The aim of the present work was to perform an up-to-date review of the literature on endoluminal negative pressure therapy for colorectal anastomotic leak.

Method: An electronic search in PubMed and Google Scholar and a manual search without language restrictions were performed on 25 January 2019. Only original series reporting endoluminal negative pressure therapy in colorectal anastomotic leaks were included. The primary outcome was the success rate (complete closure of the abscess cavity). The secondary outcomes were the rates of complications and stoma closure.

Results: Nineteen series with a total of 295 cases were analysed. The median distance of the anastomosis from the anal verge and the size of the abscess were 5.65 cm (4.9-10) and 6.0 cm (5-8.1) respectively. In 84.5% (78%-91%) the stoma was created at the first intervention. Neoadjuvant therapy was performed in 48.6% (3%-60%). Median 7 sponges (2-34) were used with median negative pressure 150 mmHg (125-700) for a median of 31 days (14-127). The success rate was 85.4% (80%-91%) with ileostomy closure in 72.6%. Complications were observed in 19% (13%-25%): abscesses 11.5% and anastomotic stenosis 4.4%. Laparotomy was required in

15% of the complications. The stoma was the only significant predictor for the success of the therapy (0.007, SE 0.004, P = 0.040).

Conclusions: The initial experience looks promising with an 85% success rate, which precludes risky re-resections with redo anastomosis or Hartmann's procedure. Despite the good initial results, definitive conclusions cannot be drawn because of the small sample size and the lack of high-quality comparative studies.

10. Damianov N, Lilov M, Tabakov M, Mladenov N. Attempt for etiopathogenic treatment of acute superior mesenteric artery occlusion by combination of small bowel resection and percutaneous artery stenting. Khirurgiia (Sofia). 2006;(4-5):59-63

Резюме

Мезентериалната тромбоза е животозастрашаващо спешно състояние, отличаващо се с нетипична клинична картина, трудна диагностика и все още висок леталитет. Независимо от етиологичните причинители, прогнозата зависи от своевременното поставяне на диагнозата и започването на лечение с цел да се предотврати или ограничи чревната некроза. Задълбочаването на познанията относно патофизиологията на мезентериалната исхемия доведе до развитието на нови терапевтични методи, като при определени обстоятелства е показано само медикаментозното лечение. Много по-често обаче хирургическата интервенция единствено дава шанс за благоприятен изход. Перкутанните ангиографски процедури навлизат все по-широко в диагностиката и лечението на нарушенията на мезентериалното кръвообращение. Единствено тясното взаимодействие между хирурзи, радиолози, интернисти и реаниматори би могло да подобри прогнозата на това тежко заболяване. Този извод се потвърждава и от представения от нас клиничен случай.

Abstract

Acute mesenteric ischemia secondary to arterial occlusion is a highly lethal condition, mandating early diagnosis and prompt therapy, to prevent, or at least to minimize, bowel infarction. Progress in understanding the pathophysiology of mesenteric ischaemia has led to novel methods of treatment, so that in some circumstances therapy may be purely medical. More often surgery is demanded and is frequently life saving. Percutaneous transcatheter procedures are increasingly employed in both diagnosis and treatment. Close collaboration between surgeons, radiologists, physicians and anesthesiologists is therefore necessary if clinical outcome is to be improved. This conclusion is drawn by the presented case report

11. Cavaliere D., Popivanov G., Cassini D. Cirocchi R, Henry B, Vettoreto N, Ercolani G, Solaini L, Gerardi C, Tabakov M, Tomaszewski K, Is a drain necessary after anterior resection of the rectum? A systematic review and meta-analysis. Int J Colorectal Dis 34, 973–981 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00384-019-03276-4>

Резюме

Цел: Честотата на инсуфициенция на анастомозите колоректалната хирургия е е най-голяма след предна резекция на ректума. При този тип операции, рутинно се поставя профилактичен дренаж, въпреки че липсва доказателства за клиничната полза от това.

Настоящото проучване се опитва да постигне консенсус по отношение на използването на профилактични дренажи след предни резекции на ректума.

Методи: Извърши се системен преглед на базите данни MEDLINE, Scopus, EMBASE и Cochrane по отношение на проучванията сравняващи поставянето и непоставянето на дренажи след извършването на коло-ректална анастомоза.

Бяха намерени три рандомизирани (RCTs) и две сравнителни (CCTs) проучвания, които отговарят на критериите за включване, с общо 1702 пациенти с карином на ректума, които са претърпели предна резекция: 1206 с дрен в малкия таз и 496 без дрен. Метаанализът установи, че дренването не подобрява значимо резултатите по отношение на инсуфициенцията на анастомозата; общата честота на реоперациите през първите 30 следоперативни дни както и смъртността са значително по-ниски при пациентите с дрен (OR 2.82, 95% CI 1.33 to 5.97; I² = 0%).

Заклучение: Профилактичното дренване след предна резекция на ректума не намалява честота на инсуфициенцията на анастомозата и не намалява общата честота на усложненията. Въпреки това, се наблюдава трикратно понижаване на следоперативната смъртност при пациентите с дрен. Като се вземат под внимание недостатъците на проучването, резултатите оправдават поставянето на дренаж след предна резекция на ректума. Въпреки това, са необходими допълнителни мултицентрични проучвания с еднакви критерии за включване за качествена оценка на необходимостта от дренване при този тип операции.

Abstract

Objective: The anastomotic leak rate in colorectal surgery is highest in patients receiving anterior rectal resections. The placement of prophylactic pelvic drains remains a routine option for preventing postoperative leaks, despite increasing evidence suggesting no clinical benefit. The present study seeks to identify a consensus on the use of prophylactic drains in anterior rectal resections

Methods: A systematic search was conducted of MEDLINE, Scopus, EMBASE, and Cochrane Library databases to identify clinical trials comparing the use of drainage to non-drainage in cases of colorectal anastomosis.

Results: Three randomized clinical trials (RCTs) and two controlled clinical trials (CCTs) were identified that met the inclusion criteria, with a total of 1702 patients with rectal cancer who underwent anterior resection: 1206 with a pelvic drain and 496 without a pelvic drain. Meta-analysis showed that the use of a drain did not significantly improve the outcomes of anastomotic leaks; the overall reoperation rate during the 30-day postoperative period and the postoperative mortality were statistically lower in the drained group (OR 2.82, 95% CI 1.33 to 5.97; I² = 0%).

Conclusions: The use of prophylactic pelvic drainage after anterior rectal resections does not provide significant benefits with respect to anastomotic leaks and overall complication rates. However, an approximately threefold reduction of the postoperative mortality of the drained patients was observed. Given the limitations of the present study, these findings warrant the use of a drain after anterior rectal resection. Nevertheless, due to the low quality of the available data, further multicenter trials with uniform inclusion criteria are needed to evaluate drain usage in the anterior rectal resection.

12. Табаков М, Семерджиев И., Лапароскопска резекция на коло-колична инвагинация при възрастен с водещ липом на мезоколона – рядък случай от практиката. Медицински Преглед 2020; 6 - под печат

Резюме

Инвагинацията е рядка форма на чревна непроходимост при възрастните, с честота между 1% и 5% от всички случаи на илеус. Предоперативната диагноза е затруднена поради неспецифичната клинична картина. Като причини за инвагинация при възрастните най-често се установяват злокачествени новообразувани на тънкото и дебелото черво. Доброкачествените мезнехимни тумори на колона са рядкост, а комбинацията им с инвагинация е казуистика. Въпреки бурното развитие на лапароскопската хирургия през последните три десетилетия, приложението и за лечение на дебелочревния илеус е все още много слабо застъпено. Представяме 55 г. мъж, с рядка форма на инвагинация на дебелото черво, с водещ липом на мезоколона, третиран успешно с лапароскопска разширена дясна хемиколектомия и илео-десцендоанастомоза. Разгледани са диагностичните предизвикателства при подобна рядка патология и възможностите на миниинвазивната хирургия за ефективното лечение на тези случаи на чревна непроходимост.

Abstract

Invagination is a rare form of bowel obstruction in adults and comprises 1%-5% of all cases of ileus. The preoperative diagnosis is difficult, due to the unequivocal symptoms. Most often the invagination is precipitated by malignant tumors of the small and large intestine. The benign mesenchymal tumors of the small intestine are rare as well and their combination with invagination is absolutely anecdotal. Despite the development of laparoscopic surgery during the last three decades its implementation for the treatment of bowel obstruction still remains disputable. We present a 55 years old male patient with a rare form of colo-colic invagination, due to mesocolic lipoma, who was successfully treated by laparoscopic resection. Diagnostic challenges and pitfalls of laparoscopic treatment are discussed.

13. Попиванов Г, Василев В, Чипева С, Димов Д, Кьосев К, Чироки Р, Табаков М, Мутафчийски В. Има ли разлика между военновременни взривни и цивилни травми? Хирургия 2019;85(1):17-28.

Резюме

Въведение: Макар че взривната травма (ВТ) е добре проучена, в литературата са публикувани само няколко проучвания, в които тя е сравнена с цивилната травма. По-доброто разбиране на разликите в профила на увредите и лечебната тактика би довело до по-добра подготовка на хирурзите и подобряване на медицинския отговор.

Материал и методи: Извършен е ретроспективен анализ на две проспективни серии, включващи 73 пациенти с взривна травма и 416 пациенти с цивилна травма. Анализирани са тежестта на увредата (Injury Severity Score, ISS), брой на засегнатите телесни области, анатомично разпределение на увредите и засегнатите органи, честота на изгаряния, пропуснати увреди, необходимост от и типа на хирургичната намеса, негативни лапаротомии, хоспитализация в интензивна клиника, необходимост от компютърна томография и 48-часовата смъртност.

Резултати: Средният ISS беше по-висок при ВТ (20 срещу 11), при която имаше по-често засягане на три и повече телесни области (39% срещу 6%) и по-голяма честота на травми на глава, лице, шия, гърди и корем. Проникващите торакоабдоминални травми бяха незначимо по-чести при ВТ (3% срещу 0%). Пропуснати увреди и негативни лапаротомии бяха наблюдавани само при ВТ. Необходимостта от компютърна томография и прием в интензивна клиника беше по-голяма при ВТ (44% срещу 13% и 49% срещу 15%). При ВТ беше отчетена незначимо по-висока 48-часова смъртност (10% срещу 4%). Коремните наранявания бяха тежки (ISS >17, 73% срещу 90%) и множествени (53% срещу 36%) и в двете групи. ВТ беше предимно проникваща (80%) и засягаща кухите коремни органи (67% срещу 10%).

Заклучение: За разлика от цивилната, взривната травма е по-често множествена, проникваща и с по-често засягане на глава, лице, шия, гърди и корем. Коремните травми са тежки и множествени и в двете групи. Разнообразният спектър на увреди при взривната травма изисква специфична подготовка, както и тренировка на основни оперативни техники от всички хирургични специалности.

Abstract

Introduction: Although the blast trauma has been extensively studied there are few studies comparing military blast versus civilian trauma.

Material and methods: A retrospective analysis of two prospective databases with consecutive patients. The military group consisted of 73 consecutive cases with BT, of which 75% were Afghan militaries and 25% local residents. The civilian group consisted of 416 consecutive patients with civilian trauma (CT). The analyzed outcomes were followed: Injury Severity Score (ISS), number of the injured regions, anatomical distribution of the injuries, burns, missed injuries (MIs), need for surgery, negative laparotomies (NLs), computed tomography (CTI), rates (ICU) admission and 48-hours in-hospital mortality.

Results: The mean ISS was significantly higher in BT than in CT (20 vs. 11, $p < 0.05$). BT was associated with significantly higher rate of 3 and more injured regions (39% vs. 6%, $p < 0.05$). Head, neck, chest and abdominal injuries were significantly higher in BT than CT. The rate of penetrating thoraco-abdominal trauma was insignificantly higher in BT (3% vs. 0%, $p = 0.159$). MIs and NLs were observed only in BT (2.7% and 1.3%, $p = 0.159$). ICU admission and need for CTI were significantly higher in BT (44% vs. 13% and 49% vs. 15%, $p < 0.05$). The mortality in the first 48 hours was insignificantly higher in BT (10%) compared to CT (4%).

The abdominal trauma was severe (ISS >17, 73% vs. 90%, $p = 0.293$) and multiple in both groups (53% vs. 36%, $p = 0.268$). BT was predominantly penetrating (80%) with mainly hollow viscus organ injuries (67% vs. 10%, $p = 0.002$).

Conclusions: In contrast to CT the BT leads to higher rates of head, neck, chest and abdominal injuries. They were more frequently multiple, penetrating. The abdominal injuries were severe and multiple in both groups. The broad spectrum of the military trauma mandates training of basic skills from all surgical specialties.

14. Атанасов Т, Филипов А, Врачански Д, Бенишев Б, **Табакон М**, Раденовски Д., **Начален опит с ТЕР при ингвинални хернии – анализ на 100 пациенти с крива на обучение.** Сборник доклади "Лапароскопска / видеоасистирана торакокопска или конвенционална хирургия - препоръки, подкрепени с доказателства" под редакцията на чл.кор. Д. Дамянов, 2012, стр. 108-115

Резюме

Въведение: Ингвиналните хернии са най-често срещаните дефекти на предната коремна стена. През последните години все по-масово се прилагат ендоскопските методи за лечение на хернии – тотална екстраперитонеална пластика (ТЕП) и трансабдоминалната преперитонеална пластика (ТАПП).

Цел: Целта на настоящото проучване е да се проследи кривата на обучение при въвеждане на ТЕП техниката при хирурзи с анатомични познания в областта (500+ ТАПП операции)

Материал и методи: От януари 2005 г. до декември 2010 г. IVта хир клиника на УМБАЛСМ „Н.И. Пирогов „ бяха оперирани 432 ингвинални хернии чрез използване на ТАПП техника. За 16 месеца (от началото на 2011 до април 2012 г.) бяха извършени 154 ТАПП и 100 ТЕП ендоскопски операции. Първите 50 ТЕП пациенти са категоризирани като група на обучение (група 1). При втората група вече е натрупан опит (група 2).

Резултати: Няма разлика между двете групи по отношение на пол, възраст и тип на херниите. Средното оперативно време за периода на обучение е $71,3 \pm 26,2$ мин ($55 - 130$ мин.) а след първоначалното натрупване на опит сигнификантно намалява до $55,8 \pm 18,4$ мин, ($40-110$ мин.) ($P=0,01$), като се задържа стабилно на това ниво. Продължителността на болничния престой бе 1,7 и 1,4 дни респективно ($p=0,49$). Общата честота на усложненията в периода на обучение бе 22,6% а след натрупването на опит 16,6% ($p=0,35$). Конверсия не се е наложила в нито един случай. Не са установени рецидиви до момента.

Заклучение: Оптималният брой пациенти, необходими за преодоляване на кривата на обучение при налагането на ТЕП техниката е 50, като предходен опит с ТАПП редуцира честотата на усложненията и рецидивите.

Abstract

Introduction: Inguinal hernias are the most common defects of the anterior abdominal wall. In recent years, endoscopic methods for the treatment of hernias - total extraperitoneal (TEP) repair and transabdominal preperitoneal (TAPP) repair are increasingly used.

Aim: The aim of the present study is to study the learning curve of TEP technique in surgeons with anatomical knowledge in the field (500+ TAPP operations)

Material and methods: From January 2005 to December 2010 at IV Surgical Clinic of UMHAT “N.I. Pirogov, 432 inguinal hernias were operated on, using the TAPP technique. For 16 months (from the beginning of 2011 to April 2012) 154 TAPP and 100 TEP endoscopic operations were performed. The first 50 TEP patients were categorized as a training group (group 1). In the second group, experience has already been gained (group 2).

Results: There is no difference between the two groups in terms of gender, age and type of hernia. The average operative time for the training period is 71.3 ± 26.2 min ($55 - 130$ min.) and after the initial accumulation of experience significantly decreases to 55.8 ± 18.4 min. ($40-110$ min.) ($P = 0, 01$), remaining stable at this level. The length of hospital stay was 1.7 and 1.4 days,

respectively ($p = 0.49$). The overall incidence of complications during the training period was 22.6% and after the accumulation of experience 16.6% ($p = 0.35$). Conversion was not required in any case. No recurrences have been identified so far.

Conclusion: The optimal number of patients needed to overcome the learning curve of TEP technique is 50, as previous experience with TAPP reduces the frequency of complications and recurrences.

15. Атанасов Т, Филипов А, Врачански Д, Табаков М, Сопотенски С, Червенияков А, Раденовски Д. **Възможности на миниинвазивните техники за лечение на дефекти на диафрагмата.** Сборник доклади "Лапароскопска / видеоасистирана торакоскопска или конвенционална хирургия - препоръки, подкрепени с доказателства" под редакцията на чл.кор. Д. Дамянов, 2012, стр. 139-147

Резюме

Въведение: След извършване на първата лапароскопска фундопликация по Нисен от Geagea през 1991 г., миниинвазивните техники за корекции на дефекти на диафрагмата придобиват все по-голяма популярност. Целта на настоящето проучване е да се представи опита на I и IV та хир клиника на УМБАЛСМ „Н.И. Пирогов „ за 6 годишен период с приложение на лапароскопията и видео-асистираната торакоскопска хирургия (VATS) при лечение както на класически хиатални хернии, така и на редки диафрагмални хернии.

Материал и методи: За посочения период са оперирани 134 пациенти с нарушения на целостта на диафрагмата. При 131 болни е приложена лапароскопия, а при 3ма – VATS.

Реултати: Средната възраст на пациентите е $54,7 \pm 18,2$ години (от 22 до 85 г.) , а разпределението по пол – 51 мъже и 83 жени. Средното оперативно време е 135 ± 36 мин. (90-260 мин.) при лапароскопския метод и 150 ± 30 (120-180) при VATS. 129 от операциите са по повод хиатални хернии, а 5 – по повод на други дефекти на диафрагмата – 3 ретроксифоидни дефекти, и по един за релаксация на диафрагмата и за травматична руптура. Най-сериозното интраоперативно усложнение е перфорация на хранопровода при един пациент. Конверсия се е наложила в два случая, акто при единия се премина от VATS към лапароскопия. Следния болничен престой след лапароскопия е 6,5 дни. Релапароскопия се е наложила при двама оперирани.

Заключение: Миниинвазивните достъпи до диафрагмата предлагат отлична визуализация на хиаталната област и медиастиума и позволяват високо отпрепариране на хранопровода за постигане на достатъчна дължина на интараабдоминалния му сегмент. Асоциират се с ниска честота на усложненията, кратък болничен престой и добра поносимост от пациентите.

Abstract

Introduction: After the first Nissen laparoscopic fundoplication, performed by Geagea in 1991, minimally invasive diaphragm defect repair techniques have become increasingly popular. The aim of the present study is to present the experience of Ist and IVth surgical clinics of UMHAT "N.I. Pirogov " for a period of 6 years with the use of laparoscopy and video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) in the treatment of both classic hiatal hernias and other rare diaphragmatic defects.

Results: The mean age of the patients was 54.7 ± 18.2 years (22 to 85 years) and the sex distribution was 51 men and 83 women. The mean operative time was 135 ± 36 minutes (90-260

minutes) for the laparoscopic approach and 150 ± 30 min. (120-180 min.) for VATS. 129 of the operations are for hiatal hernias, and 5 - for other diaphragmatic defects - 3 retroxiphoid defects, one for diaphragm relaxation and one for traumatic rupture. The most serious intraoperative complication is perforation of the esophagus in one patient. Conversion was required in two cases, one of which was converted from VATS to laparoscopy. The mean hospital stay after laparoscopic repair is 6.5 days. Relaparoscopy was required in two patients.

Conclusion: Minimally invasive accesses to the diaphragm offer excellent visualization of the hiatal area and mediastinum and allow high dissection of the esophagus to achieve a sufficient length of its intra-abdominal segment. They are associated with a low incidence of complications, short hospital stays and good patient tolerability.

16. Табаков М, Филипов А, Атанасов Т, Бенишев Б, Врачански Д, Раденовски Д
Предимства и недостатъци на лапароскопската хирургия през един разрез. Сборник с доклади „XIV^{ти} национален конгрес по хирургия с международно участие“, София, 2014 г.

Резюме

Лапароскопската хирургия с един разрез (LESS – Laparo-Endoscopic Single Site surgery) е модерен хирургичен метод от сферата на миниинвазивната хирургия, който се развива с бързи темпове. По настоящем, лапароскопската хирургия през един разрез заема успешно мястото между конвенционалната лапароскопия и чистата хирургия през естествените отвори (NOTES). Основните затруднения при LESS хирургията произтичат от: липсата на траингулация; наличието на конфликт между отделните инструменти, както и между работните инструменти и камерата; ограничената подвижност на инструментите. Специфични затруднения се наблюдават при отделните видове интервенции, като например ограничения достъп до триъгълника на Кало при холецистектомия. Като допълнителен недостатък на този вид хирургия се отчита и относително по-високата цена, произтичаща от използването на специални портове за достъп до коремнта кухина и по-дългото оперативно време в сравнение със стандартната многопортова лапароскопска хирургия. LESS хирургията изисква значителен опит в лапароскопската хирургия и се отличава със значително по-стръмна крива на обучение при отделните ендоскопски интервенции. Метаанализите на извършените до момента рандомизирани проспективни проучвания на двете най-чести лапароскопски интервенции извършвани и през един и през повече портове – лапароскопската холецистектомия и лапароскопската апендектомия – показват сегнификантно по-малка болка на първия следоперативен ден, по-добър козметичен ефект, по-добър изглед на тялото и по-добро качество на живота след еднопортова хирургия. Честотата на интраоперативните и следоперативните усложнения е еквивалентна при двата лапароскопски подхода. Еднопортовата лапароскопска хирургия е предпочитана от пациентите. При анкета с 750 участника на въпроса :Ако се наложи да бъдете оперирани, кой метод на операция бихте избрали? 1.LESS, 2 Стандартна лапароскопия, 3. NOTES и 4. Отворена хирургия – 80,6% от запитаните посочват LESS.

Еднопортовата лапароскопска хирургия е технически труден и все още скъп оперативен метод, изискващ голям опит в класическата лапароскопска хирургия. Добрият козметичен ефект, по-слабата ранна следоперативна болка и по-доброто качество на живота правят LESS хирургията предпочитана от пациентите.

Abstract

Laparo-Endoscopic Single Site Surgery (LESS) is a modern surgical method in the field of minimally invasive surgery, which is developing rapidly. At present, laparoscopic surgery in a single incision successfully takes the place between conventional laparoscopy and pure surgery through natural orifices (NOTES). The main difficulties in LESS surgery stem from: lack of triangulation; the existence of a conflict between the individual instruments, as well as between the working instruments and the camera; limited mobility of instruments. Specific difficulties are observed in different types of interventions, such as limited access to the Calot triangle in cholecystectomy. An additional disadvantage of this type of surgery is the relatively higher cost resulting from the use of special ports for access to the abdominal cavity and the longer operative time compared to standard multiport laparoscopic surgery.

LESS surgery requires considerable experience in laparoscopic surgery and is characterized by a significantly steeper learning curve in individual endoscopic interventions. Meta-analyses of the randomized prospective studies of the two most common laparoscopic interventions performed through one or more ports - laparoscopic cholecystectomy and laparoscopic appendectomy - show significantly less pain on the first postoperative day, better cosmetic effect, better body appearance and better quality of life after single-port surgery. The incidence of intraoperative and postoperative complications is equivalent in both laparoscopic approaches. Single-port laparoscopic surgery is preferred by patients. In a survey of 750 participants, the question: If you had to be operated on, which method of operation would you choose? 1. LESS, 2 Standard laparoscopy, 3. NOTES and 4. Open surgery - 80.6% of respondents indicate LESS.

Single-port laparoscopic surgery is a technically difficult and still expensive operative method that requires extensive experience in classical laparoscopic surgery. The good cosmetic effect, the lower early postoperative pain and the better quality of life make LESS surgery preferred by the patients.

17. Атанасов Т, Врачански Д, Табаков М, Бенишев Б, Филипов А, Раденовски Д., **Лапароскопска холецистектомия с един разрез.** Сборник доклади "Лапароскопска / видеоасистирана торакоскопска или конвенционална хирургия - препоръки, подкрепени с доказателства" под редакцията на чл.кор. Д. Дамянов, 2012, стр. 353-357

Резюме

Въведение: Лапароскопската хирургия с един разрез приобива все по-голяма популярност. Това се дължи на потенциал за увеличаване на ползите от прилагане на миниинвазивните техники. Натрупаните до момента данни показват, че техниката е възможна и възпроизведима.

Материал и методи: За входна точка се използва пъпа – извършва се дъговиден кожен разрез по горния му контур и се представя апоневрозата. С игла на Veress се посига пневмоперитонеум. Поставят се два троакатара – 7мм оптичен и 10мм – работен, успоредни един на друг и де ревизира коремната кухина с 30 гр. оптика. Използват се и два трансабдоминални монофиламентни конеца за тракция на жлъчния мехур. За дисекция се използва стандартен монополярен дисектор. Мехурът се отпрепарира и екстрахира през пъпа. Следва шев на поневрозат и кожата.

Резултати: 74 (76,3%) жени и 23 (23,7%) мъже, на средна възраст 46 год. (18-73 г.) бяха оперирани по тази методика. Средния ВМІ беше 23,3 kg/m² (21-27 kg/m²). Средното

оперативно време е 76 мин. (от 45 до 185 мин). Не се наложи конверсия към отворена операция в нито един случай.

Заклучение: Лапароскопската холецистектомия през един разрез е технически възможна и сигурна техника. Оперативното време е приемливо и може а бъде намален с натрупването на опит. Техниката е подходяща и при остри холецистити и позволява реалното представяне на критичните прозорци във всички случаи.

Abstract

Introduction: Laparoscopic single incision surgery is becoming increasingly popular. This is due to its potential to increase the benefits of using minimally invasive techniques. The data accumulated so far show that the technique is feasible and reproducible.

Material and methods: The navel is used as an entry point - an arcuate skin incision is made along its upper contour and the aponeurosis is presented. A pneumoperitoneum is applied with a Veress needle. Two trocars are placed parallel to each other - 7 mm optical port and 10 mm working port. A 30 degree camera is used. Two transabdominal monofilament sutures are also placed for gallbladder retraction. A standard monopolar dissector is used for dissection. The bladder is dissected and extracted through the navel. This is followed by suturing of the aponeurosis and the skin.

Results: 74 (76.3%) women and 23 (23.7%) men, with an average age of 46 years (18-73 years) were operated. The mean BMI was 23.3 kg / m² (21-27 kg / m²). The average operating time was 76 minutes (from 45 to 185 minutes). No conversion to open operation was required in any case.

Conclusion: Single incision laparoscopic cholecystectomy is a technically feasible and safe operation. Operating time is acceptable and can be reduced as experience is gained. The technique is also suitable for acute cholecystitis and allows the proper presentation of critical view of safety in all cases.

18. Mutafchiyski V, Popivanov G, Cirocchi R, Tabakov M, Kjossev K., Surgical treatment of Crohn's disease - type of ileocolonic anastomosis and anastomotic leak rate. Balkan Military Medical Review 2015; 18(2):40-43

Резюме

Въведение Въпреки, че лекарственото лечение е водещо при третирането на болестта на Crohn, около 70% от пациентите ще се нуждаят от операция на някакъв етап от живот.

Цел: Целта на това проучване е да анализираме нашия опит за периода 2004-2012 г. и да оценим влиянието на типа на илеоколичната анастомоза върху честотата на инсуфициенции на анастомозата.

Материал и методи: Беше извършен ретроспективен анализ на 41 оперирани пациенти поради усложнена болест на Crohn.

Резултати: Средната възраст на включените пациенти е 29,4 години (17-49), 31 мъже и 10 жени. 68% (n = 28) от случаите са били с илеоцекална локализация. Видовете операции, които са извършени, са следните - 2 илеоцекални резекции, 26 десни хемиколектомии, 4 стриктуропластики, 4 резекции на тънкото черво, 1 сигмоидна резекция и адхезиолиза при 4. В случаите с илеоколична локализация, операцията е индицирана поради обструкция при 19 пациенти, фистули с висок дебит при 6 и абсцес при 3. Средният престой в болница е 12,4 дни (7-34). В 4 случая е извършена лапароскопска асистирана резекция с механична

латеро-латерална анастомоза. В останалата част целостта на стомашно-чревния тракт е възстановена на ръка, чрез термино-латерална анастомоза в 22 случая и латеро-латерална анастомоза в 2. Инсуфициения на анастомозата е настъпила в 1 случай с латеро-латерална анастомоза (3,6%).

Заклучение. Операцията при болестта на Crohn е показана само за преодоляване на натъпилите усложнения. Препоръчва се по-консервативен подход за запазване на максимална дължина на червата. В случаите на илеоколични резекции, T-L анастомоза, извършена на ръка, може да бъде безопасен метод, особено когато се извършва в центрове с голям обем. Лапароскопската резекция е надеждна алтернатива на отворената хирургия, но изисква значителен опит.

Abstract

Introduction Although the medical management is the mainstay treatment in Crohn's disease, about 70% of the patients will require surgery during their lifetime. **Aim** The aim of this study was to analyse our experience for the period 2004-2012 and to evaluate the influence of the type of the ileocolonic anastomosis on the anastomotic leak rate.

Material and methods A retrospective analysis of 41 operated patients due to complicated Crohn's disease.

Results The mean age of the included patients was 29.4 years (17-49), 31 males and 10 females. Sixty eight percent (n=28) of the cases were with ileocecal localisation. The types of operations performed was the following – 2 ileocecal resection, 26 right hemicolectomies, 4 strictureplasties, 4 small bowel resections, 1 sigmoid resection and adhesiolysis in 4. In the cases with ileocolonic localization, the surgery was indicated due to obstruction in 19 patients, high-output fistulas in 6 and abscess in 3. The mean hospital stay was 12.4 days (7-34). In 4 cases laparoscopic-assisted resection was performed with stapled side-to-side anastomosis. In the rest, the continuity of the gastrointestinal tract was performed by hand-sewn end-to-side anastomosis in 22 cases, side-to-side in 2. Anastomotic leak was noted in 1 case with side-to-side anastomosis (3.6%). **Conclusions** The surgery in Crohn's disease is indicated only to overcome the related complications. A more conservative approach to preserve sufficient length of the bowels is recommendable. In the case with ileocolonic resections hand-sewn T-L anastomosis can be a safe method, especially when is performed in high-volume centers. Laparoscopic resection is a reliable alternative of the open surgery, but requires considerable experience.

19. Табаков М, Атанасов Т, Филипов А, Врачански Д, Раденовски Д. Новости в ендоскопската хирургия. Сборник доклади "Лапароскопска / видеоасистирана торакокопска или конвенционална хирургия - препоръки, подкрепени с доказателства" под редакцията на чл.кор. Д. Дамянов, 2012, стр. 663-666

Резюме

Бурното развитие на лапароскопската хирургия през последните 20 години подхранва стремежа към осъществяване на оперативни интервенции с все по-ограничена травма от оперативния достъп. Израз на този стремеж са въвеждането в клиничната практика на лапароскопската хирургия през един разрез (SILS) и на разработването на хирургията през естествените отвори (NOTES), като еманация на концепцията за хирургия без белези. Докато ефективността и безопасността на SILS подхода са доказани, както в

експериментални модели, така и в по-малки или по-големи серии от пациенти, NOTES не може да излезе от рамките на експеримента и да навлезе в клиничната практика. Развитието на хирургията през един разрез е свързано с както с усъвършенстването на наличните технологии, така и с въвеждането на коренно нов инструментариум. При NOTES, независимо от напредъка на технологиите, все още не могат да бъдат преодоляни няколко значителни недостатъка на този достъп като напр. ограничената стабилност, намалената свобода на движение на инструментите, намалената триангулация и невъзможността за получаване на качествен образ. За преодоляване на тези недостатъци се разчита на въвеждането на нови гъвкави ендоскопски платформи, които са предмет на активно експериментално проучване. Предполага се, че прилагането на роботизираните системи както при SILS, така и при NOTES ще облекчи прилагането на двете методики.

Abstract

The huge expansion of laparoscopic surgery during the last 20 years spurred the struggle towards even less invasive surgical approaches. As a result, Single incision laparoscopic surgery (SILS) was incorporated in the everyday surgical practice and the Natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) evolved as a clear expression of the ultimate concept for scarless surgery. While the feasibility and security of SILS was proven in many experimental models, as well as in smaller or larger human patient series, NOTES is not able to leave the experimental settings. The further development of SILS is bound to refinement of current technologies and depends on the introduction of totally new instruments. Despite the advances in NOTES technology, the approach presents several unique instrumentation and technique specific challenges like limited stability, triangulation and dexterity and lack of adequate visualization, suggesting the need for new and improved instrumentation for this approach. Much of the current focus is on the development of flexible endoscopy platforms. It is supposed that incorporation of robotic technologies in SILS and NOTES will overcome the drawbacks of both approaches.

20. Табаков М, Филипов А, Атанасов Т, Иванов И, Бенишев Б, Раденовски Д, Възможности на лапароскопията при лечението на тънкочревния илеус. Сборник с доклади „XIV^{ти} национален конгрес по хирургия с международно участие“, София, 2014 г.

Резюме

Тънкочревната непроходимост е едно от честите спешни състояния в коремната хирургия. Традиционният подход за лечение на този тип илеус включва опит за консервативно лечение, последван от лапаротомия при неуспех на консервативните мерки. Развитието на лапароскопската хирургия, позволи прилагането на миниинвазивните методи и при лечението на тънкочревната непроходимост. Представяме нашия опит в използването на лапароскопията при диагностиката и лечението на тънкочревния илеус.

Материал и методи: От януари 2009 до декември 2013 в клиниката е извършена лапароскопия с диагностична и терапевтична цел при 71 пациенти с клинични и параклинични данни за тънкочревна непроходимост. Всички оперативни интервенции са извършени от хирурзи с опит в лапароскопската хирургия. Средната възраст на оперираните е 53.5 години (21-86 години) и 67,6% (48/71) са от женски пол. Средният Индекс на телесната маса на пациентите е 28 кг/м² (22-34). 35.2% (25) са имали предшестваш епизод на тънкочревна непроходимост. В изследваната група няма болни с перитонит.

Резултати: При 67,6% (48) пациенти се установяват адхезии, като причина за тънкочревната непроходимост. Тумори на тънкото черво или перитонеума се откриват при 16,9% (12) оперирани. Инкарцерирани хернии са доказани при 8 болни, а при останалите 3 ма – инвагинации. При 26,7% (19) от оперираните се извърши съобразена с находката насочена минилапаротомия за осъществяване на тънкочревна резекция. В 19.7% (14) от случаите се наложи конверсия с широка лапаротомия. 53.5% от случаите бяха завършени изцяло лапароскопски. Средната продължителност на лапароскопията е 40 мин. (25-160). Перисталтиката се възстанови при всички пациенти между 1 и 3тия следоперативен ден. Средния боничен престой е 4 дни.

Заключение

Лапароскопията е полезно диагностично и терапевтично средство в лечението на тънкочревната непроходимост. Все още при твърде голям брой пациенти се налага конверсия към отворена операция.

Abstract

Small bowel obstruction is one of the common emergencies in abdominal surgery. The traditional approach to this type of ileus involves attempting conservative treatment, followed by laparotomy if conservative measures fail. The development of laparoscopic surgery has allowed the application of minimally invasive methods in the treatment of small bowel obstruction. We present our experience in the use of laparoscopy in the diagnosis and treatment of small intestinal ileus.

Material and methods: From January 2009 to December 2013, laparoscopy was performed for diagnostic and therapeutic purposes in 71 patients with clinical signs of small bowel obstruction. All surgical interventions were performed by surgeons experienced in laparoscopic surgery. The average age of the operated was 53.5 years (21-86 years) and 67.6% (48/71) were female. The mean body mass index of patients was 28 kg / m² (22-34). 35.2% (25) had a previous episode of small bowel obstruction. There are no patients with peritonitis in the study group.

Results: Adhesions were found in 67.6% (48) of patients as the cause of small bowel obstruction. Tumors of the small intestine or peritoneum were found in 16.9% (12) of the operated. Incarcerated hernias were detected in 8 patients, and in the remaining 3 - intussusception. In 26.7% (19) of the operated patients a tailored minilaparotomy was performed in accordance with the finding for performing a small bowel resection. In 19.7% (14) of the cases, conversion with extensive laparotomy was required. 53.5% of the cases were completed entirely laparoscopically. The average duration of laparoscopy is 40 minutes (25-160). Peristalsis was restored in all patients between the 1st and 3rd postoperative day. The average hospital stay was 4 days.

Conclusion: Laparoscopy is a useful diagnostic and therapeutic tool in the treatment of small bowel obstruction. Still too many patients require conversion to open surgery.

21. Табаков М, Филипов А, Атанасов Т, Иванов И, Бенишев Б, Раденовски Д, Врачански Д, Андонов Д, Лапароскопски подход при третирането на перфорирания пептичен улкус. Сборник с доклади „XIV^{ти} национален конгрес по хирургия с международно участие“, София, 2014 г.

Резюме

Въведение: Перфориралата пептична язва продължава да бъде едно от честите заболявания изискващо спешна хирургична интервенция, независимо от широкото

приложение на антиацидни медикаменти и наличието на ефикасни антибиотични комбинации за ирадикация на H.Pylori.

Развитието на лапароскопската хирургия позволи успешното и приложение за лечение на перфориралата пептична язва. Целта на настоящото проучване е да се изследват ретроспективно резултатите от миниинвазивното оперативно лечение на пациенти с перфорирал пептичен улкус по отношение на настъпилите усложнения, смъртност и продължителност на болничния престой.

Материал и методи: От януари 2005г до декември 2013г. в IV^{та} хирургична клиника на УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“ са лапароскопирани 126 пациенти с клинични и параклинични данни за перфорирал пептичен улкус. В проучването са включени само пациенти с давност на симптомите, по-малка от 24 часа. При лапароскопията при 2 ма пациенти се установи перфоративен дивертикулит като причина за перитонита, а при един болен беше открит остър панкреатит. От проучването бяха изключени и 4 болни с установен перфорирал улкус в съчетание с пилорна стеноза, 3 ма пациента с перфорирали тумори на стомаха, 7 болни с калозни язви с диаметър над 10мм, както и 5 пациента с пенетриращи дуоденални язви към хепатодуоденалния лигамент или към панкреаса. Така бяха изследвани 104 пациента.

Резултати: 74 пациенти бяха мъже(71.15%) а 30 жени (28.85%), на възраст между 19 и 67 години. При 85 болни се извърши проста сутура на язвата (81.7%), а при 19 (18.3%) – ексцизия и сутура на язвата върху част от големия оментум, при всички в съчетание с щателна иригация и аспирация на цялата коремна кухина до бистро през 5мм аспирационно- иригационна канюла. Усложнения настъпиха при 11 пациента (10,5%) - 5 повърхностни раневи инфекции, 1 субфреничен абсцес, овладян с перкутанен дренаж, 2 болни с междугънъчни абсцеси, излекувани успешно с консервативни мерки, 1 пилорна стеноза и 1 инсуфициенция на шевната линия, които наложиха лапаротомия и стомашна резекция. В следоперативния период настъпи смърт при един пациент вследствие на остър миокарден инфаркт (0,96%). Средното оперативно време е 77 мин (40-120мин) а средния болничен престой е 9 дни (3-22 дни).

Заклучение: Лапароскопското възстановяване на перфорирания пептичен улкус е сигурен и ефикасен метод за лечение на това спешно състояние в опитни ръце и при правилна селекция на пациентите. Тези пациенти се облагодетелствани от по-слаба постоперативна болка, по-кратък боличен престой, по-ранно хранене и по-бързо връщане към ежедневната си активност, при отличен козметичен резултат.

Abstract

Introduction: Perforated peptic ulcer continues to be one of the common diseases requiring urgent surgical intervention, despite the widespread use of antacids and the availability of effective antibiotic combinations to eradicate H.Pylori.

The development of laparoscopic surgery has allowed its successful application for the treatment of perforated peptic ulcer. The aim of the present study was to evaluate retrospectively the results of minimally invasive surgical treatment of patients with perforated peptic ulcer in terms of complications, mortality and length of hospital stay.

Material and methods: From January 2005 to December 2013, 126 patients with clinical and imaging findings for perforated peptic ulcer were laparoscopically explored in the IV surgical clinic of UMHAT "NI Pirogov". Only patients with duration of symptoms less than 24 hours were included in the study. Laparoscopy revealed perforated diverticulitis in 2 patients as a cause of

peritonitis, and acute pancreatitis was found in one patient. Also excluded from the study were 4 patients with established perforated ulcer in combination with pyloric stenosis, 3 patients with perforated gastric tumors, 7 patients with callous ulcers with a diameter of more than 10 mm, and 5 patients with penetrating duodenal ulcers to the hepatoduodenal ligament. Thus, 104 patients were evaluated.

Results: 74 patients were men (71.15%) and 30 women (28.85%), aged between 19 and 67 years. In 85 patients, a simple suture of the ulcer was performed (81.7%), and in 19 (18.3%) - excision and suture of the ulcer over part of the large omentum. A thorough irrigation and aspiration of the entire abdominal cavity through 5 mm aspiration-irrigation cannula was done. Complications occurred in 11 patients (10.5%) - 5 superficial wound infections, 1 subphrenic abscess, controlled by percutaneous drainage, 2 patients with interintestinal abscesses, successfully treated with conservative measures, 1 pyloric stenosis and 1 suture line dehiscence, which required laparotomy and gastrectomy. In the postoperative period, death occurred in one patient due to acute myocardial infarction (0.96%). The average operative time is 77 minutes (40-120 minutes) and the average hospital stay is 9 days (3-22 days).

Conclusion: Laparoscopic suture of perforated peptic ulcer is a safe and effective method for treating this emergency in experienced hands and with proper selection of patients. These patients benefit from less postoperative pain, shorter hospital stay, earlier feeding and a faster return to daily activity, with an excellent cosmetic results.

22. Е. Ходжаджиков, И. Семерджиев, М. Табаков, Д. Андонов, Б.Бенишев, А. Филипов, **Хеморидектомия с Ligasure и механична хеморидопексия при 3-та и 4-та степен хемороидални възли - сравнителен анализ.** Книжка с доклади от 16-ти конгрес по хирургия с межд.участие, 2018, стр.277-278; Българско хирургично дружество; ISSN - 2603-4034

Резюме.

Цел. Проучването цели да сравни резултатите от прилагането на хеморидектомия с Ligasure и механична хеморидопексия, при хемороици с пролапс. Материал и методи. 124 пациенти с хемороици от трета и четвърта степен бяха разпределени на случаен принцип в две еднакви групи според планираната оперативна интервенция. При едната група беше извършена хеморидектомия посредством Ligasure а при другата - хеморидопексия с използване на стаплер по метода на Longo. Проспективно бяха отчетени демографските показатели, клинични те данни, оперативната продължителност, постоперативната болка по визуално аналоговата скала, необходимост от постоперативно обезболяване, продължителност на болничния престой, време за възстановяване на работоспособността. Също така бяха регистрирани постоперативните усложнения и рецидивите Пациентите бяха периодично проследявани за период от 12 месеца.

Резултати. И в двете групи пациентите са със сходни демографски и клинични показатели.

Не а наблюдаваха съществени различия в оперативното време, следоперативната болка, необходимостт; от допълнително обезболяване, продължителността на болничния престой и времето з възстановяване на работоспособността при двата метода. Следоперативните усложнения също с без съществени разлики освен в следните показатели: Четири седмици след операцията остатъчен пролапс се наблюдава при 14 (22,5%) от пациентит преминали хеморидопексия с използване на стаплер срещу 4 (6,4%)

пациента от групата, при която е извършена Ligasure хемороидектомия. Честотата на рецидивите на пролапс при едногодишно проследяване е по-висока при пациентите преминали хемороидопексия с използване на стаплер (7 пациенти 11,3%), сравнено с тези, при които е извършена Ligasure хемороидектомия (2 пациенти 3,2%), но разликата не е сигнификантна.

Заклучение. Ligasure хемороидектомията и механичната хемороидопексия със стаплер дава сравнително добри резултати с кратко оперативно време и минимални усложнения, при лечение! на хемороиди от трета и четвърта степен, с по-ниска степен на остатъчен пролапс при Ligasure хемороидектомия. И двете операции предлагат приемливи нива на постоперативна болка, поради което са добра алтернатива за оперативно лечение на пациенти с напреднали стадии на хемороидалната болест.

Abstract

Aim. The research aims to compare the results of the application of hemorrhoidectomy with

Ligasure and mechanical hemorrhoidopexy in prolapsed hemorrhoids. Material and methods. 124 patients with grade 3 and 4 hemorrhoids were randomly assigned to two equal groups according to the planned operative intervention. The first group underwent hemorrhoidectomy by means of Ligasure, and in the other group hemorrhoidopexy, using stapler by the method of Longo. The demographic parameters, the clinical data, the operative duration, the postoperative pain on the visual analogue scale, the need for postoperative analgesia, the hospital stay, and recovery time on working capacity were prospectively recorded.

Results. In both groups, patients have similar demographic and clinical indicators. No significant differences were observed in operative time, postoperative pain, the need for additional analgesia, length of hospital stay, and recovery time between the two methods. The postoperative complications are also without significant differences except in the following indicators: Four weeks after the surgery, residual prolapse was observed in 14 (22.5%) patients who underwent hemorrhoidopexy, using a stapler versus 4 (6.4%) patients from the group in which was conducted Ligasure hemorrhoidectomy. The frequency of prolapsed recurrence tracked one year was higher in patients who underwent hemorrhoidopexy using stapler compared with those who underwent Ligasure hemorrhoidectomy. The one-year follow-up rate of prolapse recurrences was higher in patients who underwent hemorrhoidopexy using stapler (7 patients 11.3%) compared with those who underwent Ligasure hemorrhoidectomy. **Conclusion.** Ligasure hemorrhoidectomy and mechanical hemorrhoidopexy with stapler give relatively good results with short operative time and minimal complications in treatment hemorrhoids of 3rd and 4th grade, with lower rate of residual prolapse in Ligasure hemorrhoidectomy. Both operations offer acceptable levels of postoperative pain, making them a good alternative for surgical treatment of patients with advanced hemorrhoid disease.

23. Табаков М.,Филипов А. Качество на живота след лапароскопска и конвенционална вентрална херниопластика-сравнителен анализ. Книжка с доклади от 16-ти конгрес по хирургия с межд.участие, 2018,стр.310;Българско хирургично дружество; ISSN - 2603-4034

Резюме.

Въведение. Вентралните хернии са често срещана патология в ежедневната хирургична практика. С намаляване на честотата на рецидивите след вентрална херниопластика, вниманието на хирургичната общност се измести върху второстепенните резултати от оперативното лечение, които влияят върху качеството на живота.

Цел. Настоящото проучване има за цел да се сравни качеството на живота при пациенти претърпели конвенционална и лапароскопска вентрална херниопластика (ЛВХП) през първите три следоперативни месеца .

Материал и методи. За периода януари 2013 година - декември 2016 година е проучена група от 204 последователни пациенти с вентрални херниорепарации, като при 89 оперирани е извършена лапароскопска пластика, а при останалите 115- конвенционална операция по метода на Rives- Stoppa. За определяне на качеството на живота е използвана оценъчната скала Eura HS-QoL на 1 ви и 3ти постоперативен месец. Оценъчният резултат се базира на сбора от нумерологичните резултати (0-10) от девет въпроса, разпределение в три направления: 1 .Болка в областта на хернията или на херниопластиката; 2.ограничения във физическата активност и 3. Козметичен дискомфорт. Общият резултат на скалата варира от 0-90, като най-ниския скор отразява най-добрия показател за качество на живота.

Резултати. При сравняване на качеството на живота след лапароскопска и конвенционална вентрална херниопластика един месец след операцията се установяват значително по-лоши резултати при конвенционално оперираните пациенти, както по отношение на отделните параметри на оценъчната скала, така и по отношение на общия резултат. Един месец след операцията болката, физическите ограничения и естетическият дискомфорт са сигнификантно по-големи след конвенционална вентрална херниопластика. Тези резултати определят и значително по-лошо качество на живота след отворена операция през първите 30 следоперативни дни. На третия месец след операцията, разликата между двата типа интервенции в показателя „болка" изчезва. Запазват се обаче сигнификантно по-лошите резултати след конвенционална вентрална херниопластика по отношение на физическите ограничения и естетическия дискомфорт. Общият скор за качество на живота също е сигнификантно по-голям (по-лош) три месеца след отворена вентрална херниопластика в сравнение с лапароскопската операция. **Заключение.** Качеството на живота е значително по-добро след ЛВХП в сравнение с отворената операция през първите три следоперативни месеца, като разликите изчезват в дългосрочен план.

Abstract

Introduction: Ventral hernias are a common pathology in everyday surgical practice. With the reduction of recurrence rates after ventral hernioplasty, the attention of the surgical community has shifted to the secondary outcomes of operative treatment that affect the quality of life.

Aim: The purpose of this study is to compare the quality of life in patients who underwent conventional and laparoscopic ventral hernioplasty (LVHP) during the first three postoperative months.

Materials and methods. From January 2013 till December 2016 a group of 204 consecutive patients with ventral hernia operations was studied, in 89 of the operated was conducted a laparoscopic plastic and the remaining 115- conventional surgery by the Rives- Stoppa method. The Eura HS- QoL scale was used to determine the quality of life of the 1st and 3rd postoperative months. The evaluative result is based on the sum of the numerological results (0-10) of 9 questions divided in three directions: 1. Pain in the hernia or hernioplasty area; 2. Limitations in physical activity; 3. Cosmetic discomfort. The total result of the scale varies from 0-99, as the lowest score image the best index of quality of life.

Results. When comparing the quality of life after laparoscopic and conventional ventral hernioplasty, one month after surgery, significantly worse results were found in conventionally operated patients, both in terms of the individual parameters of the assessment scale and the overall result. One month after the operation the pain, the physical limitations and the esthetical discomfort are significantly bigger after conventional ventral hernioplasty. These results define and substantially worse quality of life in the first 30 days after the open operation. In the 3rd month after the operation, the difference between the two types of interventions in the index "pain" disappeared. Significantly the worse results after the conventional ventral hernioplasty connected with the physical limitations and the esthetical discomfort remained. The total score of quality of life is also significantly bigger (worse) three months after the open ventral hernioplasty compared to the laparoscopic operation.

Conclusion. The quality of life is notably better after the LVHP compared to the open operation during the first three postoperative months, but the differences disappear in the long term.

24. Табаков М., Филипов А. Лапароскопска вентрална херниопластика при болни с наднормено тегло. Книжка с доклади от 16-ти конгрес по хирургия с межд.участие, 2018, стр.311; Българско хирургично дружество; ISSN - 2603-4034

Резюме.

Въведение. В коремната хирургия, затлъстяването (ИТМ > 30 кг/м²) отдавна е признато като важен фактор за появата на първични и следоперативни хернии. В допълнение, затлъстяването е рисков фактор за настъпването на рецидиви, както и за повишаване на честотата на раневите усложнения след конвенционална вентрална херниопластика. Лапароскопският подход при болни с наднормено тегло, за извършването на апендектомия, холецистектомия и бариатрични операции е свързан с по- кратък болничен престой и по-малка честота на раневите усложнения. Вероятно лапароскопията би имала същия благоприятен ефект и върху пациентите с първични и следоперативни вентрални хернии. Цел. Настоящото проучване има за цел да се сравнят следоперативните резултатите при пациенти с наднормено тегло, претърпели конвенционална и лапароскопска вентрална херниопластика.

Материал и методи. За периода януари 2012 г. - декември 2016 г. са оперирани 59 пациенти с първични и следоперативни вентрални хернии и ИТМ > 30 кг/м². В 24 случая е извършена лапароскопска херниопластика, а при останалите 35 – конвенционална операция на Rives- Stoppa. Оперираните болни са проследени средно 24,7 мес ±13,2 мес (1-48). Отчетени са демографските показатели на изследваната кохорта, продължителността на оперативната интервенция, болничния престой, постоперативната болка на 24ч и 7ми следоперативен ден, интра и постоперативните усложнения и броя на рецидивите .

Резултати. Болничният престой е по-кратък след лапароскопска интервенция, отколкото след отворена операция - $1,54 \pm 2,24$ дни срещу $6,17 \pm 2,65$ дни ($p < 0,001$). ВАС на 24-ти час и 7ми ден има сигнификантно по-ниски стойности при лапароскопски оперираните пациенти - $6,25 \pm 0,74$ срещу $7,49 \pm 0,85$. ($p < 0,001$) и $2,33 \pm 0,92$ срещу $4,29 \pm 0,96$. ($p < 0,001$) респективно. Двете операции не се различават по средното оперативно време – $123,3 \pm 36,17$ мин. срещу $129,71 \pm 40,05$ мин. ($p = 0,57$) и по напречния $5,42 \text{ cm} \pm 1,81$ срещу $6,02 \text{ cm} \pm 3,07$, ($p = 0,06$) и надлъжния размер $7,56 \pm 2,89$ см. срещу $8,12 \pm 4,09$ см. ($p = 0,08$) на херниалните дефекти. При сравнителен анализ на възникналите следоперативни усложнения се установяват сигнификантно повече повърхностни раневи инфекции в отворената група: 0% срещу 22,86% ($p < 0,05$). Серомите и херниите на мястото на портовете превалят в лапароскопската група, без да достигат статистическа значимост. Останалите усложнения и рецидивите в областта на оперираната херния, са статистически незначимо по-чести в отворената група. Двете изследвани групи не се различават статистически по броя и вида на наложилите се реоперации.

Заклучение. При пациенти със затлъстяване, дефинирано като ИТМ $> 30 \text{ kg/m}^2$, ендоскопските техники за вентрална херниопластика дават предимство в сравнение с отворения подход като елиминират негативния ефект на наднорменото тегло върху оперативното време, понижават сигнификантно болничния престой, постоперативната болка и честотата на раневите инфекции при сравнима честота на рецидивите.

Abstract

Laparoscopic ventral hernioplasty in patients who are obese Keywords: laparoscopy, laparoscopic ventral hernioplasty, Rives- Stoppa, obesity Introduction. In abdominal surgery, the obesity ($\text{BMI} > 30 \text{ kg / m}^2$) a long time ago has been recognized as an important factor in the occurrence of primary and postoperative hernias. In addition, obesity is a risk factor for recurrence, as well as for increased incidence of wound complications after conventional ventral hernioplasty. The laparoscopic approach in overweight patients for appendectomy, cholecystectomy, and bariatric surgery is associated with a shorter hospital stay and a lower incidence of wound complications. Laparoscopy is likely to have the same beneficial effect on patients with primary and postoperative ventral hernias. Aim. The purpose of the current study is to compare postoperative results in patients who are overweight, who underwent conventional and laparoscopic ventral hernioplasty.

Material and methods. From January 2012 till December 2016 were operated 59 patients with primary and postoperative ventral hernias and $\text{BMI} > 30 \text{ kg / m}^2$ In 24 cases was executed laparoscopic hernioplasty, in the remain 35- Rives- Stoppa's conventional operation. The operated patients were followed for 24,7 months $\pm 13,2$ months (1-48). The demographic parameters of the cohort, the duration of the operative intervention, the hospital stay, postoperative pain on 24h and the 7th postoperative day, intra- and postoperative complications, and the number of recurrences were recorded.

Results. The hospital stay is shorter after laparoscopic intervention than open operation- $1,54 \pm 2,24$ days vs $6,17 \pm 2,65$ days ($p < 0,001$). VAS on the 24h and on the 7th day has a significantly lower score in the laparoscopically operated patients- $6,25 \pm 0,74$ vs $7,49 \pm 0,85$. ($p < 0,001$) and $2,33 \pm 0,92$ vs $4,29 \pm 0,96$. ($p < 0,01$), respectively. The two operations don't differ in the average operative time- $123,13 \pm 36,17$ minutes vs $129,71 \pm 40,05$ minutes ($p = 0,57$) and on the transverse $5,42 \text{ cm}$. $1,81$ vs $6,02 \pm 3,07$ ($p = 0,06$) and longitudinal size $7,56 \pm 2,89 \text{ cm}$. vs. $8,12 \pm 4,09 \text{ cm}$. ($p = 0,08$) of hernia defects. A comparative analysis of the postoperative

complications reveals significantly more superficial wound infections in the open group. The explored two groups don't differ statistically in the number and the type of reoperations required.

Conclusion. In patients with obesity, defined as BMI>30 kg / m², endoscopic techniques for ventral hernioplasty have the advantage over the open approach by eliminating the negative effect of overweight on operative time, reducing notably the hospital stay, the postoperative pain and the frequency of wound infections.

25. Филипов А., Бенишев Б., Табаков М., Ходжаджиков Е., Андонов Д., Семерджиев И, Лапароскопска тотална мезоректална ексцизия след 150 случая, Кънижка с доклади от 16-ти конгрес по хирургия с межд.участие. 2018,стр.170-171;Българско хирургично дружество; ISSN - 2603-4034

Резюме.

Въведение. Лапароскопската техника навлиза все по-широко в хирургичното лечение на

колоректалния карцином. Това позволява на пациентите да се облагодетелстват от обичайните предимства на лапароскопската хирургия пред класическата отворена хирургия, на фона на сравними дългосрочни резултати по отношение на лечението на онкологичното заболяване.

Цел. Настоящото проучване представя опита на екипа на отделението по хирургия на УМБЛ „Св. Ив. Рилски“ с радикалните лапароскопски резекции на ректума по повод ректален карцином за 9 годишен период и повече от 150 завършени лапароскопски интервенции.

Материал и методи. За периода януари - декември 2017 г., с куративна цел, са извършени 154 лапароскопски резекции на ректален карцином.

Резултати. В изследваната група влизат 102 (66.34%) мъже и 52 (33.66%) жени, на възраст между 34г. и 86г., със среден BMI 26kg/m² (21-32 kg/m²). Според локализацията на тумора в ректума, пациентите се разделят както следва: проксимална 1/3 (10-15cm) - 50(32,5%); средна 1/3 (5<10cm) 69(44,8%) и дистална 1/3(<5cm) -35(22,7%). 94(61%) болни са били подложени на неoadювантно химио-лъчелечение. 29(18,8%) от оперираните попадат в I ви стадий, 54(35%) - II ст., 71 (46,2%) - III ст. Конверсия се е наложила в 8 случая (5,2%). Средната продължителност на оперативната интервенция е 180мин. (120 - 420мин.), а кръвозагубата е 80мл (20-800мл). Чревният пасаж се възстанови средно на 2 ри следоперативен ден (1-7дни). Средният следоперативен болничен престой е 5 дни (3-17дни).Усложнения настъпиха при 12 болни (7,8%). Оперираните пациенти са проследени средно 36 месеца (3 - 60). Общата честотата на рецидивите е 15,6%.

Заклучение. Лапароскопските резекции на ректума по повод карцином са сигурни интервенции, характеризиращи се с по-слаба следоперативна болка, по-малка кръвозагуба, по-бързо възстановяване на чревния пасаж, по-кратък болничен престой и отличен козметичен ефект, при сравними с отворената хирургия онкологични резултати.

Abstract

Introduction. The laparoscopic technique is becoming increasingly widespread in the surgical treatment of colorectal carcinoma. This allows patients to benefit from the general advantages of laparoscopic surgery over the classic open surgery, whereas the comparable long-term results in regard to the oncologic treatment.

Aim. This study introduces the experience of the Department of Surgery's team, UMHAT "St. Ivan Rilski" with radical laparoscopic rectal resections about rectal carcinoma for 9- year period and more than 150 completed laparoscopic interventions.

Material and methods. From January 2009 till December 2017 154 laparoscopic rectal resections with curative purpose were executed. Only patients with cT1- cT3 tumors, without distant metastases, were included.

Results. The study group includes 102 (66,34%) men and 52 (33,66%) women, between 34 and 86 years of age, with mean BMI 26 kg/ m² (21- 32 kg./ m²). According to tumor localization in the rectum, the patients were separated as follows: proximal 1/3 (10-15 cm.)-50 (32,5 %), middle- 1/3 (5<10 cm.) 69 (44,8%) and distal 1/3 (<5 cm)- 35 (22,7%). 94 (61%) patients had undergone neoadjuvant radiotherapy. 29 (18,8%) of the operated were in stage I, 54 (35%)- stage II, 71 (46,2 %)- stage III. 8 cases (5,2%) required conversion. The mean operative time was 180 min. (120- 420 min.) and the mean blood loss was 80 ml. (20- 800 ml.). The bowel function recovered on postoperative day 2 (1-7 days). The mean hospital stay was 5 days (3- 17 days). Complications occurred in 12 patients (7,8%). The operated patients were followed up for an average of 36 months (3- 60). The general recurrence rate was 15, 6 %.

Conclusion. The laparoscopic rectal resections for rectal cancer are safe procedures, characterized by less postoperative pain, less blood loss, faster recovery of bowel function, shorter hospital stay and excellent cosmetic results, compared to oncologic results in the open surgery.

26. Филипов А., Бенишев Б., Табаков М., Ходжаджиков Е., Андонов Д., Семерджиев И. Техники за мобилизиране на лявата флексура при лапароскопски резекции на левия колон и ректума. Книжка с доклади от 16-ти конгрес по хирургия с межд.участие, 2018, стр.851; Българско хирургично дружество; ISSN - 2603-4034

Резюме.

Лапароскопските хирургични методи за лечение на доброкачествените и злокачествените заболявания на дебелото черво придобиват световно признание в света на съвременната медицина. Със своята двадесет и петгодишна история и утвърждаващи се предимства те бавно се превръщат в предпочитания от лекарите подход към тези заболявания. Миниинвазивната хирургия на дебелото черво все още е изправена прел редица предизвикателства като адекватното представяне на анатомичните равнини и ориентири, ограничените възможности за манипулация на тъканите и особеностите при контрола на хемостазата. Едни от ключовите стъпки, при лапароскопските резекции на левия колон са локализирането и скелетирането на долната мезентериална артерия и вена, и последващото им прекъсване. Това поражда въпроси относно мястото и метода за лигиране на тези съдове. При злокачествени новообразувания, след мобилизацията на сигмовидното черво и идентификация на левия уретер, артерията се прекъсва високо, проксимално от бифуркацията и, на около 2 до 2,5см. след отделянето и от абдоминалната аорта. Вената се прекъсва на ниво под долния ръб на панкреаса. Това позволява адекватното отстраняване на мезоколичните лимфни колектори. Високото лигиране на долните мезентериални съдове все по-широко се прилага и при лапароскопските резекции при доброкачествени заболявания.

Abstract

The laparoscopic technique is becoming increasingly widespread in the surgical treatment of colorectal cancer. The mobilization of the left colic flexion is an important step in all resections of the left colon and rectum, which provides the necessary mobility of the colon to perform an anastomosis without tension, after adequate resection.

Aim. This video presents various technical possibilities for mobilization of the left flexion in mini-invasive resections of the left colon and rectum.

Material and methods. Three approaches to the left flexion are presented: 1. medial – lateral (inframesocolic); 2. lateral-medial; 3. cranial-caudal (supramesocolic). **Results.** All of the three demonstrated approaches to the left flexion of the colon are technically feasible via mini invasive way. The duration of this stage depends on the specific anatomic peculiarities of the individual patient and the surgeon's experience, also. **Conclusion.** The choice of approach for reparation of the left flexion of the colon in laparoscopic interventions on the rectum and left colon depends on the preferences of the surgeon and on the individual anatomical features of the individual patient.

27. Filipov A, Benishev B, Tabakov M, Simultaneous laparoscopic treatment of multiple synchronous hernia defects in different anatomical regions of the anterior abdominal wall. Scripta Scient.Med 48, supplement1, 2016

Резюме

Развитието на лапароскопската хирургия повлиява значително на съвременното хирургично лечение. Това влияние е по-осезаемо при лечението на херниите на коремната стена. Макар и тази патология да е широко разпространена, различните видове хернии могат да се представят като единично медицинско състояние или като комбинация от дефекти в различните области на предната коремна стена. Лапароскопският подход при лечението на херниите на коремната стена позволява инспектиране на цялата коремна стена, което понякога води до разкриване на дефекти, които не са могли да бъдат намерени при клиничното преглеждане преди операцията. От друга страна, тази диагностична чувствителност предоставя възможност за едновременно лечение на няколко дефекта на коремната стена. Следователно се избягва необходимостта от повторна хирургична интервенция и множество разрези. В същото време пациентът извлича полза от добре известните преимущества на мини инвазивната хирургия, като по- кратък престой в болницата, по- малко болка, по- бързо възстановяване към нормалния живот и всекидневните действия, по- добри козметични резултати, по- малко инфекции на оперираното място и др. Като например, три троакарна техника на TAPP осигурява достъп за едновременно третиране на двустранни ингвинални хернии. Поставянето на два допълнителни отвора прави реконструкцията на съществуващата първична или инцизионални вентрална херния възможно. Лапароскопската хирургия прави възможна едноетапната реконструкция на различни комбинации от хернии на предната коремна стена- от едновременно малка едностранна ингвинална херния и пъпна херния до големи двустранни ингвинални хернии и множество дефекти на останалата част от коремната стена (тип „швейцарско сирене“).

Abstract

The development of laparoscopic surgery has a significant impact on modern surgical treatment. This effect is more pronounced in the treatment of hernias on the abdominal wall. Although this pathology is widespread, different types of hernias may present as a single medical

condition or as a combination of defects in different areas of the anterior abdominal wall. The laparoscopic approach in the treatment of hernias on the abdominal wall allows inspection of the entire abdominal wall, which sometimes leads to the detection of defects that could not be found at the clinical examination before surgery. On the other hand, this diagnostic sensitivity enables the simultaneous treatment of several abdominal wall defects. Therefore, the need for repeated surgery and multiple incisions is avoided. At the same time, the patient benefits from the well-known benefits of mini invasive surgery, such as shorter hospital stays, less pain, faster recovery to normal life and daily activities, better cosmetic results, fewer infections. operated place and more. For example, three TAPP trocar techniques provide access for the simultaneous treatment of bilateral inguinal hernias. Placing two additional openings makes reconstruction of the existing ventricular or incisional ventral hernia possible. Laparoscopic surgery enables a one-stage reconstruction of various combinations of hernias on the anterior abdominal wall – from simultaneous small unilateral inguinal hernias and umbilical hernias to large bilateral inguinal hernias and multiple defects of the rest of the abdominal wall (swiss cheese).

28. Filipov A, Tabakov M, Laparoscopic treatment of Morgagni's hernia in adults. Scripta Scient.Med 48, supplement1, 2016

Резюме.

Хернията на Morgagni е рядък вроден дефект на предната диафрагма, който обикновено се представя в детска възраст. Диагнозата при възрастни е трудна, обикновено поради респираторни симптоми. В няколко случая животозастрашаващите усложнения като запушване на червата или задушаване са клиничният дебют на състоянието. Лапароскопският подход за поправяне на диафрагмалния дефект предлага перфектна видимост и достъпност на предната диафрагма. Тези предимства, заедно с бързото възстановяване след лапароскопска операция, правят минимално инвазивната техника първият избор за възстановяване на херния на Morgagni.

Abstract

The Morgagni hernia is a rare congenital defect of the anterior diaphragm, which usually presents in childhood. It diagnosis in adults is difficult, usually because of respiratory symptoms. In several cases, life-threatening complications such as bowel obstruction or strangulation, were the clinical debut of the condition. The laparoscopic approach for repair of the diaphragmatic defect offers perfect visibility and accessibility to the anterior diaphragm. These advantages, along with the fast recovery after a laparoscopic surgery, make the minimally invasive technique the first choice for Morgagni hernia repair.

29. Filipov A, Benishev B, Ivanov I, Andonov D, Tabakov M Methods for control of inferior mesenteric artery in laparoscopic left colon resections. Scripta Scient.Med 48, supplement1, 2016

Резюме

Лапароскопските хирургични методи за лечение на доброкачествените и злокачествените заболявания на дебелото черво придобиват световно признание в света на съвременната медицина. Със своята двадесет и петгодишна история и утвърждаващи се предимства те бавно се превръщат в предпочитания от лекарите подход към тези заболявания. Миниинвазивната хирургия на дебелото черво все още е изправена пред

редица предизвикателства като адекватното представяне на анатомичните равнини и ориентири, ограничените възможности за манипулация на тъканите и особеностите при контрола на хемостазата. Едни от ключовите стъпки, при лапароскопските резекции на левия колон са локализирането и скелетирането на долната мезентериална артерия и вена, и последващото им прекъсване. Това поражда въпроси относно мястото и метода за лигиране на тези съдове. При злокачествени новообразувания, след мобилизацията на сигмовидното черво и идентификация на левия уретер, артерията се прекъсва високо, проксимално от бифуркацията и, на около 2 до 2,5см. след отделянето и от абдоминалната аорта. Вената се прекъсва на ниво под долния ръб на панкреаса. Това позволява адекватното отстраняване на мезоколичните лимфни колектори. Високото лигиране на долните мезентериални съдове все по-широко се прилага и при лапароскопските резекции при доброкачествени заболявания.

Abstract

Laparoscopic surgical methods for the treatment of benign and malignant diseases of the colon are gaining worldwide recognition in the world of modern medicine. With their twenty-five year history and established advantages, they are slowly becoming the physician's preferred approach to these diseases. Minimally invasive colon surgery still faces many challenges, such as adequate presentation of anatomical planes and landmarks, limited tissue manipulation, and features of the hemostasis control. One of the key steps in laparoscopic resection of the left colon is the localization and skeletonization of the inferior mesenteric artery and vein, and their subsequent interruption. This raises questions about the location and method of ligation of these vessels. In malignant neoplasms, after mobilization of the sigmoidomyeloma and identification of the left urethra, the urethra is interrupted high, proximal to the bifurcation and, at about 2 to 2.5 cm. after separation and from the abdominal aorta. The vein is cut off at a level below the lower edge of the pancreas. This allows adequate removal of mesocolic lymphatic collectors.

30. Кьосев К., Г. Ковачев, Г. Попиванов, И. Теодосиев, П. Димов, В. Васева, Е. Кьосева, Табаков М, Мутафчийски В. **Гангрена на Фурние: два клинични случая и ревю на литературата.** Военна медицина, София, 2017;4:45-52.

Резюме

Бързо прогресиращият и потенциално фатален некротизиращ фасциит, засягащ външните гениталии, перинеума и перианалното пространство се дефинира като гангрена на Фурние. Въпреки напредъка в лечението му, което изисква мултидисциплинарен подход, смъртността остава висока, достигайки до 20-30% от случаите. Разширените и повтарящи се хирургични дебридмани в засегнатата област водят до обширни раневи дефекти, чието вторично затваряне изисква комплексна реконструкция, а вторичното им саниране кореспондира с продължително лечение и генерира многократно по-високи болнични разходи. Набиращата популярност през последните две десетилетия концепция за лечение на рани с негативно налягане отбелязва нов етап в лечението на това заболяване. Представяме два илюстративни случая, успешно лекувани с VAC® (Vacuum-Assisted Closure) терапия, фокусирайки ефекта ѝ върху оздравителния процес и възможността за ранно първично затваряне на раневия дефект. Представен е кратък обзор на съвременната литература, който хвърля светлина върху модерната концепция за поведение и лечение при гангрена на Фурние.

Abstract

Rapidly progressive and potentially fatal necrotizing fasciitis of external genitalia, perineal and perianal area is defined as Fourniers gangrene. Despite advancements in treatment that require multidisciplinary approach, the mortality rate averages 20-30%. Extended and repeated surgical wound debridement may lead to extensive wound defects which later require complex reconstruction. Moreover, treatment with secondary intention healing corresponds with prolonged hospital stay and unacceptable costs. Negative pressure wound therapy (NPWT) has evolved over the past decade because its remarkable effects on healing of chronic wounds and has become the principle of their treatment, including Fourniers gangrene. We present two illustrative case reports successfully treated with application of VAC® (Vacuum-Assisted Closure). We focus effects in healing process that assist to the more rapid closure of the wound defects. In addition, brief review of the literature highlights the current concept for management and treatment of Fourniers gangrene

31. Filipov A, Tabakov M, Benishev B, Ivanov I, Andonov D, Laparoscopic total mesorectal excision based on 100 cases. Scripta Scient.Med 48, supplment1, 2016

Резюме.

Въведение: Лапароскопската ректална резекция е широко възприет метод за хирургично лечение на рак на ректума. Пациентите, лекувани с лапароскопия, се възползват от общите предимства на минимално инвазивния подход пред откритата хирургия, докато дългосрочните онкологични резултати са сравними. **Цел:** Целта на това проучване е да запознае 7-годишния опит на 4-та хирургична клиника на УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“ ЕАД с повече от 100 лапароскопски ректални резекции за рак. **Материали и методи:** От януари 2009 г. до декември 2015 г., 104 са извършени лапароскопски ректални резекции с лечебно намерение. Включени са само пациенти с cT1-cT3 тумори, без данни за отдалечени метастази.

Резултати: Изследваната група включва 69 (66,34%) мъже и 35 (33,66%) жени, на възраст между 34 и 86 години, със среден ИТМ 26 кг / м² (21-32 кг / м²). Според локализацията на тумора от аналния ръб, пациентите са разделени в три групи: проксимален ректум (10-15 cm) - 34 (32,7%); среден ректум (5 <10 cm) - 47 (45,2%) и дистален ректум (<5 cm) - 23 (22,1%). 36 (56,2%) пациенти са преминали неoadjuвантна лъчетерапия. 12 (18,8%) от оперираните пациенти са били в патологичен етап I, 23 (35,9%) - етап II, 29 (45,3%) - етап III. Преминаването към открита процедура е извършено в 5 случая (3,84%). Средното оперативно време беше 180мин. (120 - 420мин.), а средната загуба на кръв е 80ml (20-800ml). Функцията на червата се възстановява в следоперативния ден 2 (1-7). Средният престой в болница е бил 5 дни (3-17). Усложнения са наблюдавани при 8 пациенти (5,12%). Лапароскопски лекуваните пациенти са проследявани средно за 24 месеца (3-36). Общата честота на рецидивите на рака беше 15,6%. **Заключение:** Лапароскопските ректални резекции за рак на ректума са безопасни процедури, които превишават откритите интервенции с по-малко следоперативна болка, по-малко загуба на кръв, по-бързо възстановяване на работата на червата, по-кратък престой в болница и отличен козметичен ефект от подобни дългосрочни онкологични резултати.

Abstract

Introduction: Laparoscopic rectal resection is a widely adopted method for surgical treatment of rectal cancer. The patients treated by laparoscopy benefit from the general advantages

of the minimally invasive approach over the open surgery, whereas the long-term oncologic results are comparable. Aim: The purpose of this study is to introduce the 7-year experience of the 4th Surgical Clinic, UHATEM "N.I.Pirogov" with more than 100 laparoscopic rectal resections for cancer. Materials and Methods: From January, 2009 till December, 2015, 104 laparoscopic rectal resections with curative intention were executed. Only patients with cT1-cT3 tumors, without evidence of distant metastases, were included. Results: The study group included 69 (66.34%) men and 35 (33.66%) women, between 34 and 86 years of age, with mean BMI 26kg/m² (21-32 kg/m²). According to tumor localization from the anal verge, the patients were separated in three groups: proximal rectum (10-15cm) - 34 (32.7%); middle rectum (5<10cm)- 47(45.2%) and distal rectum (<5cm) -23 (22.1%). 36 (56.2%) patients had undergone neoadjuvant radiotherapy. 12 (18.8%) of the operated patients were in pathologic stage I, 23 (35.9%) - stage II, 29 (45.3%) -stage III. Conversion to open procedure was done in 5 cases (3.84%). The mean operative time was 180min. (120 - 420min.) and the mean blood loss was 80ml (20-800ml). The bowel function recovered on postoperative day 2 (1-7). The mean hospital stay was 5 days (3-17). Complications occurred in 8 patients (5.12%). The laparoscopically treated patients were followed up for an average of 24 months (3-36). The general cancer recurrence rate was 15.6%. Conclusion: The laparoscopic rectal resections for rectal cancer are safe procedures that outweigh the open interventions with less postoperative pain, less blood loss, faster recovery of bowel function, shorter hospital stay and excellent cosmetic effect, by similar long-term oncologic results.

32. Филипов А, Табаков М, Лапароскопски резекции на ректума по повод ректален карцином – моноинституционален опит. Онкология бр 43 2 suppl./2015

Резюме

Въведение: Лапароскопската техника навлиза все по-широко в хирургичното лечение на колоректалния карцином. Това позволява на пациентите с това заболяване да се облагодетелстват от обичайните предимства на лапароскопската хирургия пред класическата отворена хирургия, на фона на сравними дългосрочни резултати по отношение на лечението на онкологичното заболяване.

Цел: Настоящото проучване представя опита на 4та хирургична клиника при УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов” с лапароскопските резекции на ректума по повод ректален карцином за 5 годишен период.

Материал и методи: За периода януари 2009 г. – декември 2013г. в клиниката, с куративна цел, са извършени 64 лапароскопски резекции на ректума по повод ректален карцином. В проучването се включват само пациенти с cT1 –cT3 тумори, без далечни метастази.

Резултати: В изследваната група влизат 43 (67.2%) мъже и 21 (32.8%) жени, на възраст между 34г. и 86г., със среден BMI 26 kg/m² (21-32 kg/m²). Според локализацията на тумора в ректума, пациентите се разделят като следва: проксимална 1/3 (10-15cm) - 21(32,8%); средна 1/3 (5<10cm)-29(45,3%) и дистална 1/3(<5cm) -14(21,9%). 36 (56.2%) болни са били подложени на предоперативно лъчелечение. 12 (18,8%) от оперираните попадат в Iви стадий, 23(35,9%) – IIст, 29(45,3%) -IIIст. Конверсия се е наложила в 5 случая(3,84%): при 4ма пациенти поради твърде голям тумор, непозволяващ манипулация на ректума в таза, а при 1 болен поради неовладяващо се кървене. При всички случаи на конверсия, операцията е приключена през долна срединна лапаротомия. Средната продължителност на оперативната интервенция е 180мин. (120 – 420мин.), а кръвозагубата

е 80мл (20-800мл). Чревният пасаж се възстанови средно на 2ри следоперативен ден (1-7дни). Средният следоперативен болничен престой е 5 дни (3-17дни). Усложнения настъпиха при 8 болни (5,12%). 2 инсуфициенции на колоректалната анастомоза, 3 случая с ранна следоперативна чревна непроходимост, овладяна с консервативни средства, 1 опериран - с кървене в следоперативния период, наложило релапароскопия и хемостаза, и при 2ма болни- претърпели абдомино-перинеална екстирпация на ректума – ранева инфекция на перинеалната рана. Оперираните пациенти са проследени средно 14 месеца (3 – 36). Установен е локален рецидив на заболяването при 3ма болни и далечни метастази при 9ма оперирани, при които интервенцията е завършила лапароскопски. При 2ма от болните с локален рецидив са установени синхронно и далечни метастази. Така общата честотата на рецидивите е 15,6%. Всички болни с рецидив на заболяването са били в трети стадий при операцията. Не са наблюдавани имплантационни метастази в коремната стена на местата на портовете или на разреза за екстракция на препарата.

Заклучение: Лапароскопските резекции на ректума по повод карцином са сигурни интервенции, характеризиращи се с по-слаба следоперативна болка, по-малка кръвозагуба, по-бързо възстановяване на чревния пасаж, по-кратък болничен престой и отличен козметичен ефект, при сравними с отворената хирургия онкологични резултати

Abstract

Introduction: The laparoscopic technique is becoming more widespread in the surgical treatment of colorectal cancer. This allows patients with this disease to benefit from the usual advantages of laparoscopic surgery over classical open surgery, against the background of comparable long-term results in the treatment of cancer.

Aim: The present study presents the experience of the 4th Surgical Clinic at UMHAT "N.I. Pirogov" with laparoscopic resections of the rectum for rectal cancer for a period of 5 years.

Material and methods: For the period January 2009 - December 2013, 64 laparoscopic resections of the rectum for rectal cancer were performed with curative intention. Only patients with CT1-CT3

Results: The study sample includes 43 (67.2%) men and 21 (32.8%) women between 34 years. and 86 years of age, with an average BMI of 26 kg / m² (21-32 kg / m²). According to the location of the tumor in the rectum, patients are divided as follows: proximal 1/3 (10-15 cm) - 21 (32.8%); middle 1/3 (5 <10 cm) -29 (45.3%) and distal 1/3 (<5 cm) -14 (21.9%). 36 (56.2%) patients underwent preoperative radiotherapy. 12 (18.8%) of the operated fall into stage I, 23 (35.9%) - stage II, 29 (45.3%) - stage III tumors without distant metastases were included in the study. Conversion was required in 5 cases (3.84%): in 4 patients due to too large tumor, not allowing manipulation of the rectum in the pelvis, and in 1 patient due to uncontrollable bleeding. In all cases of conversion, the operation was completed through a lower middle laparotomy. The average duration of the surgical intervention is 180 minutes. (120 - 420 min.), and the blood loss is 80 ml (20-800 ml). The intestinal passage was restored on average on the 2nd postoperative day (1-7 days). The average postoperative hospital stay is 5 days (3-17 days). Complications occurred in 8 patients (5.12%). 2 leaks of the colorectal anastomosis, 3 cases with early postoperative intestinal obstruction, controlled with conservative measures, 1 operated - with bleeding in the postoperative period, requiring relaparoscopy and hemostasis, and in 2 patients - who underwent abdominal-perineal extirpation- infection of the perineal wound. The operated patients were followed for an average of 14 months (3 - 36). Local recurrence of the disease was found in 3 patients and distant metastases in 9 patients, in whom the intervention ended laparoscopically. In 2 of the patients with local recurrence synchronous and distant metastases were found. Thus, the

overall recurrence rate is 15.6%. All patients with recurrence of the disease were in the third stage at the time of the operation. No implantation metastases were observed in the abdominal wall at the port sites or in the incision for extraction of the specimen.

Conclusion: Laparoscopic resections of the rectum for cancer are safe and are characterized by less postoperative pain, less blood loss, faster recovery of the intestinal motility, shorter hospital stay and excellent cosmetic effect and comparable to open surgery long term oncological results.

33. Andonov D, Ivanov I, Filipov A, Tabakov M Causes for conversion in laparoscopic treatment of mechanical ileus. Scripta Scient.Med 48, supplment1, 2016

Резюме

Непроходимостта на тънките черва е основна причина за спешна хоспитализация в хирургичните отделения. Повечето пациенти реагират на консервативна терапия, но 30% изискват операция. Конвенционалното хирургично лечение се извършва чрез лапаротомия. Лапароскопският достъп не е широко разпространен поради предполагаемия висок риск от висцерални увреждания, труден достъп и ограничено работно пространство. Представяме нашия опит в използването на лапароскопия при диагностика и лечение на илеус на тънките черва и най-честите причини за конверсия.

Материали и методи: От 2009 г. до 2016 г. в клиниката е извършена лапароскопия за диагностични и терапевтични цели при 82 пациенти с клинични и параклинични данни за чревна непроходимост. Всички хирургични процедури се извършват от хирурзи, които имат опит в лапароскопската хирургия. Средната възраст на оперираните е 53,5 години (21-86 години), а 70,7% (58/82) са жени. Средната ИТМ на пациентите е била 28 кг / м² (22- 34). 30,4% (25) са имали предходен епизод на чревна непроходимост. Сред тази група няма пациенти с перитонит. Резултати: Преобразуването е необходимо при 28 (34,1%) пациенти. Ние приемаме като преобразуване всеки път, когато е направена лапаротомия, независимо от повода. Причините за конверсиите са: исхемична некроза, изискващарезекция в 4 случая, 1 пациент с мезентериална тромбоза, 1 ятрогенна перфорация, 18 трудни изследвания, при които диагнозата е невъзможно да се постави и 4 поради невъзможност за извършване на адхезолиза. Наблюдават се интраоперативни усложнения при двама пациенти в ранната фаза на изследването - ятрогенни перфорации на тънките черва. Причината за това беше използването на грешен инструмент за манипулиране на дисектора на червата. За първия пациент бяха извършени конверсия и зашиване, за втория - лапароскопски шев. Заключение: Лапаротомията все още е златният стандарт за лечение на чревна непроходимост, но лапароскопията е подходящ диагностичен инструмент за идентифициране на причините за чревна непроходимост с висока терапевтична ефективност, Все пак много голям брой пациенти изискват преход към открита хирургия. Дългата крива на обучение и неправилният подбор на пациентите могат да се считат за основните причини за това.

Abstract

Small bowel obstruction is a major cause of emergency hospitalization in surgical wards. Most patients respond to conservative therapy, but 30% require surgery. Conventional surgical treatment is performed by laparotomy. The laparoscopic access is not widespread because of the supposed high risk of visceral damage, difficult access and limited workspace. We present our

experience in the use of laparoscopy in the diagnosis and treatment of small bowel ileus, and the most common causes for conversion. **Materials and Methods:** From 2009 to 2016, in the clinic, laparoscopy for diagnostic and therapeutic purposes has been performed in 82 patients with clinical and paraclinical data for intestinal obstruction. All surgical procedures were performed by surgeons experienced in laparoscopic surgery. The average age of the operated was 53.5 years (21-86 years) and 70.7% (58/82) were female. The average BMI of the patients was 28kg/m² (22-34). 30.4% (25) had a prior episode of intestinal obstruction. Among this group, there were no patients with peritonitis. **Results:** Conversion was necessary in 28 (34.1%) patients. We accept as conversion every time when a laparotomy was made, regardless of the occasion. The reasons for the conversions were: ischemic necrosis requiring resection in 4 cases, 1 patient with mesenteric thrombosis, 1 iatrogenic perforation, 18 difficult explorations, where a diagnosis was impossible to make, and 4 due to inability to perform adhesiolysis. Intraoperative complications were observed in two patients in the early phase of the study - iatrogenic small bowel perforations. The reason for this was using the wrong instrument for manipulating the bowel - dissector. For the first patient, conversion and suture were performed, for the second - laparoscopic suture. **Conclusion:** Laparotomy is still the gold standard for treatment of intestinal obstruction, but laparoscopy is an appropriate diagnostic tool of identifying the causes of intestinal obstruction with high therapeutic efficiency. Still, a very large number of patients required conversion to open surgery. The long learning curve and the improper selection of patients could be considered as the main reasons for this.

34. Mutafchiyski V, Kotashev G, Tabakov M, Mihaylova Z, Popivanov G. A case of laparoscopic-assisted treatment of small bowel intussusception due to metastases from malignant melanoma – a word of caution. Int J Surg Med. (2016) 2(4): 230-233

Резюме

През последните 4 десетилетия, лапароскопската хирургия доби абсолютно признание и днес е „златен стандарт“ за хирургичното лечение на много хронични и спешни остри състояния. Въпреки това, използването на миниинвазивен подход за третиране на чревната непроходимост е дискутабилно, като липсва висококачествени доказателства за неговата ефективност. Представяме случай на 36г мъж с тънкочревна инвагинация, причинена от метастази от малигнен меланом, третиран лапароскопски. Анализирани са диагностичните предизвикателства и трудностите на лапароскопското лечение на тънкочревния илеус. Във всички случаи на чревна непроходимост в съчетание с анамнеза за малигнен меланом, трябва да се подозират множество метастази в органите на храносмилателния тракт. Приложението на лапароскопията в спешната хирургия се увеличава непрекъснато. Използването и за лечението на тънкочревния илеус е възможно и безопасно за пациента. Въпреки това се изисква повишено внимание при болни със съмнение за метастазирал в коремните органи меланом.

Abstract

During the last four decades, the laparoscopic surgery gradually underwent a full recognition and nowadays it is a “gold standard” treatment for many elective conditions and recently in a wide variety of emergent conditions. However, its use in bowel obstruction is still under debate, and high-level evidence is lacking. Herein we present a case of 36-year-old man with small bowel intussusception due to metastases from melanoma treated laparoscopically. Diagnostic challenges and pitfalls of laparoscopic treatment are discussed. Multiple

gastrointestinal metastases should be considered in all cases with small bowel obstruction and a history of melanoma. Although laparoscopy is increasingly used in emergency setting and appears to be the feasible and safe treatment of small bowel obstruction, it should be used with a caution in cases with suspected metastasized malignant melanoma.

35. Popivanov G, Inkov I, Kovachev G, Kjossev K, Philipov A, **Tabakov M**, Petrov H, Stefanov D, Ajderian S, Ribarov R, Mutafchiyski M **Negative pressure wound therapy in wartime wounds – case series and review of the literature.** Int J Surg Med. 2018; 4(3): 138-148.

Резюме

Въведение: Дълго време военната доктрина несъмнено заявяваше, че раните от военното време трябва да се третират чрез дезинфекция, промиване, превръзка, напоена с физиологичен разтвор и вторично зарастване. Въпреки това, новата реалност на променената доктрина за военни действия и медицинска помощ (подобрената дохоспитална грижа, по- високият процент на оцелелите с обширна загуба на меки тъкани, по- бърза евакуация) наложи промяната на тази парадигма и доведе до бързото прилагане на ТРОН при лечението на сложните бойни рани. Въпреки обширната литература, която се занимава с различните аспекти на ТРОН, има няколко поредици, които съобщават за използването му при рани от военно време. Целта на настоящото проучване е да представи част от нашия опит и да извърши съвременен преглед на наличната литература.

Материали и методи: Представени са общо три добре документирани случая, управлявани от нашия екип- два с взривна травма и един с нараняване от огнестрелно оръжие. Търсене на литература в PUBMED с помощта на следните ключови думи - бойна / военна рана / наранявания. Освен това беше извършено търсене на ръка чрез кръстосана препратка. Бяха включени всички доклади относно ТРОН за бойни рани на крайниците и на меките тъкани, с изключение на докладите за случая. Следните променливи бяха анализирани: механизъм на нараняване (взрив/ изстрел с огнестрелно оръжие), брой на пациентите и раните, брой смени на превръзките, средното време за и вид на затваряне, честота на ампутацията, степента на усложняване на раната и клапата. Резултати: Общо 1038 доклада бяха намерени чрез PUBMED и допълнителното ръчно търсене с помощта на кръстосана препратка. От тях 17 заглавия се счетоха за приемливи. Два случая и четири рецензии бяха изключени, докато десет случая и едно сравнително проучване бяха включени в анализа. **Заключение:** В момента ТРОН играе важна роля в лечението на бойните рани, но на този етап не могат да се направят препоръки, основани на доказателства. Въз основа на наличната литература е трудно да се направи изводът, че ТРОН намалява степента на инфекции на раната и честотата на ампутацията, поради ниското качество на проучванията и многофакторното определяне на тези променливи. Въпреки това, с изключение на добре познатите ползи като евакуация на течността, стимулация на гранулиращата тъкан и подготовката за окончателно зарастване, в бойната обстановка ТРОН предлага няколко значителни предимства пред конвенционалните превръзки- намалената нужда от смяна на превръзката запазва ценните и ограничени военни ресурси като работна сила и време, осигурява по- безопасно евакуиране със значително подобрен комфорт на пациентите и медицинския екип.

Abstract

Introduction: For a long time, the military doctrine inarguably stated that wartime wounds must be managed by debridement, lavage, saline-soaked dressing and healing by secondary

intention. However, the new reality of the changed warfare and medical support doctrine (improved prehospital care, a higher rate of survivors with extensive soft tissue loss, faster evacuation) forced the change of this paradigm and led to the rapid implementation of NPWT in the treatment of the complex combat wounds. Despite the large body of literature dealing with various aspects of the NPWT, there are few series reporting its use in wartime wounds. The aim of the present study is to report a part of our experience and to perform a state-of-art review of the available literature. Material and methods: A total of three well documented cases managed by our team are presented - two with blast trauma and one with a gunshot injury. Literature search in PUBMED using the following keywords -combat/warfare wound/injuries. Additionally, a manual search was performed through cross-reference. All reports concerning NPWT of combat wounds of extremities and soft tissue except for case reports were included. The following variables were analyzed: mechanism of injury (blast/gunshot), number of the patients and wounds, number of dressing changes, the average time to and type of closure, amputation rate, wound and flap complication rates. Results: A total of 1038 papers was found through PUBMED and additional manual search using cross- "2TJ Резюмета на публикации и доклади на доц. д-р Антоний Тончев Филипов, дм references. Of them, 17 titles were considered eligible. Two case reports and four reviews were excluded, whereas ten case series and one comparative study were included in the analysis.

Conclusion: Currently, NPWT plays an essential role in the treatment of the combat wounds, but no evidence-based recommendations could be made at this stage. Based on the available literature, it is difficult to conclude that NPWT diminishes the rate of wound infection and amputation rate due to the low quality of the studies and the multifactorial determination of these variables. Nevertheless, except for the well-known benefits such as evacuation of fluids, stimulation of granulation tissue and preparation for definitive closure, in combat setting NPWT offers several significant advantages over the conventional dressings – the reduced need for dressing changes saves the precious and limited wartime resources such as manpower and time, provides safer evacuation with significantly improved patient's and medical crew's comfort.

36. Даскалов В, Белоконски Е, Табаков М, Доплер контролирана ректоанална мукопексия – нов метод за лечение на високостепенна хемороидална болест. Сборник с доклади „XIII^{ти} национален конгрес по хирургия с международно участие“, София, 2010 г. стр. 664-665

Резюме

Доплер контролираната ректоанална мукопексия /RAR/ е нов, миниинвазивен метод за лечение на високостепенна хемороидална болест, представляващ комбинация от хемороидално артериално лигиране /HAL/ и мукопексия, «лифтинг» на хемороидален пролапс, осъществени в един етап. Ректоаналната мукопексия /RAR/ предоставя предимства както за хирурга- лесно усвоима и краткотрайна оперативна техника, така и за пациентите- бързо възстановяване, понижено ниво на болезненост, висока степен на удовлетвореност, липса на сериозни компликации. Методиката е много ефективна за лечение на високостепенна хемороидалната болест, както и за корекция на патологично-повишената мобилност на ректалната лигавица.

В това изследване представяме методиката, както и нашият опит при 71 пациенти с високостепенна- III-IVст., хемороидална болест.

Abstract

Doppler-controlled rectoanal mucopexy (RAR) is a new, minimally invasive method for the treatment of high-grade hemorrhoidal disease, a combination of hemorrhoidal arterial ligation (HAL) and mucopexy, a "lifting" of hemorrhoidal prolapse performed in one step. Rectoanal mucopexy / RAR / provides advantages both for the surgeon - easily digestible and short-term surgical technique, and for patients - fast recovery, reduced level of pain, high level of satisfaction, lack of serious complications. The method is very effective for the treatment of high-grade hemorrhoidal disease, as well as for the correction of pathologically increased mobility of the rectal mucosa.

In this study we present the methodology, as well as our experience in 71 patients with high-grade hemorrhoidal disease.

37. Popivanov G, Kjossev K, **Tabakov M**, Inkov I, Mutafchiyski V. **Temporary abdominal closure techniques in open abdomen – a word of caution.** Int J Surg Med. 2017; 3(3): 190- 191. doi:10.5455/ijsm.temporary-abdominal-closure-techniquesin-open-abdomen

Резюме

Настоящата работа представлява кратък коментара върху статията на Ciccolini и кол. "IROA: International Register of OpenAbdomen, preliminary results", публикувана неотдавна във февруарския брой на списание WJES. Представяме кратък коментар и правим някои полезни предложения.

Abstract

The present work represents a short commentary on the article of Ciccolini et al. "IROA: International Register of OpenAbdomen, preliminary results" published recently in the February issue of WJES. We provide a brief commentary on their article and make certain useful suggestions.

38. Mutafchyiski V, Popivanov G, Kjossev K, Ivanov P, Kotashev G, **Tabakov M** **Open abdomen and temporary abdominal closure techniques with negative pressure** Balkan Military Medical Review 2015; 18(3):87-94

Резюме

Въведение: В днешно време отвореният корем е широко приет метод за лечение на тежки травми, тежък дифузен перитонит и абдоминален компартмънт синдром. През последните 30 години са описани множество техники за временно затваряне на корема.

Цел: Целта на настоящото изследване е да направи преглед на литературата и да сравни ефективността на техниките с отрицателно налягане – вакуумно пакетиране (VP) и вакуум асистирано затваряне (VAC, KCI), които получиха голяма популярност през последните две десетилетия.

Материал и методи: Търсенето на литература се извърши в PUBMED за периода 1995-2014 г. с ключови думи - „отворен корем“, „временно затваряне на корема“, „VP“, „V.A.C.“. За целите на обзора бяха разгледани само оригинални статии с ясно описание на методологията и резултатите.

Резултати: За периода 2002-2014 г. бяха намерени 17 проучвания, разглеждащи резултатите само от V.A.C. включващи 1146 пациенти, както и 8 проучвания, докладващи V.A.C. в комбинация с динамични фасциални шевове при 413 пациенти. За същия период са открити 12 проучвания, оценяващи ефективността само на VP с 921 пациенти и 4 проучвания на VP в комбинация с динамични фасциални шевове при 218 пациенти. Бяха намерени само 2 проучвания, директно сравняващи VP и V.A.C.

Заклучение: Прегледът на литературата показва по-висок процент на първично фасциално затваряне и по-нисък процент на смъртност при V.A.C. в сравнение с VP на фона на подобна честота на ентеро-атмосферните фистули и интраабдоминалните абсцеси. Въз основа на резултатите и на собствения ни опит използването на динамични фасциални шевове в допълнение към V.A.C. улеснява първичното фасциално затваряне и трябва да се използва във всички случаи с очаквана продължителност на отворения корем над 9 дни. Поради възможните усложнения трябва да се избягва неоправданото прилагане на отворения корем и да се положат всички усилия за ранно му затваряне в хода на лечението.

Abstract

Introduction: Nowadays, the open abdomen is widely accepted method for a treatment of severe

trauma, severe diffuse peritonitis and abdominal compartment syndrome. During the past 30 years numerous techniques for temporary abdominal closure have been described.

Aim: The aim of the present study is to review the literature and to compare the effectiveness of the techniques with negative pressure – vacuum pack (VP) and Vacuum Assisted Closure (V.A.C., KCI), which have received a vast popularity in the last two decades. Material and methods The literature search was performed in PUBMED for the period 1995-2014 with key words – “open abdomen”, “temporary abdominal closure”, “VP”, “V.A.C.”. For the purpose of the review, only original articles with a clear description of the methodology and results were considered. Results For the period 2002- 2014, 17 eligible studies evaluating the outcome in V.A.C. only and were found with overall 1146 patients and 8 studies reporting V.A.C. with dynamic fascial closure with 413 patients. For the same period, 12 studies evaluating effectiveness of VP only with 921 patients and 4 VP with dynamic fascial closure with 218 patients were found. There were only 2 studies directly comparing VP and V.A.C.

Conclusion: The literature review demonstrates higher rate of primary fascial closure and lower mortality rate in V.A.C. in comparison to VP on the background of similar frequency of EAFs and intraabdominal abscesses. Based on the results and on our own experience the use of dynamic fascial closure in addition to V.A.C. facilitates the primary fascial closure and should be used in all cases with expected duration of the OA over 9 days. Due to the possible complications the wanton use of the open abdomen should be avoided and all efforts for early closure should be made in the course of the treatment.

39. Белокошки Е., Табаков М. **Лапароскопска резекция на черния дроб В: Чернодробни метастази от колоректален рак : Диагностика и лечение** Издателство и производство - Варна : Мед. унив. Проф. д-р Параскев Стоянов, 2006 ISBN - 954-9685-33-0; 978-954-9685-33-6 COBISS.BG-ID - 1226813668

Резюме

Предимствата на лапароскопския достъп в хирургичното лечение а много заболявания са доказани. С развитието на технологиите и с напредъка в овладяването на лапароскопските техники се създаде възможност за миниинвазивно лечение на вси по-сложни оперативни интервенции. Черният дроб се приема за един от органите, подходящи за лапароскопска резекция. Първоначално лапароскопията се използва за диагностична процедура при стадиране на злокачествените процеси на черния дроб, а по-късно – за атипични резекции при доброкачествени заболявания (кисти, аденоми и хемангиоми). Успехите в лечението на доброкачествените заболявания водят до натрупването на опит, който позволява прилагането на методиката а отстраняване на първични и вторични злокачествени тумори на черния дроб.

Abstract

The benefits of laparoscopic access in surgical treatment of many diseases have been proven. With the development of technology and the progress in mastering laparoscopic techniques, more complex surgical interventions became feasible. The liver is considered one of the organs suitable for laparoscopic resection. Initially, laparoscopy was used as a diagnostic procedure in the staging of maligncies of the liver, and later - for atypical resections in benign diseases (cysts, adenomas and hemangiomas). Successes in the treatment of benign diseases lead to the accumulation of experience that allows the application of the methodology and removal of primary and secondary malignant tumors of the liver.

40. Popivanov G, Belokonski E, Mutafchiyski V, **Tabakov M**, Paneva R **An Ovarian Hernia with a Leiomyoma of Ovary** , Balkan Military Medical Review, Apr-Jun 2012; 15(2): 64 – 67

Резюме

Сакът на ингвиналната херния обикновено съдържа тънко черво, дебело черво и оментум, но могат да бъдат намерени и други органи. Плъзгаща херния се среща при 0,15-9% от всички ингвинални хернии и в 4,74% при кърмачета. В 2,9% от всички случаи и приблизително 15-20% от плъзгащите се хернии, сакът съдържа маточна тръба и яйчник. Състоянието е най-често при деца под 5 години (71%) и рядко е свързано с генитални аномалии; по-рядко се наблюдава при възрастни жени (29%). Лейомиомите на яйчниците са много редки и са описани около 70 случая в английската литература. Представяме 49-годишна жена със заклещена лява индиректна плъзгаща се херния, съдържаща част от лявата фалопиева тръба и лейомиом на яйчника. Макар и редки, яйчниковите тумори трябва да се имат предвид при възрастни жени с нерепонибилна слабинна херния. За лечението на лейомиома на яйчниците е достатъчна проста овариектомия.

Abstract

The inguinal hernia sac usually contains small bowel, colon and omentum but other organs may also be found. A sliding hernia occurs in 0.15-9% of all inguinal hernias and 4.74% in infants. In 2.9% of all cases and approximately 15-20% of the sliding hernias the sac contains fallopian tube and ovary. The condition is most common in children under 5 years (71%) and is often associated with genital anomalies; it is less frequently seen in adult women (29%). The ovarian leiomyomas are very rare and about 70 cases have been described in the English literature. We report a 49-year-old woman with a left incarcerated indirect sliding hernia containing a part of the left fallopian tube and leiomyoma of ovary. Although rare, ovarian tumors should be taken into consideration in adult women with non-reducible groin hernia. A simple ovariectomy is sufficient for the treatment of the ovarian leiomyoma.