

Резюмета на научните трудове на Д-р Драгомир Данаилов Дарданов, д.м., представени за участие в обявения конкурс в ДВ брой 96 от 12.11.2024 г., стр. 93 за заемане на академичната длъжност „Доцент“ в професионално направление 7.4. Обществено здраве, специалност „Анатомия“ за нуждите на катедра „Анатомия и биомеханика“ към НСА „Васил Левски“.

1. Deliyski T, S. Popovska, D. Dardanov, A method for marking the location of breast cancer tumor indicated for neoadjuvant therapy, Journal of IMAB, 2004, 10 (1), 47.

Sometimes, histological investigation of a tumor is impeded after neoadjuvant chemotherapy due to full clinical remission, i.e. the tumor cannot be located through palpation, X-ray and macroscopically after mastectomy.

The authors aim to landmark the tumor before after neoadjuvant chemotherapy, thus facilitating its location through X-ray and dissection after changes due to the cytostatic preparation administered.

Materials and methods: The marker is a radio-opaque metal clip, introduced through a puncture needle and placed in the center of the tumor.

After chemotherapy, contrast mammography helped identify the changes in tumor size in relation to the marker. Intraoperatively, the pathologist located the clip, the latter being in some cases the only landmark for primary localization of the tumor.

Our initial results from the application of the method are encouraging: mammography visualized the clip and served as a guide during surgery and macro- and microscopic morphological investigation.

Key words: marking of tumor, neoadjuvant chemotherapy

2. С. Няголова, Д. Дарданов, Т. Бетова, Т. Делийски, Магнитнорезонансно изобразяване на периректалните съединителнотъканни структури при пациенти с рак на правото черво, Рентгенология и Радиология, 2006, 4, 256-262.

Magnetic resonance imaging of perirectal connective tissue structures in patients with rectal cancer

S. Nyagolova¹, D. Dardanov², T. Betova³, T. Deliyski²

¹Department of Diagnostic Imaging, MRI Unit, ²Clinic of Surgical Oncology, ³Department of General and Clinical Pathology, University Hospital "Dr. Georgi Stranski" - Pleven

Резюме. Цел на проучването е да се идентифицират на магнитнорезонансни образи периректалните съединителнотъканни структури по отношение на локалното карциномно разпространение при пациенти с рак на правото черво. Десет доброволци и дванадесет пациенти с карцином на правото черво бяха изследвани с апарат Picker Outlook 0.23 T и body coil или quadrature phased array spine coil. Получената информация от магнитнорезонансното изследване беше сравнена с тази, получена от патологичното изследване на оперативните препарати на радикално оперираните пациенти. Нашите резултати показват, че важните от хирургична и патоанатомична гледна точка съединителнотъканни периректални структури могат да се визуализират с магнитен резонанс. Това подпомага предоперативната оценка на локалното разпространение на ректалния рак, което от своя страна е важно за вземане на решение за прилагане на неoadjuvantна терапия и планиране на оперативната тактика.

Ключови думи: РЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ. ПРЕОПЕРАТИВНО СТАДИРАНЕ. ЦИРКУМФЕРЕНЦИАЛНА РЕЗЕКЦИОННА ГРАНИЦА. МАГНИТНОРЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФИЯ

Abstract. The aim of the study is to identify the perirectal connective tissue structures on magnetic resonance images in relation to local cancer spread in patients with rectal cancer. 10 volunteers and 12 rectal cancer patients were examined at 0.23T(Picker Outlook Open system) with body coil or quadrature phased array spine coil. The information obtained from magnetic resonance images was compared with pathological examination of resected specimen from radically operated patients. Our results show that surgically and pathologically important perirectal connective tissue structures could be visualized with MRI. This approach enhances preoperative assessment of local cancer spread and contributes to planning of neoadjuvant therapy and surgical operation.

Key words: RECTAL CANCER. PREOPERATIVE STAGING. CIRCUMFERENTIAL RESECTION MARGIN. MR IMAGING

3. Киров Г., Д. Дарданов, Проблеми на специализацията по хирургия в Европейския съюз и по света. Хирургия, 2010, 66 (1), 55-58.

Отделните европейски страни имат различни и все още несинхронизирани системи на следдипломно обучение по хирургия. Европейският съюз на Медицинските Специалисти е организация, целяща да дава препоръки и да координира въвеждането на единни стандарти в страните от Европейския съюз и асоциираните страни. Част от тази организация е Европейският съвет по хирургия, който сертифицира и прави препоръки за тенденциите в обучението и квалификацията в хирургията. Най-общо има два варианта на следдипломно обучение и специализация в областта на хирургията и тесните хирургични специалности. Първият тип е общохирургична квалификация за 1-3 години, последвана от тясна хирургична специализация за 3-4 години. Вторият тип е директна специализация в някоя от хирургичните специалности за 5 години. Общата хирургия включва предимно висцерална/коремна хирургия, често с обхват и в други хирургични области (гръдна, съдова, травматология, ендокринна и т.н.). В някои страни преди специализация в тясна хирургична специалност е необходима специалност обща хирургия. До началото на XX в. се говори и пише само за „хирургия”. Отделянето на тесни специалности от хирургията започва с офталмологията, следва гинекологията и т.н. Хронологично погледнато „общата хирургия” се обособява по време и точно поради възникването на тесните специалности. Ето защо това, което означаваме като обща хирургия не е анахронизъм и не означава по-нисък професионализъм. Най-общо в обхвата на съвременната специалност „обща хирургия” се включват: храносмилателния тракт; корема и коремните органи; млечните жлези, кожата и меките тъкани; ендокринните органи; хирургията на главата и шията; хирургичната онкология; хирургично интензивно лечение; травми и изгаряния; някои аспекти от съдовата, детската и гръдната хирургия. специалността „обща хирургия” е нужно да се разграничи от обхвата на дисциплината „обща хирургия” в системата на медицинското образование. Последната включва: учение за раните, асептиката и антисептиката, патоанатомия и патофизиология на хирургичните заболявания, изследване на хирургично болен, диагноза на хирургично заболяване, показания и противопоказания за оперативно лечение, усвояване на лечебно-диагностични процедури и оперативна техника, знания за предоперативен период и следоперативни усложнения

4. Лозев И., Г. Киров, Д. Дарданов, Н. Смилов, Б. Мошев, Р. Гайдарски, Миниинвазивен подход при лечението на острия некротизиращ панкреатит, Хирургия, 2010, 66 (2-3), 24-27.

The study aims to evaluate the efficacy of percutaneous necrosectomy performed under ultrasound control and endoscopic necrosectomy through secondary sinus track (ENTSST) using nephroscope and cystoscope. Puncture of fluid collections in the pancreas was performed under ultrasonographic control to 23 patients with acute necrotizing pancreatitis (ANP). ENTSST using nephroscope and cystoscope was performed to 47 patients after open or percutaneous necrosectomy and persistent sepsis (without satellite collection of CT). Seventeen (74%) patients treated with percutaneous necrosectomy recovered without open surgery. Two of this group died. The average hospital stay was 42 days. Twenty-three patients required an average of two (from 1 to 4) ENTSST. Based on our initial results we believe that the percutaneous necrosectomy and ENTSST in well selected patients might be the better choice than the open

necrosectomy and postoperative lavage. Common solution of these methods has not been reached yet.

5. Dimitrov D., T. Deliyski, M. Donchev, T. Betova, D.Dardanov, V. Nanev, I. Petrova, M. Enchev. Iliac lymph nodes flow and metastases in middle and lower rectal cancer. *Journal of Biomedical and Clinical Research*, 2010, 3 (2), 108-113.

There are controversial views regarding the role of iliac lymph flow and metastases in middle and lower rectal cancer. We defined the role of lymph flow and metastases in middle and lower rectal cancer (MLRC) in iliac lymph nodes. Over a period of two years, 40 patients were operated on for MLRC. Two combinations of techniques (radionuclide imaging and staining) of sentinel lymph node (SLN) mapping and biopsy were applied. Iliac radioactive and stained lymph nodes were found in four of the patients, using the first combination. Four cases with iliac SLNs were found, using the second combination. In one case (2.5%), iliac lymph node metastasis was detected. The three lymph node biopsy methods for detecting metastases in the iliac lymph pool (macromorphological, sampling and lymph mapping) lead to results controversial with the theory that lateral lymph node metastases are relatively common. Key words: rectal cancer, iliac lymph node, metastasis, sentinel biopsy

6. Кълвачев З., И. Цеков, Д. Стоянова, Д. Дарданов, К. Кацаров, Г. Киров и С. Христова. За вероятното участие на човешкия полиомен вирус JC в онкогенезата на рака на дебелото черво. *Медицински преглед*, 2010, 46, (2), 16-22.

Infections with human polyomavirus JC (JCV) are ubiquitous and lifelong. Recent data suggest that JCV may be etiopathogenetically linked to colorectal cancer, directly and/or indirectly affecting various stages of the oncogenesis. Thus, the chronic JCV infection might be an alternative to the "genetic predisposition" in this type of cancer. At least two virus-specific proteins - the large tumor antigen (T-Ag) and so called agnoprotein, influence the control of cell cycle and induce genomic instability, creating conditions for cell transformation. Parts of viral DNA are found in cancerous tissue, which suggests that viral integration may also cause chromosomal damage. Furthermore, inflammatory infiltration in chronic irritation contributes to the accumulation of cytokines in the affected intestinal area, which may further influence the course of oncogenesis. This review discusses the hypothesis that JCV participates as a relevant factor in the genesis of colon cancer.

7. Евтимова В., Я. Асьов, Д. Дарданов, Ж. Бонева, Пл. Йовчевски, Н. Колева, В. Маринов и С. Йорданова, Полиурия в резултат на тежка хиперкалциемия при пациент със захарен диабет. *Медицински преглед*, 2011, 47 (2), 59-63.

Polyuria is a serious symptom, which should never be underestimated due to its clinical severity and the multiple underlying pathophysiological processes. The diagnosis of the current disease is sometimes very difficult and depends on its association with other symptoms. From a differential-diagnostic point of view, multiple conditions might be discussed such as endocrinologic disorders, electrolyte balance disorders, drugs, renal, psychiatric or other diseases. We present a clinical case of a patient with diabetes mellitus and manifested polyuria, which has for a long time been considered a symptom of the diabetes. Despite the insulin treatment, for a two-year period a worsening of the polyuria to a degree of a heavy dehydration was observed in the patient which led to hospitalization. Biochemistry showed a severe hypercalcemia with ECG manifestations. Hormonal, ultrasound and

scintigraphic evidence of a parathyroid adenoma and a primary hyperparathyroidism were also observed in the patient. The surgical removal of the parathyroid adenoma has led to management of the extreme hypercalcemia which has lowered the risk of rhythm and other disorders related to that condition. The presentation of this case has the purpose of focusing the attention of physicians on the plethora of diseases that may cause the same symptom, polyuria, and on the fact that the outcome of the disease depends on active and persistent search for correct diagnosis.

8. Nedkov P, I. Topalov, D. Dardanov, P. Christov. Usage of enzymes in the therapy of chronic wounds. Preliminary results. Comptes rendus de l'Académie bulgare des sciences: sciences mathématiques et naturelles, 2013, 66 (4), 605-610

We present our preliminary results of clinical application of two original enzyme-derived topical preparations, Neprolysin and Post-Neprol, on patients with chronic wounds. Neprolysin is a preparation containing a purified proteolytic enzyme possessing strong activity in the neutral pH-area. The main active component of Post-Neprol is collagen hydrolysate. The aim of the study is to assess the safety and efficacy of local enzymatic treatment of chronic wounds. For a period of 3 years, in a single institution 56 patients suffering from chronic wounds were treated. Twenty-two % of the patients were discharged with fully epithelized healed wounds. The rest (78%) of the patients were discharged with continuously healing non-infected wounds. It was found that the application of Neprolysin and Post-Neprol in complex treatment of patients with chronic wounds is safe and promises effectiveness. Control randomized clinical trials were warranted.

9. Yassin N, D. Dardanov, R. Phillips. Sepsis, CT, and the deep postanal space: a riddle, wrapped in a mystery, inside an enigma. Diseases of the Colon & Rectum, 2015 58(11):1111-1113

FOR DEBATE

Sepsis, CT, and the Deep Postanal Space: A Riddle, Wrapped in a Mystery, Inside an Enigma

Nuha A. Yassin, M.B.Ch.B., M.R.C.S., M.Sc., Ph.D.¹ • Dragomir Dardanov, M.D., Ph.D.² • Robin K. S. Phillips, M.S., F.R.C.S.¹

¹ London, United Kingdom
² Sofia, Bulgaria

When evaluating anorectal sepsis, we depend on adequate physical imaging alongside an image in our mind's eye of anorectal anatomy.

Imaging is frequently used as an adjunct to clinical examination and examination under anesthesia, aiding understanding and hence management. The surgeon seeks to understand the anal canal and fistula anatomy, identify secondary tracts and high extensions, and discriminate between granulation tissue and abscesses/trapped pus.

Ortega et al¹ have supplied interesting evidence based on an extensive experience of evaluating anorectal sepsis using CT scanning. One central reason is to help guide the surgeon in the important and difficult decision regarding whether to drain sepsis directly into the rectum or via the ischioanal fossa. The image in their minds' eye has the deep postanal space as central.

In the United States, Hanley² proposed the deep postanal space as central to the management of some complex fistulas. This teaching has been at the core of the article by Ortega et al¹ but in our view is based on an enigma. The boundaries of this hypothetical space are the levator ani above, the external anal sphincter anteriorly, and the anococcygeal ligament below. From a European perspective, a ligament with an origin from 1 bone (here the coccyx) would by definition have an insertion into another. We Europeans do not have a bone in our anuses, but cannot speak with authority about North Americans.

We supply both cadaveric and magnetic resonance evidence that there is no structure inferiorly that might serve

as a boundary to an anatomically definable deep postanal space. We believe the original question to be a riddle (albeit important), the imaging method selected (CT) a mystery (MRI is so much better), and the deep postanal space itself an enigma (and probably a myth). In our view, such a riddle wrapped in a mystery inside an enigma cannot forecast action. We have attached images to make the following points: 1) CT does not have the quality of MR, 2) anatomic dissection shows no evidence of an anococcygeal ligament, and 3) matching MRI scanning also fails to demonstrate a ligament or a true deep postanal space.

Fistula Classification and Assessment

In 1976, Parks et al³ established a classification system using the external anal sphincter muscle and the top of the anal canal as the central reference points and described 5 types of fistulas in terms of their primary tracts as superficial, intersphincteric, transsphincteric, suprasphincteric, and extrasphincteric. Fistulas that have their internal opening below the dentate line are considered to be low fistulas, whereas those cephalad are high.⁴ The puborectalis muscle is frequently taken as part of the sphincter complex, so its involvement would classify a fistula as high transsphincteric.

Added to this is information about abscesses and secondary extensions, permitting fistulas to be subdivided into simple and complex. A simple fistula is superficial, intersphincteric or low transsphincteric (less than one third of external anal sphincter involved), has a single internal opening, and is not associated with abscesses or secondary tracts. A complex fistula is supratransphincteric, extra, or higher transsphincteric; has multiple internal openings; and is associated with abscesses or secondary tracts/shoeshoe or involvement of other organs, such as the vagina or bladder.

Not identifying secondary fistula extensions increases recurrence, which may be as high as 25%,⁵ and thereby cost. The physical evaluation of a surgeon alone is inferior to modern imaging.⁶

Financial Disclosure: None reported.

Correspondence: Robin K. S. Phillips, M.S., F.R.C.S., St. Mark's Hospital, Department of Surgery, Imperial College London, Northwick Park, Watford Road, Harrow HA1 3J3, United Kingdom. E-mail: robin.phillips@imperial.ac.uk

Dis Colon Rectum 2015;58:1111-1113
DOI: 10.1007/s12630-015-0099-9
© The ASCRS 2015

DISEASES OF THE COLON & RECTUM VOLUME 58:11 (2015)

1111

10. Stoyanov V., D. Dardanov, E. Arabadzhieva, A. Yonkov, S. Bonev, D. Bulanov, J. Hristova, L. Simonova, V. Dimitrova, D. Svinarov. Diagnostic significance of cholangiocarcinoma-associated carbohydrate antigen (CCA-CA) and insulin-like growth factor 1 (IGF-1) in blood serum and bile in patients with extrahepatic bile duct cancer and obstructive jaundice. *Comptes rendus de l'Académie bulgare des sciences: sciences mathématiques et naturelles*, 2019 72(9):1284-1289

Cholangiocarcinomas account for about 1% of all malignant tumours. Their discovery is at a late stage when the possibilities for radical surgical treatment are minimal. To improve diagnosis, we need more powerful markers and early diagnosis techniques. The aim of the study was to investigate the diagnostic significance of cholangiocarcinoma-associated carbohydrate antigen (CCA-CA) and insulin-like growth factor 1 (IGF-1) in blood serum and bile in patients with obstructive jaundice due to extrahepatic bile duct cancer. Thirty patients with obstructive jaundice were examined. They were divided into 3 groups: first group – 9 patients with histologically verified carcinoma of extrahepatic bile ducts; second (first control) group – 11 patients with histologically proven pancreatic carcinoma; third (second control) group – 10 patients with benign diseases of the biliary tract and gall bladder. The analysis of the results revealed a statistically significant difference between the studied groups. The values of both tumour markers are significantly elevated in patients with extrahepatic bile duct cancer, both in serum and in bile. We believe that investigation of new markers in patients with obstructive jaundice provides additional information on the distinction between malignant and benign etiology. CCA-CA and IGF-1 can serve for diagnosis and confirmation of cholangiocarcinoma. It is speculated that this could improve prognosis and outcome.

11. Дарданов Д. Приносът на проф. д-р Параскев Стоянов за създаването на първите български учебници и ръководства по хирургия. 100 години от първата академична лекция по хирургия в България. 150 години от рождението на Параскев Стоянов – основоположник на българската университетска хирургия. *Медицински преглед*, 2021, 57(2), 59-66.

Проф. Д-р Параскев Стоянов е първият български професор по хирургия в основания в София през 1917 г. Медицински факултет. Той създава първата българска академична хирургична школа. На 19.X.1920 г. прочита първата лекция по хирургия, а в периода 1922-1935 г. написва първите български учебници и ръководства по хирургия – Учебник по обща хирургия; Ръководство по оперативна медицина; Ръководство по специална хирургия; Хирургическа диагностика, семиотика и симптоматология. Той е учител на поколения български хирурзи. Остава в историята и като ръководител на отделения и болници в Ловеч, Русе, Плевен и Варна. Настоящото изследване анализира и представя приноса на Параскев Стоянов за създаването и развитието на университетската хирургия в България. Ключови думи: Параскев Стоянов, история на хирургията, учебници по хирургия

12. Yacheva, A., Dardanov D., Zlatareva, D. Follow-up MRI in the assessment of rectal cancer response to neoadjuvant chemoradiotherapy, *Rentgenologiya i Radiologiya*, 2021, 60(1), 54–57.

Colorectal cancer is the third most common cancer in men and the second most common in women. The standard treatment in patients with MRI-staged locally advanced rectal cancer is neoadjuvant chemoradiotherapy (CRT) followed by surgical treatment. The time and type of surgery depends on the effect of CRT. Follow-up rectal MRI after CRT is essential for evaluating tumor regression. The aim of this article is to show the advantages of MRI as the modality of choice for staging and restaging patients with rectal cancer and the importance of performing follow-up MRI after CRT for the prompt management of the patient. We present a series of 3 cases of patients with clinical and histopathological signs of locally advanced rectal cancer. After the initial staging they all underwent neoadjuvant chemoradiotherapy and a follow-up MRI was performed to evaluate the response. The first patient showed complete response with no residual tumor found on the follow-up MRI. The other two patients showed partial response to CRT with more than 30 % reduction in the tumor size. MRI plays a critical role in predicting and evaluating tumor response to chemoradiotherapy. Being familiar with the imaging of the different extent of response is essential for optimizing the surgical strategy and planning further treatment of the patient.

13. Д. Дарданов, Гочо Москов (1891-1942) – основоположник на хирургията на ректума в България. Медицински преглед, 2023, 59(4), 65-68.

Гочо Симеонов Москов (1891-1942) е един от доайените на българската академична хирургия. Следва медицина във Франция и Италия. От 1921 г. до 1942 г. работи и преподава в Хирургическата пропедевтична клиника на Александровска болница (сега Клиника по обща и чернодробно-панкреатична хирургия). Специализира в Париж през 1924 г. Научен секретар и редактор на „Известия на Българското хирургическо дружество“ (сега списание „Хирургия“) от 1934 до 1938 г. Автор е на два учебника по хирургия и на 31 научни труда, включително и на френски. Принос представляват публикациите му в областта на коремната хирургия и по специално – хирургията на ректалния карцином. Клиничните и научните интереси на Гочо Москов се простират и в други области – кръвопреливане, анестезиология, хирургия на сухожилията и сърдечно-съдова хирургия. Запомнен е от своите ученици и сътрудници като всеотдаен и внимателен към болните си. Почива през 1942 г. от рак на дебелото черво. Ключови думи: Гочо Москов, история на хирургията, учебници по хирургия, хирургия на ректалния карцином

14. Yacheva A, D. Dardanov, D. Zlatareva, The Multipurpose Usage of Diffusion-Weighted MRI in Rectal Cancer, Medicina (Lithuania), 2023, 59(12), 2162

Background and Objectives: Colorectal cancer is the third most common oncological disease worldwide. The standard treatment of locally advanced rectal tumors is neoadjuvant radiochemotherapy in combination with surgical resection. The choice of specific treatment algorithm is highly dependent on MRI findings. The aim of this study is to show the potential role of ADC measurements in rectal cancer and their usage in different clinical scenarios. Materials and Methods: A total of 135 patients had rectal MRI evaluation. Seventy-five (56%) had histologically proven rectal adenocarcinoma and sixty (44%) were evaluated as rectal disease-free. An ADC measurement in the most prominent region of interest was obtained for all patients. Eighteen patients (24% of the rectal cancer group) had a second MRI after neoadjuvant chemoradiotherapy with

comparison of the ADC values at the same region of interest as previously measured. Results: Rectal cancer ADC values were found to be significantly lower than the ones in the control group ($p < 0.001$). A statistically significant correlation was found when ADC values in rectal tumors of different T stages were compared ($p = 0.039$)—those with higher T stage as in locally advanced disease showed lower ADC values. Patients with extramural vascular invasion showed significantly lower ADC values ($p = 0.01$). There was a significant increase in ADC values after treatment ($p < 0.001$), and a negative correlation was observed ($r = -0.6572$; $p = 0.004$)—tumors with low initial ADC values showed a higher increase in ADC. Conclusions: ADC measurements have a complementary role in the assessment of rectal cancer and have the potential to predict the response to chemoradiotherapy and improve the planning of proper treatment strategies.

15. Бетова Т., С. Поповска, А. Димитрова, Д. Дарданов. Гастроинтестинални стромални тумори. Мединфо, 2009, 9, 5-6

МЕДИНФО

Гастроинтестинални стромални тумори

Д-р Татяна Бетова, гл. ас.¹, доц. д-р Савелина Поповска¹, д-р Анелия Димитрова, гл. ас.²,
д-р Драгомир Дарданов³

¹Катедра "Обща и Клинична патология", ²Катедра "Патологична физиология", ³Катедра "Хирургични болести", Медицински Университет - гр. Плевен

Гастроинтестиналните стромални тумори (ГИСТ) са рядка, но важна група мезенхимни тумори, възникващи по цялата дължина на храносмилателната система. На тях се падат 0.1-3% от всички тумори на гастроинтестиналния тракт. В изясняването на хисто- и патогенезата им голямо значение има установяването на генната мутация в c-kit протоонкогена, чиито лиганд е необходим за развитието на интерстициалните клетки на Cajal. Те са регулатори на перисталтиката и са позитивни за c-kit анти тялото. Детекцията на тази мутация става възможна чрез имунохистохимичния метод.

Гастроинтестиналните стромални тумори (ГИСТ) са рядка, но важна група мезенхимни тумори, възникващи по цялата дължина на храносмилателната система. На тях се падат 0.1-3% от всички тумори на гастроинтестиналния тракт. В изясняването на хисто- и патогенезата им голямо значение има установяването на генната мутация в c-kit протоонкогена, чиито лиганд е необходим за развитието на интерстициалните клетки на Cajal. Те са регулатори на перисталтиката и са позитивни за c-kit анти тялото. Детекцията на тази мутация става възможна чрез имунохистохимичния метод. За имунохистохимична верификация и диференциална диагноза се използва панел от маркери, включващи c-kit, CD34, Vimentin, Desmin, LSMA, S100p, Synaptophysin. Ключът към диагнозата ГИСТ е експресията на c-kit анти тялото, което се наблюдава в 94% от случаите и CD34, който е позитивен маркер в 70-80%. C-kit е рядък пример за протоонкоген, който е не само специфичен маркер за диагностиката, но е и субстрат за таргетна терапия на тумори с такава мутация. Клинично е установено, че STI-571 (Gleevec) има значение за последваща терапия на този вид тумори. Гастроинтестиналните стромални тумори са рядка, но важна група мезенхимни неоплазми, възникващи по цялата дължина на храносмилателната система – от хранопровода до ректума. На тях се падат 0.1-3% от всички тумори на гастроинтестиналния тракт (ГИТ)[1]. За първи път през 1983 г. Mazur и Clark въвеждат

термина стромален тумор. Преди това те са били определяни като гладкомускулни тумори, саркоми или тумори с неясна хистогенеза.

16. Лозев И., Г. Киров, Н. Смилов, Б. Мошев, Д. Дарданов. Латералната вътрешна сфинктеротомия при лечението на хроничната анална фисура - Военна медицина, 2010, 62(2), 19-22.

Проучени са и са сравнени ранните и късните резултати от консервативното и оперативното лечение на болни с остра и хронична анална фисура, с цел определянето на показанията и подбирането на най-подходящия метод за лечение на това често и особено болезнено страдание. За периода 2003 - 2008г. са лекувани в МИ-МВР и амбулаторно 312 болни с остра и хронична анална фисура. Използвани са един консервативен и четири оперативни метода. Проследени са близките и далечните резултати от проведеното лечение с анкетен метод и клинично изследване. Проучвайки ранните и късните резултати при тези болни, е намерено липса на рецидив след латералната вътрешна сфинктеротомия и по-нисък риск от нарушение на континенцията, в сравнение с аналната дилатация. Направено е заключение, че вътрешната латерална сфинктеротомия все още е златен стандарт при лечението на хроничната анална фисура и всеки нов метод трябва да бъде сравняван с нея.

17. Lozev I., G. Kirov, B. Moshev, N. Smilov, D. Dardanov. A case of sclerosing mesenteritis mimic mesenteric tumour with small bowel obstruction. A difficult diagnosis. Scripta Scientifica Medica, 2010;42(2):101-104

Scripta Scientifica Medica, 2010; vol. 42 (2), pp 101-104

Copyright © Medical University, Varna

A CASE OF SCLEROSING MESENTERITIS MIMIC MESENTERIC TUMOUR WITH SMALL BOWEL OBSTRUCTION. A DIFFICULT DIAGNOSIS

Lozev I., G. Kirov, B. Moshev, N. Smilov, D. Dardanov

Department of surgery, Medical Institute - Ministry of Interior

Reviewed by: prof. R. Madjov

ABSTRACT

Sclerosing mesenteritis is a rare medical condition, affecting radix mesenterii. Its initial clinical appearance is very atypical. Pathological finding was non-specific and in most cases is associated with inflammatory process. Currently there is no imaging method confirming the diagnosis, which requires in most patients to make laparotomy with biopsy from the changed tissue. At least six months of conservative therapy are needed for the patient to become asymptomatic. The material presents our experience with a patient and brief literature review.

Key words: Mesenteritis, Lypodystrophy, Panniculitis, Sclerosing mesenteritis

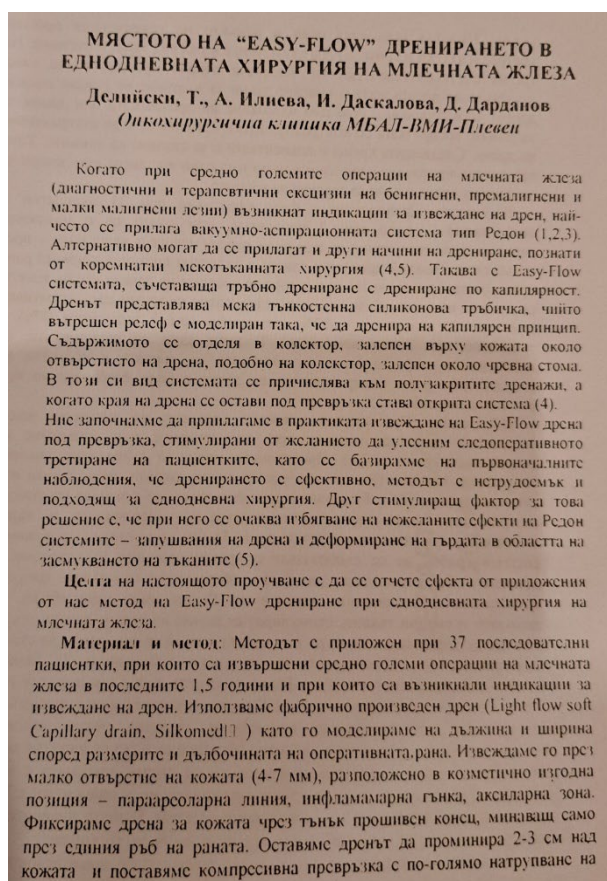
Склерозиращият мезентерит е рядко патологично състояние, засягащо радикс мезентерии. Неговата първоначална клинична изява е изключително атипична. Патологичната находка е неспецифична и в повечето случаи се свързва с възпалителен процес. Понастоящем липсва образен метод, потвърждаващ тази диагноза, което налага при повечето болни извършване на лапаротомия и биопсия от променената тъкан. Необходими са поне шест месеца консервативна терапия,

за да стане пациента асимптоматичен. В материала е представен нашият опит с един болен, като е направен и кратък литературен обзор.

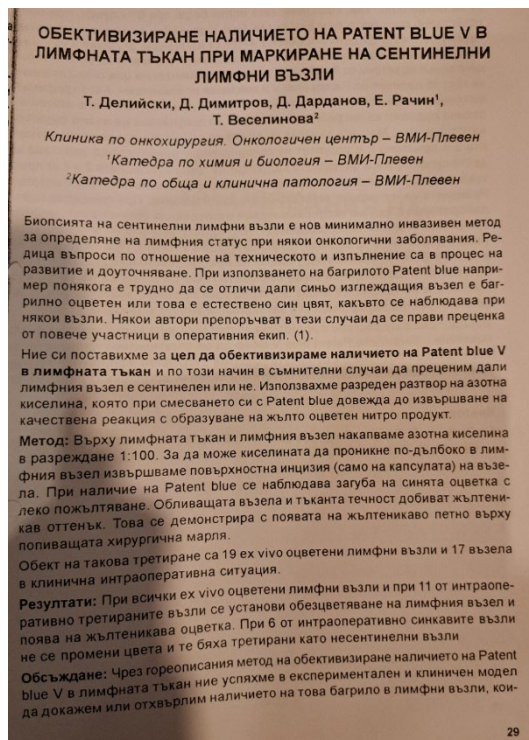
18. Стоянов В., Д. Дарданов, Б. Мошев, Е. Кьоляев, Г. Киров. Лечение на тежките гнойно-некротизиращи инфекции на меките тъкани. Science & Technologies, 2011, 1(1), 192-196.

Severe deep tissue infections are rare, life threatening conditions. They are polymicrobial, massive, destructive infections, characterized by rapidly spreading inflammation and necrosis, involve skin, subcutaneous tissue and underlying fascia. Our aim is to analyze and present treatment of cases of these infections in patients treated at Department of Surgery, Medical institute – Ministry of Interior for 3 years and to propose an algorithm for their integrated treatment. The treatment of severe deep tissue infections is complex and consists of urgent surgical interventions, antibacterial treatment, local wound management and supportive medication of vital functions. Key words: necrotizing fasciitis, Fournier, deep tissue infections, surgery

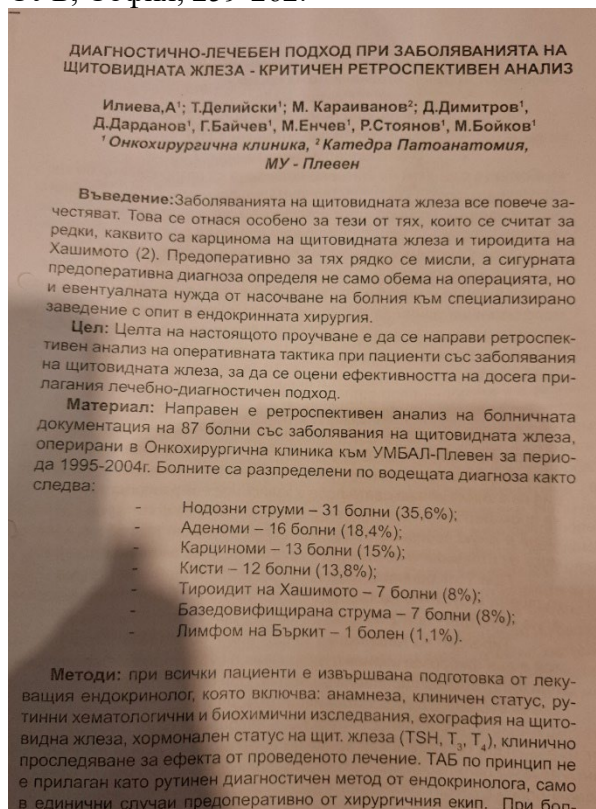
19. Делийски Т., А. Илиева, И. Даскалова, Д. Дарданов. Мястото на „Easy-flow” дренажирането в едnodневната хирургия на млечната жлеза, в Едnodневна хирургия, п/р на Д. Дамянов, 2003, МЕДАРТ-СУБ, София, 7-16.



20. Делийски Т., Д. Димитров, Д. Дарданов, Е. Рачин, Т. Веселинова, Обективизиране на наличието на Patent blue V в лимфната тъкан при маркиране на сентинелни лимфни възли, в Новости в Хирургията, п/р на Д. Дамянов, 2004, МЕДАРТ – СУБ, София, 29-30.

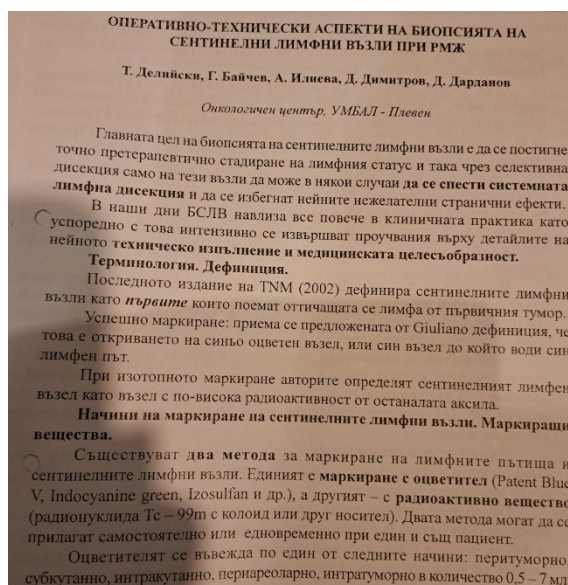


21. Илиева А., Т. Делийски, М. Караиванов, Д. Димитров, Д. Дарданов, Г. Байчев, М. Енчев, Р. Стоянов, М. Бойков, Диагностично-лечебен подход при заболяванията на щитовидната жлеза, в Заболявания на щитовидната жлеза, п/р на Д. Дамянов, 2005, СУБ, София, 259-262.

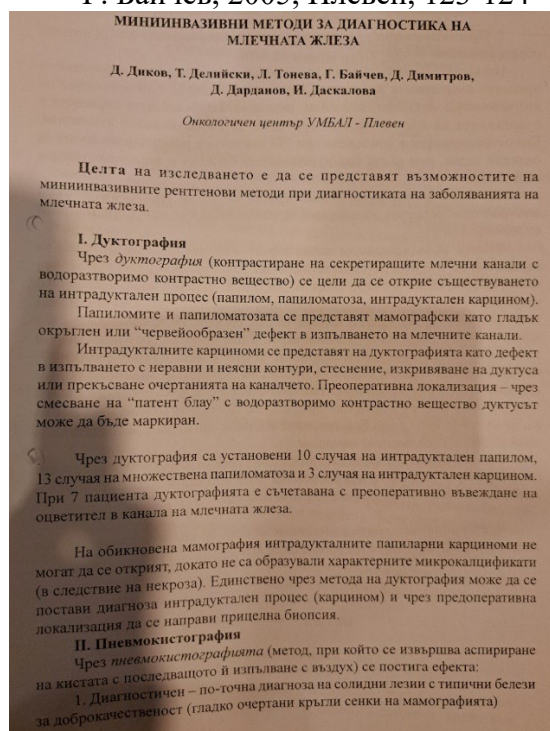


22. Делийски Т., Г. Байчев, А. Илиева, Д. Димитров, Д. Дарданов, Оперативно-технически аспекти на биопсията на сентинелни лимфни възли при рак на млечната

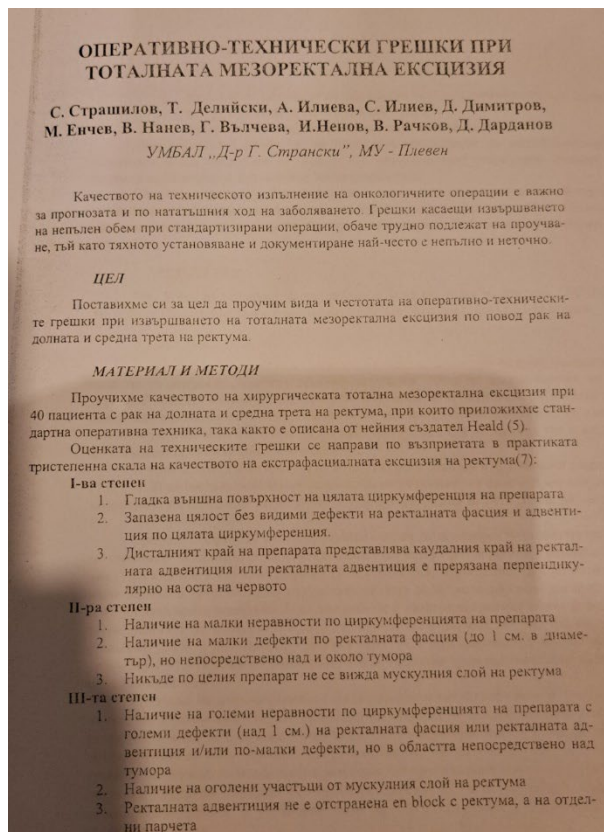
жлеза, в Рак на млечната жлеза – съвременно хирургично лечение, п/р на Т Делийски, Д. Дамянов, Г. Байчев, 2005, Плевен, 125-127.



23. Диков Д., Т. Делийски, Л. Тонева, Г. Байчев, Д. Димитров, Д. Дарданов, И. Даскалова, Миниинвазивни методи за диагностика на млечната жлеза, Рак на млечната жлеза – съвременно хирургично лечение, п/р на Т Делийски, Д. Дамянов, Г. Байчев, 2005, Плевен, 123-124



24. Страшилов С., Т. Делийски, А. Илиева, С. Илиев, Д. Димитров, М. Енчев, В. Нанев, Г. Вълчева, И. Ненов, В. Рачков, Д. Дарданов, Оперативно-технически грешки при тоталната мезоректална ексцизия, Доклади от Национална конференция по хирургия „Следоперативни усложнения”, Пловдив, 2008, 461-463.



25. Киров Г., Б. Мошев, Г. Кондарев, И. Лозев, Д. Дарданов, К. Колев, Й. Терзийски, Д. Тодоров, Разширени и съчетани операции при колоректален карцином, Доклади от национална конференция по хирургия „Онкологична хирургия – Съвременен стандарт“, СУБ, 2009, 53-56.

Хирургичното лечение представлява съществена част от мултидисциплинарния подход към колоректалния карцином. Особено предизвикателство за хирургията представляват авансиралите случаи, при които радикалното отстраняване на туморния процес заедно с поразените органи дава шанс за дългосрочна преживяемост. Представяме нашия опит от лечението на случаи с напреднал колоректален рак за периода 1999 – 2009 г. При 46 болни сме извършили съчетана операция на колон или ректум с един или няколко засегнати органи. Дискутират се показанията за операция, предоперативната образна диагностика, оперативната тактика и техника, мястото на неоадювантната и адювантната лъче- и/или химиотерапия, както и ранните и късните следоперативни резултати и усложнения. Резултатите се сравняват с наличните ни литературни данни.

26. Дарданов Д., Г. Киров, Б. Мошев, И. Лозев, Д. Тодоров, Е.Кьолеян, Лечение на хронични инфектирани рани на долните крайници. В Раневи усложнения-инфектирани и атонични рани, принципи на лечение, СУБ, 2009, 94-101.

Хроничните рани (язви) на долните крайници са незаздравяващи рани в продължение на период повече от 3 месеца [F. Werdin 2009]. Те се дължат на нарушения във физиологията на долния крайник – артериална или венозна недостатъчност, нарушения в микроциркулацията, метаболитни нарушения като диабет и др. [R. Howell-Jones 2005]. По сборна статистика, в Европа от хронични рани на долните крайници страдат от 0,18 до 1% от населението [P.Sarkar 2000]. Лечението на хроничните рани е трудно,

продължително, изисква комплексен подход спрямо водещите патофизиологични процеси, както и адекватно локално лечение. Значителен проблем представлява лечението на инфектираните хронични рани на долните крайници. Клинично проявената инфекция забавя процесите на заздравяване, в някои случаи увеличава площта и дълбочината на тъканен дефект, понякога води до животозастрашаващи инфекции на меките тъкани и костите, както и до сепсис. Цел на настоящото проучване е да представим и анализираме резултатите от комплексното лечение на хронични инфектирани рани на долните крайници в Клиниката по Хирургия на МИ – МВР.

27. Кьолеян Е. Г. Киров, Т. Анакиева, Б. Мошев, Щ. Тетева, И. Лозев, Й. Терзийски, М. Валентинова, М. Кондарев, Д. Дарданов, К. Колев, И. Хлебарева, Антибиотична стратегия при инфектирани рани в условията на нарастваща антибиотична резистентност. В Раневи усложнения-инфектирани и атонични рани, принципи на лечение, СУБ, 2009, 102-110.

Днес е доказано значението на цялостната система за профилактика на инфекциите на хирургични рани, с водеща роля на правилната предоперативна подготовка на пациента, антибиотичната профилактика, хирургичните подходи, щателната асептика и стерилизация, и грижата за раната. Счита се, че от различните видове инфектирани рани самостоятелно консервативно лечение с антибиотици може да бъде ефективно само при рано открити форми на целулит, при останалите видове (абсцес, некротичен фасциит, мионекроза, интра-абдоминални, ретро-перитонеални и др.) водеща е ролята на хирургичната интервенция (ексцизия, дренаж, дебридман и др) (1-2). Антибиотичната терапия е съществен компонент в лечението на инфекцията, допринасящ за възстановяване на здравето на пациента и може да бъде живото-спасяваща. Понастоящем фармацевтичната промишленост предлага широк арсенал от антимикробни средства, които теоретично покриват лечението на инфекции, причинени от Грам-положителни-, Грам-отрицателни- микроорганизми, вкл. анаероби и гъбички. При леглото на болния, обаче, положението е съвсем различно във връзка с непрекъснато нарастващата антибиотична резистентност. Задачи на настоящата работа са:

1. Да се идентифицират проблемните антибиотично-устойчиви причинители на инфекции в Клиника по Хирургия, Медицински институт (МИ)-МВР за три-годишен период (2006 – 2008 г)
2. Да се анализира използването на антибиотици
3. Да се направят изводи относно проблемната антибиотична резистентност и дали тя налага промени в антибиотичната политика.

28. Терзийски. Й, Г. Киров, Б. Мошев, Д. Дарданов, И. Лозев, Нова методика за лечение на диабетно стъпало с отрицателно налягане. В Раневи усложнения-инфектирани и атонични рани, принципи на лечение, СУБ, 2009, 111-115.

Лечението на диабетното стъпало е глобален проблем с голяма социална значимост. Рискът от оформяне на рана на стъпалото е повече от 25% за целия живот на диабетика (1). Раните при тях често водят до усложнения, протичат хронично и почти винаги са трудни за лечение. В Америка 23% от болничните леглодни се дължат на усложнено диабетно стъпало (2). В Р. България според данни на СЗО захарният диабет засяга 7,6% от населението, като 75% от тях са с лош метаболитен контрол, водещ до усложнения, каквото е диабетното стъпало. При 12% от диабетниците наблюдаваме рани на стъпалото (3). Нов метод за борба с проблема е лечението на рани с отрицателно налягане (Negative Pressure Wound Therapy - NPWT). Този метод е все още в процес на

проучване, но показва значително ускоряване на заздравителния процес на раните и е най-приложим при лечението на големи, трудно заздравяващи хронични рани с обилна ексудация.

29. Кьолеян Е., Г. Киров, В. Василев, Б. Мошев, Ш. Тетева, И. Лозев, Х. Христов, Д. Дарданов, И. Хлебарова. *Aeromonas hydrophila* – екзотичен или възникващ причинител на тежки раневи инфекции. В Сепсис и лапаростомия, п/р на Д. Дамянов, Плевен, 2010, 176-186.

AEROMONAS HYDROPHILA – ЕКЗОТИЧЕН ИЛИ ВЪЗНИКВАЩ ПРИЧИНИТЕЛ НА ТЕЖКИ РАНЕВИ ИНФЕКЦИИ

Е. Кьолеян¹, Г. Киров², В. Василев³, Б. Мошев², Ш. Тетева¹, И. Лозев², Х. Христов¹, Д. Дарданов², И. Хлебарова²

¹ Отделение по Клинична микробиология, ² Клиника по хирургия,

³ Клиника по ортопедия и травматология – Медицински институт – МВР, София

През последните три години в Медицински институт – МВР лекувахме двама пациенти с тежки раневи инфекции, причинени от *Aeromonas hydrophila*. Задача на настоящата работа е описание на клиничните случаи и литературен анализ на раневите инфекции, причинени от *A. hydrophila* и други *Aeromonas*.

Клиничен случай 1

През м. септември 2006, завръщайки се от почивка на Черно море, директно от влака в болницата постъпи 64-годишен мъж с токсичен шок и тежка мекотъканна инфекция на десния крак. Пациентът е с 10-годишна анамнеза за diabetes mellitus тип 2 и флебит с варикозни улцери.

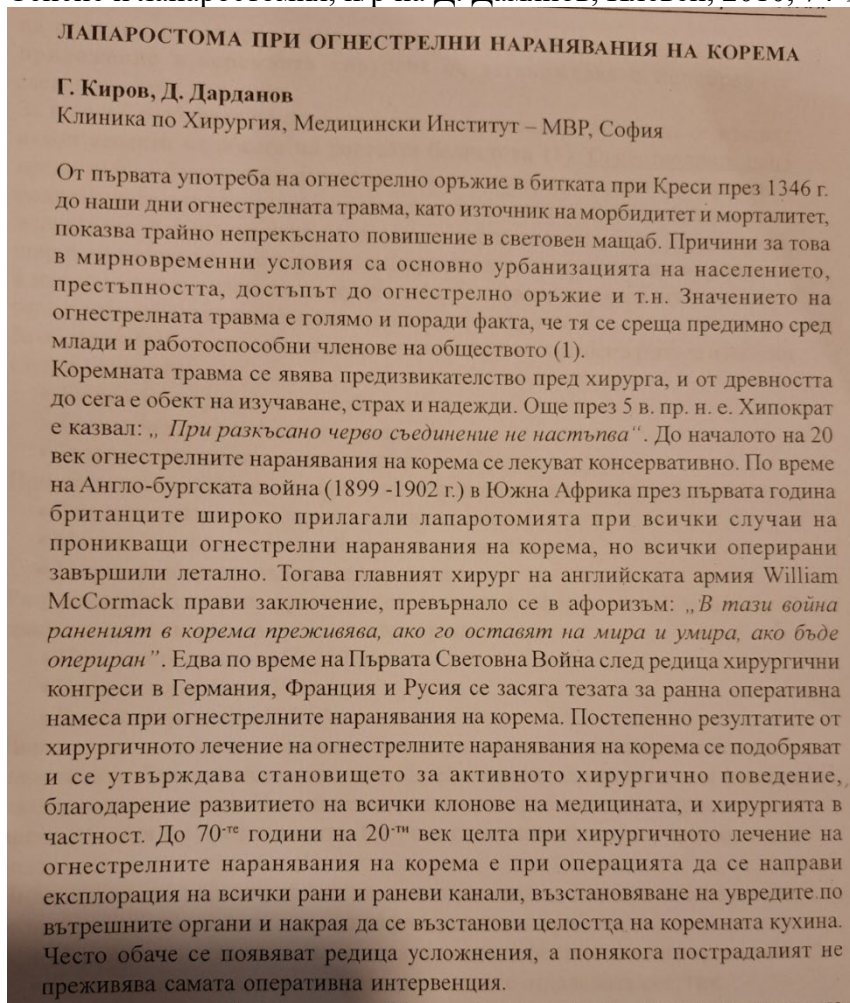
Историята на настоящето заболяване датира отпреди три дни: на морския бряг е правил бани и налагал краката си с водорасли. Внезапно развил висока температура, разтресло го е и получил диария. На третия ден се появили болки и нарастващият оток на подбедреницата на десния долен крайник достигнал до бедрото.

При прегледа се установиха едема, зачервяване, були и екхимози на подбедреницата; пациентът беше възбуден, с RR 60/40 mmHg, Leuc 7400 mm³. Започна се терапия с вазопресори за стабилизиране на кръвното налягане, венозно вливане на течности, диуретици и антибиотична терапия за контролиране на инфекцията. Пациентът бе нестабилен за хирургична интервенция. Три дни по-късно разви бъбречно увреждане: BUN 44.5 mg/dL, creatinine 4.15 mg/dL и успоредно състоянието на инфекцията се влоши: отокът нарастна и дермато-некротичният процес обхвана цялата подбедреница. Инцизията показва некротичен фасциит и мионекроза. Беше проведена животоспасяваща ампутация на нивото на бедрената кост.

Данните от тъканната биопсия показаха развитие на подкожен абсцес с хеморагия и некроза на меките тъкани, мускулите и фасцията.

Микробиологичното изследване на тъкан от раната показва наличие на полимикробна инфекция: *A. hydrophila*, *S. aureus*, *M. morgannii*, *K. oxytoca*, *E. coli*, *E. faecium*; от хемокултури на пациента беше изолиран *A. hydrophila*.

30. Киров, Г. Д. Дарданов, Лапаростомия при огнестрелни наранявания на корема. В Сепсис и лапаростомия, п/р на Д. Дамянов, Плевен, 2010, 74-90.



31. Лозев И., Г. Киров, Д. Дарданов, Н. Смилов, Б. Мошев, Р. Гайдарски, Миниинвазивна некрозектомия при лечението на острия некротизиращ панкреатит – Сборник доклади от XIII-ти Национален конгрес по хирургия, 2010, 184-193.

Направена е оценка на ефикасността на перкутанната некрозектомия извършена под ехографски контрол и на ендоскопската некрозектомия през вторичния синусов канал (ЕНПВСК) с помощта на нефроскоп или цистоскоп. На 23 пациента с ОНП се извърши пункция под ехографски контрол на течни колекции в областта на задстомашната жлеза. При 47 пациента след отворена 18 некрозектомия или след перкутанна некрозектомия и с персистиращ сепсис (без сателитна колекция от КТ) се извърши ЕНПВСК с помощта на нефроскоп или цистоскоп. Седемнадесет пациента (74%), лекувани с перкутанна некрозектомия са възстановени без отворена хирургична интервенция. Двама от тази група починаха. Средният болничен престой е 42 дни. Двадесет и тримата пациента са изисквали средно по две (от 1-4) ЕНПВСК. На базата на това ограничено проучване, е направен извод, че ПН и ЕНПВСК при добре селектирани пациенти може да бъде по-добрият избор в сравнение с отворената некрозектомия и следоперативният лаваж. Общоприето решение за тези методики все още не е постигнато.

32. Киров Г., Д. Дарданов, Професионална защита на хирурзите, Сборник доклади от XIII-ти Национален конгрес по хирургия, 2010, 922-924.

Професионалната защита на хирурзите може да се разглежда в няколко аспекта:

1. Професионална защита на хирурзите като съсловие;
2. Професионална защита на работното място;
3. Професионална защита в трудово-правно отношение;
4. Професионална защита при неблагоприятен изход за пациента от лечението;
5. Професионална защита за продължителна квалификация и обучение.

В заключение професионалната защита на хирурзите може да се разглежда в различни аспекти, но в нейната основа стоят съсловните организации, защитаващи колективните права на практикуващите основаното на солидни научни и морално-деонтологични принципи изкуство, наречено хирургия. Без такава защита е невъзможен прогресът и подобряването на резултатите от хирургичните методи на лечение.

33. Лозев И., Г. Киров, Б. Мошев, Н. Смилов, Д. Дарданов, К. Гиров. Реконструкция на големи кръвоносни съдове при оперативното лечение на ретроперитонеални тумори. Ретроперитонеални и редки абдоминални тумори, 2011, 314-16.

Цел: Да се проследят следоперативните резултати от реконструкцията на големи кръвоносни съдове при оперативното лечение на ретроперитонеалните саркоми. Материал и метод: Между януари 2000 г. и декември 2010 г в хирургична клиника при МИ-МВР и клиника по съдова хирургия и ангиология при ВМА са оперирани седем пациента с ретроперитонеални саркоми, инфилтриращи големи кръвоносни съдове. Предоперативно при всички пациенти е извършена КАТ на коремни органи, като при 5 от болните, предоперативно, диагнозата е уточнена посредством тънкоиглена биопсия под ултразвуков контрол. Проследена е ранната (30 дена) следоперативна заболеваемост и смъртност. Резултати: Всички седем пациента са с ретроперитонеални саркоми. Извърши се реконструкция на 6 артерии (5 на а. ilіаса comm. и 1 на а. ilіаса ext.), след което те се заместиха със синтетична съдова протеза. На 5 пациента се извърши венозна реконструкция (3 на v. Ііаса ext., 1 на v. ilіаса comm. и 2 на v.cava inferior). Първичната артериална проходимост е 58%, а вторичната артериална проходимост е 83%. Венозната проходимост е 78%. Локален рецидив се намери при 2-ма пациента (28%). На 5-тата година без рецидив са 4 болни (57%). 17 Обсъждане: Инфилтрирането на големи съдови структури не е контраиндикация за резекция на ретроперитонеалните саркоми, но за да се оптимизират следоперативните резултати е необходимо задълбочено предоперативно планиране на оперативната интервенция.

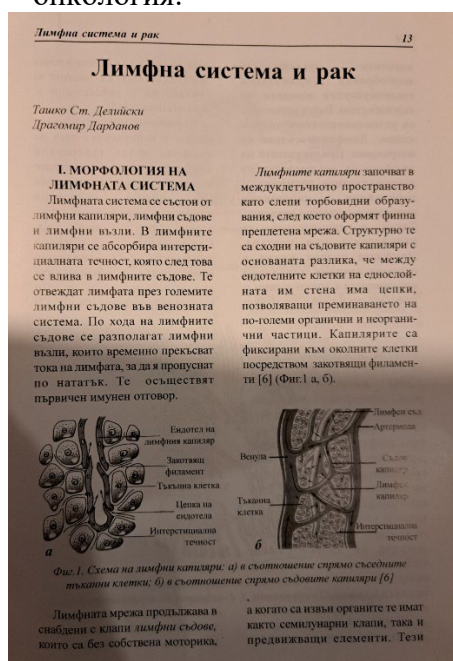
34. Киров Г., Д. Дарданов, В. Стоянов; Анастомози в хирургията на ректума – сравнение на резултатите от използването на различните техники, в Анастомози в коремната хирургия, п/р на Д. Дамянов, 2011, Медарт, София, 129-134.

Цел на настоящия обзор е да се представи сравнение на резултатите при прилагането на различните техники и методики за анастомози с ректума. За достоверност на изводите са използвани литературни данни представящи резултати, основно от контролирани рандомизирани мултицентрови проучвания и метаанализи, както и от проспективни и ретроспективни едноцентрови серии. Направен е анализ относно ранните и късни усложнения, морбидитет и леталитет. Дискутират се методи за лечение и профилактика на усложненията, както и тяхната

ефективност. Отделя се място на сравнението на качеството на живот във връзка с различните ректални анастомози.

35. Делийски Т., Д. Дарданов, Лимфна система и рак, в Лимфна дисекция при карцином на млечната жлеза, гастроинтестиналния и урогениталния тракт, п/р на Т. Делийски Г. Горчев и В. Димитров, 2007, Издателски Център „ВМИ-Плевен”, Плевен. 13-22.

Направен е обзор на морфологията на лимфната система във връзка с патогенезата, диагностиката и лечението на онкологичните заболявания. Описани са основните анатомични характеристики на лимфните капиляри, големите лимфни съдове и лимфните възли. Представена е ролята на лимфната система при развитието на карцинома. Структурните и функционални промени в лимфните възли при онкологичните заболявания са разгледани в детайли. Метастазирането в лимфните възли и обосноваването на лимфните дисекции са представени с оглед клиничната онкология.



36. Г. Киров, Д. Дарданов. Рани. В Обща хирургия. Учебник за за студенти по медицина, 2013, Акад. изд. Тракийски университет, Ст. Загора 2013, 281-293

В литературата могат да бъдат открити много и най-разнообразни определения за рана. Като общ елемент всички включват нарушаване целостта на епитела и повърхността на тялото, което е предизвикано от физичен или химичен агент. Това води до увреждане на функцията с последваща от това локална или системна реакция.

В хирургията раната се разглежда като открита травма, проявяваща се в увреждане на кожата и видимите лигавици.

Съществуват много класификации на раните, базирани на етиологични, анатомични, инфекциозни или други критерии.

В зависимост от причината се различават:

1. Механични /травматични/ рани
2. Термични и химически рани

3. Язвени рани

Според обстоятелството на нанасяне на раната:

1. Хирургични /операционни/
2. Бойни /военновременни/
3. Случайни /травматични/

Според характера на нараняващия агент и механизма на нараняването:

1. Порезна рана /*vulnus scissum*/
2. Контузна рана /*vulnus contusum*/
3. Разкъсна рана /*vulnus laceratum*/
4. Посечна рана /*vulnus caesum*/
5. Размачкана рана /*vulnus conquisatum*/
6. Прободна рана /*vulnus punctum*/
7. Рана от ухапване /*vulnus morsum*/
8. Огнестрелна рана /*vulnus sclopetarium*/
9. Смесена рана /*vulnus mixtum*/, напр. разкъсно-контузна, прободно-посечна и т.н

Според отношението им към телесните кухини:

1. Проникващи
 - 1.1. Без увреждане на вътрешни органи
 - 1.2. С увреждане на вътрешни органи

2

2. Непроникващи

Според характера на раневия канал:

1. Премаиващи
2. Тангенциални
3. Слепи

В зависимост от вида на наранените тъкани:

1. Нараняване на меките тъкани
2. Нараняване с увреждане на костите /открити счупвания/
3. Нараняване с увреждане на големи кръвоносни съдове, нерви и сухожилия
4. Наранявания с увреждане на вътрешни органи

В зависимост от броя на нараняванията

1. Единични
2. Множествени

Според наличието и степента на развитие на ранева микрофлора:

1. Асептични /чисти/
2. Контаминирани /бактериално замърсени/
3. Септични /инфектирани/

Според анатомичната локализация:

1. Наранявания на главата
2. Наранявания на шията
3. Наранявания на гръдния кош
4. Наранявания на корема
5. Наранявания на крайниците и т.н.

Видът на травмата и степента на увреждане се използват освен за класифициране, но и за определяне на диагностично-лечебна тактика и прогноза. Например определянето на една рана като чиста, замърсена или инфектирана е от фундаментално значение за последващото лечение на раната.

Може да се дефинира и понятието „затворени рани”, когато няма разкъсване на кожата, но съществува нараняване на подлежащи тъкани – кости, мускули, кръвоносни съдове, нерви и др. Видимите ефекти са най-вече мекотъканен оток,

кръвонасядане, болка. Тези т.нар. затворени рани могат да се превърнат в отворени /рана в тесния смисъл на думата/ в един следващ момент, било спонтанно вследствие на нарушено кръвоснабдяване на кожата /напр. "decollement traumatique" – отслояване на кожата от подлежащите тъкани с прекъсване на кръвоснабдяване и инервация / или да се превърнат в хирургически рани /вследствие на оперативна интервенция/.

37. Д. Дарданов Практикум по микроскопска анатомия. Вътрешни органи. За студенти по медицина и биология. 2013, Университетско издателство "Св. Климент Охридски", София, 75 стр.

Настоящият практикум по микроскопска анатомия на вътрешните органи е предназначен за основно за студентите по медицина, дентална медицина и биология. Може да се ползва и от студенти – ветеринарни медици, студенти от медицинските колежи, всички студенти изучаващи микроскопска анатомия и хистология, както и от любознателни ученици.

Целта е да се подпомогне самостоятелната работа с микроскопа, учебника и атласа. Изучаването на микроскопската структура на вътрешните органи трябва да става с желание и удоволствие. Съдържанието следва хода на учебната програма по Анатомия и Хистология, в частност – микроскопската анатомия на вътрешните органи в Медицинския Факултет на СУ „Св. Климент Охридски“. До краткото описание на микроскопския препарат с номериране на всяка структура е оставено място за самостоятелна рисунка /схема/, в която трябва да бъдат отразени всички описани и номерирани структури. Допълнително е дадена информация на кои страници може да се намери бързо теоретична помощна информация – в Атласа по Хистология, п/р П.Петков, Медицина и Физкултура, София 1994 /означено в текста като А/ и в Цветен атлас по анатомия, том 2, Вътрешни органи, Х. Фритч, В. Кюнел, Летара, Пловдив, 2006 /означено в текста като А-ВО/. Включени са само тези два източника, тъй като са сред най-достъпните до студентите на български език и изложението в тях е изчерпателно, стегнато и разбираемо.

Като приложение към всеки раздел е дадена последно публикуваната официалната латинската международна хистологична терминология на Федеративния Международен Комитет по Анотомична Терминология /Terminologia Histologica, FICAT, 2008/. Включени са и епонимните термини, дадени в международната хистологична терминология.

Посредством самостоятелната работа на студента с атласите, учебниците, микроскопа и цветните моливи, настоящият практикум ще се превърне в ценен личен репатиториум – атлас.

38. Дарданов Д., В. Стоянов, Клинико-морфологична характеристика на пациентите с ГИСТ, оперирани за 7 годишен период в Клиника по Хирургия, МИ-МВР, Ретроперитонеални и редки абдоминални тумори, 2011, 312.

Гастроинтестиналните стромални тумори се причисляват към редките тумори на стомашно чревния тракт. Характеризират се с общи хистологични и молекулярно-биологични особености. Наблюдават се по всички отдели на храносмилателната система и се проявяват с различна симптоматика. Направена е пълна клиничко-морфологична характеристика на 6 пациента с гастроинтестинални стромални тумори, оперирани за периода 2004г. - 2010 г. в МИ-МВР. Ендоскопията, абдоминалната ехография и компютърната томография са сред най-често

използваните предоперативни методи за диагностика. Стадирането е извършвано по VII-МО издание на TNM. Клиниката варира от кървене, чревна непроходимост, наличие на интраабдоминален тумор, горен и долен диспептичен синдром, други неспецифични оплаквания и безсимптомно протичане. Първичният тумор е локализиран в стомаха (3 пациента), тънкото черво (1 пациент), дебелото черво (1 пациент) и мезентериума (1 пациент). При един пациент са открити чернодробни метастази. Оперативното лечение, включващо радикално отстраняване на първичния тумор се последва при показания от таргетна адювантна терапия с Иматиниб. Най-честият хистологичен вариант е вретеновидно клетъчният. Един от туморите е CO 117 отрицателен. Постоперативното проследяване е извършвано съгласно националните стандарти. Познаването на клинично-морфологичната характеристики на стромалните тумори е в полза за поставянето на навременна диагноза, провеждането на адекватно лечение, определяне на прогноза и план за диспансерно наблюдение.

39. Стоянов В., Д. Дарданов, Б. Мошев, Г. Киров, Въвеждане на система за ускорено възстановяване след колоректални операции в клиничната практика – първоначални резултати, *Scripta Scientifica Medica*, 2011; 43,466-467.

Въведение: Много съвременни проучвания доказват положителната роля на ранното хранене през устата, ранната мобилизация, рестрикцията на парентералната терапия и ефективното периоперативно обезболяване в колоректалната хирургия. Като цяло тези подходи са известни като ускорено възстановяване след операция (*enhanced recovery after surgery, ERAS*). Все още съществуват различия между отделните автори по отношение на началото и начина на храненето, мерките за борба с постоперативната чревна пареза, раздвижването на пациентите, обезболяването и др. Съществува и определена доза скептицизъм сред хирургичната общност по отношение безопасността и ефективността на прилагането на комплексна система за ускореното възстановяване след операции за колоректален карцином. Цел: Оценка безопасността и ефективността на въвеждането на системата за ускорено възстановяване след колоректални операции в сравнение с традиционния подход към постоперативния период. Пациенти и методи: Проучването включва 2 групи пациенти, оперирани в Клиниката по Хирургия на МИ - МВР. Първата включва 150 болни с колоректален карцином, оперирани за периода Септември 2008 г. – Май 2011 г., които са следвали конвенционален протокол за следоперативно възстановяване – рестрикция на прием на течности и храна до наличие на флатус, парентерално покриване на водно-електролитни, енергийни и белтъчни нужди, постелен режим първите 3-4 дни, задължителни профилактични дренажи до 7-10 ден и до наличие на дефекация, профилактично поставяне на назогастрална сонда и др. Втората група се състои от 10 пациенти, оперирани за периода Януари – Май 2011 г. и следвали протокол за ускорено възстановяване след операцията, включващ прием на течности и ранно ентерално хранене в първите 24 ч., ранно раздвижване, неизползване на профилактична назогастрална сонда, ранно сваляне на уретралния катетър и дренажите, прием на симбиотик, рестрикция на парентералната терапия, стимулация на чревния мотилитет, комплексно следоперативно обезболяване. Документирани са клиничните, клинично-лабораторните и образнодиагностични данни за състоянието на пациентите в постоперативния период, както и субективните отношения, болкови усещания и чувства на пациентите, установени с анкетна карта. Резултати и обсъждане: Не се установяват негативни ефекти при прилагането на протокола за ускорено възстановяване. Всички пациенти следвали протокола добре толерират ранното ентерално хранене и раздвижване, бързо преодоляват чревната пареза, субективно се чувстват по-добре в сравнение с пациентите третирани с

конвенционалния подход. Данните от литературата доказват, че приложението на системата на ускорено възстановяване след операция води до намаляване на честотата на следоперативните усложнения, редуцира метаболитния стрес, намалява болничния престой, като цяло подобрява самочувствието на пациентите и спомага за бързото възстановяване и връщане към нормалния им начин на живот. Заключение: Комплексните методи за ускорено възстановяване след колоректални операции са безопасни, показват добри клинични резултати и са лесно приложими в клиничната практика.

40. Dardanov D., V. Stoyanov, Surgical anatomy of perianorectal connective tissue structures and spaces in relation to locally advanced low rectal cancer surgery, *European Journal of Surgical Oncology* 2012, 38, 839-840.

Background: In the last years oncological results after rectal cancer surgery has improved due to modern standardized techniques of rectal mobilization. However there are many differences in describing the plane of rectal mobilization and contradicting anatomical statements. The aim of the study is surgico-anatomical investigation of connective tissue structures and spaces, surrounding the low rectum and anal canal/ anorectum/ with emphasis to locally advanced rectal cancer surgery and staging.

Material and methods: Materials from 15 fresh, 15 embalmed cadavers and 4 human fetuses (17-19 weeks) were dissected. Intraoperative investigations during 50 radical operations for locally advanced low rectal cancer were performed. Histological sections from the cadavers, fetuses and the resected operative specimens were examined.

Results: Rectal adventitia ('mesorectum') and rectal fascia are situated around the extraperitoneal part of the rectum. Behind them is situated retrorectal space. Rectosacral fascia is situated in the lower part and lateral rectal ligaments in the lateral parts of this space. More dorsally are encountered internal and external layer of urogenital fascia, which enveloped pararectal space, including hypogastric nerves. Presacral space is behind with sacral venous plexus and sympathetic trunks in it. On the lateral side the rectal fascia is connected with pararectal pelvic space by lateral ligament. In front, the rectal fascia is part of recto-urogenital septum and is separated to peritoneoperineal fascia by the prerectal space. On the level of anorectal junction there is fusion of rectal, urogenital and superior diaphragmatic pelvic fascia. Below the levator ani muscle posterolaterally to the anal canal is situated ischioanal fossa with deep retroanal spaces and anococcygeal ligament; on anterior aspect is caudal portion of peritoneoperineal fascia with recto/ano/-prostatic ligament/muscle/. A uniform anatomical and surgical planes terminology is proposed for surgical practice

Conclusions: Knowledge of the exact macro- and microstructure, topography of the perianorectal fascias and spaces, as well as harmonization of anatomical and surgical terminology is important for clinical staging of the rectal cancer local spread, decision for neoadjuvant therapy, performing of radical R0 rectal mobilization during rectal cancer operations and exact postoperative pathological staging.

41. Dardanov, D., Stoyanov, V., Dimitrov, D., Kovachev, N., Nanev, V., & Deliyski, T.. Surgical anatomy of perirectal and presacral fascias and spaces revisited. *Colorectal Disease*, 2013, 15: 45.

Aim: The aim of the study is investigation of the connective tissue structures and spaces, situated behind the rectum with emphasis to rectal cancer staging, surgery, radiotherapy and pathology. Methods: Materials from 15 fresh, 15 embalmed cadavers and 4 human fetuses (17-19 weeks) were dissected. Intraoperative investigations during 40 radical rectal cancer

operations were done. Histological sections from the cadavers, fetuses and the resected operative specimens were examined. Magnetic resonance imaging of 10 healthy volunteers and 12 rectal cancer patients were performed. Results: The results show that rectal adventitia (“mesorectum”) and rectal fascia are situated around the extraperitoneal part of the rectum. Behind them is situated avascular retrorectal space. Rectosacral fascia is situated in the lower part and lateral rectal ligaments in the lateral parts of this space. More dorsally are encountered internal and external layer of urogenital fascia, which enveloped pararectal space, including hypogastric nerves. Presacral space is behind with sacral venous plexus and sympathetic trunks in it. Parietal endopelvic fascia is the least posterior structure, fused with sacral periosteum. Conclusion: In the pelvis the three compartments could be distinguished – rectal, urogenital and parietal. Knowledge of the exact macro- and microstructure, topography and imaging anatomy of the retrorectal fascias and spaces is important for clinical staging of the rectal cancer local spread, decision for neoadjuvant radio- or radiochemotherapy, performing of radical nerve-preserving rectal mobilization during rectal cancer operations and exact postoperative pathological staging.

42. Dardanov, D., Stoyanov, V., Ivanov, E., Deliyski, T. Surgical anatomy of recto-urogenital septum revisited. *Colorectal Disease*, 2014, 16: 17.

Introduction: Recto-urogenital septum separates rectum from urogenital organs. With development of new techniques the revision of the “known” anatomy of this region is needed. The aim of the study is to investigate macroscopic anatomy and histotopography of the recto-urogenital septum with relation to rectal mobilization during rectal operations. Methods: Twelve fresh and six embalmed cadavers were dissected. Investigations during fifty rectal cancer operations were performed. Histological sections from the cadavers, the resected operative specimens and from four human fetuses were examined. Results: We show that in front of the rectal muscular wall are situated rectal adventitia (mesorectum), rectal fascia, peritoneoperineal fascia, urogenital fascia and connective tissue around urogenital organs (with nerves and blood vessels). The peritoneoperineal fascia is close adherent to urogenital organs and their proper fasciae. It is structured by collagen and elastic fibres with longitudinal smooth muscle bundles and nerves. Its structure is with continuation with abdomino-pelvic urogenital fasciae and differs from that of rectal fascia. Discussion: Knowledge of detailed topography and structure of the elements of recto-urogenital septum is essential for performing qualitative rectal operation. Especially for rectal cancer surgery clear resection margins with minimal injury to adjacent nervous and vascular structures could be achieved.

43. Дарданов Д., В. Стоянов, М. Михайлов; Анатоомохирургични и оперативнотехнически аспекти на ингвинофеморалната и илиоингвинална лимфаденектомия, сп. „Онкология“, 42, 2/2014.

Ингвинофеморалната и илиоингвинална лимфна дисекция се прилагат с диагностична и терапевтична цел основно при меланом на кожата, карцином на вулвата, пениса и ануса. Освен описаните в литературата класически техники на дисекция се дефинират и различни модификации. Навлизат и ендоскопски (лапароскопски) техники. В клиничната практика приложение намира и биопсията на стражеви лимфни възли. Целта е да се проучат топографоанатомичните детайли и оперативнотехническите методики на ингвинофеморалните и илиоингвинални лимфаденектомии. Направени са дисекции на 7 трупа на починали възрастни хора. Интраоперативни проучвания са проведени при 5 ингвинофеморални, 7 илиоингвинални и 1 биопсия на стражеви лимфен възел.

Извършено е разширено търсене на литература по въпроса и е направен литературен обзор и метаанализ на публикуваните проучвания. Представят се групирането на ингвиналните и латерални тазови лимфни възли и местоположението им спрямо анатомични ориентири. Дефинират се различните фасции и съединително-тъканни пространства в ингвинофеморалната област и таза. Дискутират се предимствата и недостатъците на различните кожни разрези и достъпи, дефинирането на обема на лимфаденектомията, съхранението на *v. saphena magna* и запазването на *fascia lata* при ингвинофеморалните дисекции; съхраняването или мястото на прерязване на *lig. Inguinale*, както и транспозицията на *m. sartorius* при илиоингвиналните дисекции; начините на дрениране и възстановяване на оперативната рана и др. интраоперативни аспекти. Представяме наша модифицирана *en block* техника на ингвинофеморална и илиоингвинална лимфна дисекция със запазване на *v. saphena magna* и латерално прерязване на *lig. inguinale* (при ингвинофеморалната лимфаденектомия). Познаването на хирургичната анатомия и различните оперативни методики е предпоставка за онкологично издържана лимфаденектомия и минимална честота на интраоперативни и следоперативни усложнения.

44. Дарданов Д., В. Стоянов, М. Михайлов, Ц. Цанков; Радикално хирургично лечение на локално авансирани и рецидивни карциноми на лицето при болни в старческа възраст; , сп. „Онкология“, 42, 2/2014.

Радикалното хирургично лечение с R0 резекция дава най-висока степен на курабилност при спиноцелуларните и базоцелуларни карциноми. Лечебно предизвикателство представляват пациентите в напреднала и старческа възраст с редица придружаващи заболявания. Цел на проучването е да представим резултатите си от хирургичното лечение на локално авансирани и рецидивни карциноми на лицето и да предложим стратегия и тактика на радикално хирургично лечение на лицевите кожни карциноми в различните стадии и локализация. За периода 2009 – 2014 г. сме оперирали 15 пациенти на възраст 75 – 92 г. с хистологично доказан локално авансирал или рецидивен плоскоклетъчен или базоцелуларен карцином. 4-ма пациенти са с мултифокална локализация. Използваните оперативни техники са: радикална ексцизия с пластично покриване на получения дефект със несвободна (при 14 болни) или свободна кожна пластика (при 1 болен), биопсия на стражеви лимфни възли (при 2-ма болни със спиноцелуларен карцином). Използвана е обща или локална анестезия. Липсва периоперативна смъртност. При един болен по повод кървене и оформяне на хематом се наложи ревизия на 2-ри следоперативен ден. При 1 болен се установи супурация на оперативната рана. При всички болни патохистологичното изследване показва R0 резекция. По стадий 7 пациенти са pT2N0M0 (II st) и 8 pT3N0M0 (III st). Пациентите не са подлагани на следоперативно лъчелечение. Всички болни са проследени без да са установени данни за локален рецидив. Представяме литературен обзор по въпроса. В заключение показваме, че радикалното хирургично лечение с R0 резекция на локално авансиралите и рецидивни карциноми на лицето е възможно и осъществимо при съблюдаване на анатомопографската локализация, стадия и правилния избор на оперативен метод.

45. Stoyanov, V., Dardanov, D., Yonkov, A., Bulanov, D., Bonev, S., Arabadzhieva, E., ... & Tosheva, E. Biliary drainage in patients with extrahepatic bile ducts cancer and obstructive jaundice. *Annals of Oncology*, 2015, 26.suppl 4: iv44-iv45.

Introduction: The malignant stenosis of extrahepatic bile ducts mostly affect confluence of the

right and left hepatic duct (Klatskin tumors), followed by adenocarcinomas with distal location (periampullary tumors) and tumors of middle part. Biliary drainage is an important part of the treatment of extrahepatic bile ducts tumors. There are some contradictions on different types and methods of resolving the obstructive jaundice. To present and analyze the results of the application of different types of biliary drainage in patient with malignant stenosis of extrahepatic bile ducts, admitted in the Department of General and Hepato-pancreatic Surgery, University Hospital "Alexandrovska", Sofia, Bulgaria for a period of 6 years.

Methods: Between 2009-2014 year in the Department of General and Hepato-pancreatic Surgery were treated 64 patients with extrahepatic bile duct cancer, complicated with obstructive jaundice. The distribution of men to women is 1.37:1. The average age is 64 years. According to the classification of Longmire with perihilar tumors were 31 patients, middle part of the biliary tract was affected in 2 patients and 31 patients was with distal part lesions (10 with adenocarcinoma of common bile duct and 21 with adenocarcinoma of papilla Vateri). According to the classification of Bismuth-Corlette, with type I was two patients, with type II – 3, with type IIIa – 3, with type IIIb – 2, with type IV - 21. The methods used for biliary drainage in radical surgery (18 patients or 11.52%) were: tumor resection with bilio-digestive anastomosis with or without protective biliary drainage. In palliative surgery (25 patients or 16%) were administered: transtumoral internal/external biliary drainage (15 patients), internal biliary drainage (8 patients), external biliary drainage (2 patients). In 15 patients were administered percutaneous transhepatic external / internal-external biliary drainage and 1 - endoscopic prosthesis. In 5 patients obstructive jaundice was treated conservatively.

Results: In 55 patients (85.9%) obstructive jaundice is resolved. During hospitalization, death occurred in 9 patients (29.03%). Complications were detected in 11.5%: insufficiency of the anastomosis, drainage obstruction, bleeding of the drainages, pancreatitis, cholangitis, wound infection. There is disagreement in opinions about preoperative biliary drainage in radical surgery. In advanced disease and contraindications for radical surgery, palliative biliary drainage is justified in order to improve the quality of life and reduce the pruritus.

Conclusion: Management of obstructive jaundice in patient with malignant stenosis of extrahepatic bile ducts is an essential part of the complex treatment. More research is needed to assess the place and role of different types of biliary drainage.

46. Нарлиева Н., С. Маринова – Тод, Д. Дарданов, Речник на анатомичните имена, п/р на Н. Нарлиева, 2005, Издателски център „МУ – Плевен“, Плевен

Издирени и събрани са основните епонимни термини в анатомията, използвани в анатомичната и клинична литература. Обобщени са биографични данни за авторите им като са включени и основните техни произведения.