

КЛИНИЧНА УРОЛОГИЯ



**Clinical
Urology**

ISSN: 2738-778X
clinicalurology.com

Том 6 • № 3 • 2025
vol 6 • № 3 • 2025



UROLOGY AND ANDROLOGY FOUNDATION

Prostamol[®] UNO[†]

serenoa repens 320 mg

σ Лекарствен продукт с дългогодишен клиничен опит.¹

σ Показан е при пациенти със смущения в уринирането вследствие на доброкачествена простатна хиперплазия.*,¹

σ Не нарушава сексуалната функция.¹



Качествен и количествен състав: Всяка мека капсула съдържа 320 mg гъст екстракт от плодовете на Сереноа репенс (*Serenoa repens fructus extractum spissum*) (9-11:1). Екстрагент: етанол 96%. **Лекарствена форма:** Мека капсула. **Терапевтични показания:** Простамол уно се използва при възрастни мъже за лечение на смущения в уринирането при доброкачествена хиперплазия на простатата I и II стадий според Alken. **Дозировка:** 1 мека капсула Простамол уно дневно се приема по едно и също време на деня. **Начин на употреба:** Перорално приложение. Меката капсула трябва да се приема цяла, с достатъчно количество течност, след хранене. **Продължителност на лечението:** Продължителността на лечението зависи от вида, тежестта и протичането на заболяването и не е ограничена във времето. **Противопоказания:** Свръхчувствителност към активното вещество или към някое от помощните вещества. **Притежател на разрешението за употреба:** BERLIN-CHEMIE AG (MENARINI GROUP), Glienicker Weg 125, 12489 Berlin, Германия.

*I и II стадий на Alken¹

**Простамол[®] уно е най-продаваният лекарствен продукт на растителна основа за лечение на доброкачествена хиперплазия на простатата (ДХП) в България за периода 2018-2022 г., в клас 12F1 Products for prostate conditions, регистрирани OTC продукти, според IQVIA²

1. Актуална кратка характеристика на лекарствения продукт Prostamol[®] uno.; 2. Certificate of sales, IQVIA, за периода 2018-2022 г.

Лекарствен продукт без лекарско предписание. Информация за медицински специалисти. Моля, не поставяйте този материал на места, достъпни за пациенти. За допълнителна информация, моля, прочетете Кратката характеристика на продукта или се обърнете към Берлин-Хеми/А. Менарини България ЕООД, София 1784, бул. Цариградско шосе 90, e-mail: bcsoba@berlin-chemie.com
Безплатна линия за съобщаване на нежелани лекарствени реакции: 0800 80 828
BG-PRO-01-2024-v01-vision Дата на одобрение: януари 2024



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

КЛИНИЧНА УРОЛОГИЯ



CLINICAL UROLOGY

Главен редактор: Проф. Боян Атанасов
Editor in chief: Prof. Boyan Atanasov

Зам. главени редактори: Проф. Николай Колев, Проф. Владислав Дунев, Доц. Пенчо Генов
Deputy Editor in chief: Prof. Nikolay Kolev, Prof. Vladislav Dunev, Assoc. Prof. Pencho Genov

Научен секретар: Д-р Румяна Лъскова
Scientific Secretary: Dr. Rumyana Lyoskova

Редакционна колегия: Акад. Чавдар Славов / Acad. Chavdar Slavov
Editorial board: Проф. Деян Анакиевски / Prof. Deyan Anakievski
Проф. Димитър Шишков / Prof. Dimitar Shishkov
Проф. Иван Дечев / Prof. Ivan Dechev
Проф. Илия Салтиров / Prof. Iliya Saltirov
Проф. Калоян Давидов / Prof. Kaloyan Davidov
Проф. Красимир Янев / Prof. Krasimir Yanev
Проф. Красимир Нейков / Prof. Krasimir Neykov
Проф. Марин Георгиев / Prof. Marin Georgiev
Проф. Ненчо Смилов / Prof. Nencho Smilov
Проф. Петър Панчев / Prof. Petyr Panchev
Проф. Тошо Ганев / Prof. Tosho Ganev
Доц. Васил Василев / Assoc. Prof. Vasil Vasilev
Доц. Владислав Младенов / Assoc. Prof. Vladislav Mladenov
Доц. Борис Младенов / Assoc. Prof. Boris Mladenov
Доц. Емил Доросиев / Assoc. Prof. Emil Dorosiev
Доц. Кремена Петкова / Assoc. Prof. Kremena Petkova
Доц. Младен Дойков / Assoc. Prof. Mladen Doykov
Доц. Николай Евтимов / Assoc. Prof. Nikolay Evtimov
Доц. Николай Халачев / Assoc. Prof. Nikolay Halachev
Доц. Петър Антонов / Assoc. Prof. Petar Antonov
Доц. Пламен Димитров / Assoc. Prof. Plamen Dimitrov
Доц. Страти Стратев / Assoc. Prof. Strati Stratev
Д-р Александър Ванов / Dr. Aleksandar Vanov
Д-р Георги Георгиев / Dr. Georgi Georgiev
Д-р Жан Читалов / Dr. Zhan Chitalov
Д-р Житиан Атанасов / Dr. Zhitian Atanasov
Д-р Иван Велев / Dr. Ivan Velev
Д-р Иван Вълканов / Dr. Ivan Valkanov
Д-р Илия Калчев / Dr. Iliya Kalchev
Д-р Михаил Абаджиев / Dr. Mihail Abadzhiev
Д-р Николай Николов / Dr. Nikolay Nikolov
Д-р Стоян Пеев / Dr. Stoyan Peev

СЪДЪРЖАНИЕ

СТАТИИ	<i>стр.</i>
Сравняване на постоперативната еректилна дисфункция след роботизирана и лапароскопска радикална простатектомия <i>Боян Атанасов, Ангел Анатолиев, Владислав Дунев</i>	9
Двуетапната модифицирана техника на сесил, при некроза на пениса след инжектиране на течен парафин <i>Владислав Дунев¹, Мартин Стойков²</i>	9
Методи за понижаване на сетивността на кожата на половия член – исторически преглед <i>Пенчо Генов¹, Мартин Стойков²</i>	13
Свободна кожна пластика за възстановяване на кожата на пениса <i>Мартин Стойков¹, Паулина Владов², Владислав Дунев³</i>	16

CONTENTS

ARTICLES	<i>page</i>
Comparison of postoperative erectile dysfunction after robotic and laparoscopic radical prostatectomy <i>Boyan Atanasov, Angel Anatoliev, Vladislav Dunev</i> ...	9
Two-stage modified cecil technique for penis necrosis after liquid paraffin injection <i>Vladislav Dunev¹, Martin Stoykov²</i>	9
Methods for reducing sensitivity of the skin of the penile – a historical review <i>Pencho Genov¹, Martin Stoykov²</i>	13
Free skin plastic for penis skin reconstruction <i>Martin Stoykov¹, Paulina Vladov², Vladislav Dunev³</i>	16

СРАВНЯВАНЕ НА ПОСТОПЕРАТИВНАТА ЕРЕКТИЛНА ДИСФУНКЦИЯ СЛЕД РОБОТИЗИРАНА И ЛАПАРОСКОПСКА РАДИКАЛНА ПРОСТАТЕКТОМИЯ

Боян Атанасов, Ангел Анатолиев, Владислав Дунев

Катедра по урология, УМБАЛ „Света Марина“ – Плевен

Медицински Университет – Плевен

COMPARISON OF POSTOPERATIVE ERECTILE DYSFUNCTION AFTER ROBOTIC AND LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY

Boyan Atanasov, Angel Anatoliev, Vladislav Dunev

Department of Urology, University Hospital "St. Marina" - Pleven

Medical University - Pleven

РЕЗЮМЕ

Простатният карцином е едно от най-честото диагностицирано злокачествено заболяване и като такова, то представлява сериозен медико-социален проблем. В България карцинома на простатната жлеза е първи по-честота на диагностициране и се нарежда на пето място като причина за смъртност сред пациентите. Ранната диагностика на простатния карцином е в основата на цялостното му лечение.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: еректилна дисфункция, радикална простатектомия

ABSTRACT

Prostate cancer is one of the most frequently diagnosed malignant diseases and as such, it represents a serious medical and social problem. In Bulgaria, prostate cancer is the most frequently diagnosed and ranks fifth as a cause of death among patients. Early diagnosis of prostate cancer is the basis of its comprehensive treatment.

KEY WORDS: erectile dysfunction, radical prostatectomy

ВЪВЕДЕНИЕ

Хирургичното лечение през последните десетилетия претърпява прогресивно развитие от отворената хирургия към лапароскопска и робот-асистирана хирургия. В световната литература остава спорен въпросът, има ли сигнификантна разлика по отношение на онкологичните и функционалните резултати между трите метода? Няма как да не се изтъкне някои от предимствата на робот-асистираната хирургия като, триизмерната визуализация, елиминирането на физиологичния тремор, ергономичната позиция на хирурга и др.

В миналото успехът на една оперативна интервенция се е изразявал в липсата на следоперативна смъртност. В днешно време с напредването и развитието на технологиите и навлизането им в медицината, все повече се набляга на постоперативните късни усложнения и качеството на живот [1].

ЦЕЛ

Да се сравнят еректилната дисфункция, оргазмена функция, сексуално желание, задоволителност от половия акт, цялостна удовлетвореност в късния постоперативен период при пациенти след лапароскопска и робот-асистирана радикална простатектомия.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

От 01.2024 до 01.2025 година бяха оперирани 77 пациента с органноограничен карцином на

простатната жлеза в УМБАЛ „Св. Марина“ МУ-Плевен. В урологичната клиника на УМБАЛ „Св. Марина“ се извърши лапароскопска екстраперитонеална простатектомия съответно с “3Д изображение Айнщайн Вижън 2.0.” и робот-асистирана радикална простатектомия със системата “Da Vinci XI”. Участниците бяха разпределени в две групи според използваната техника в съответния център: от тях 40 лапароскопски и 37 използвайки роботизираната система. Интервенциите се извършиха от 2 екипа. Оцениха се еректилната дисфункция, оргазмена функция, сексуално желание, задоволителност от половия акт, цялостна удовлетвореност на 6-тия месец. За целта се използва информацията от ИЗ, оперативен протокол, епикриза, контролни и „онлайн“ прегледи. Проследяването се извърши за поне 6 (6-12) месеца. В проучването използвахме: Въпросник за Еректилната функция, това е международен въпросник съставен от 5 въпроса със максимален сбор от точки 25, с чиято помощ може да оценим еректилната функция на пациента, Основен въпросник за качество на живота, Допълнителен въпросник за качеството на живота при пациенти с простатен карцином, Въпросник за оценка твърдостта на пениса и др.

Използваните статистически методи са:

- Дескриптивен анализ - да се представи в табличен вид честотното разпределение на разглежданите признаци, разделени в двете изследвани групи.
- Графичен анализ – за визуализация на получените резултати.
- t-тест на Стюдънт - за търсене на зависимост между изследваните променливи.
- Корелационен анализ – за откриване на статистически значима връзка между две изследвани величини.
- Анализ на вариацията – за оценка на характеристиките на наблюдаваната тенденция и разсейване на данните.
- Алтернативен анализ – за сравняване на относителните дялове на променливите в отделните изследвани групи

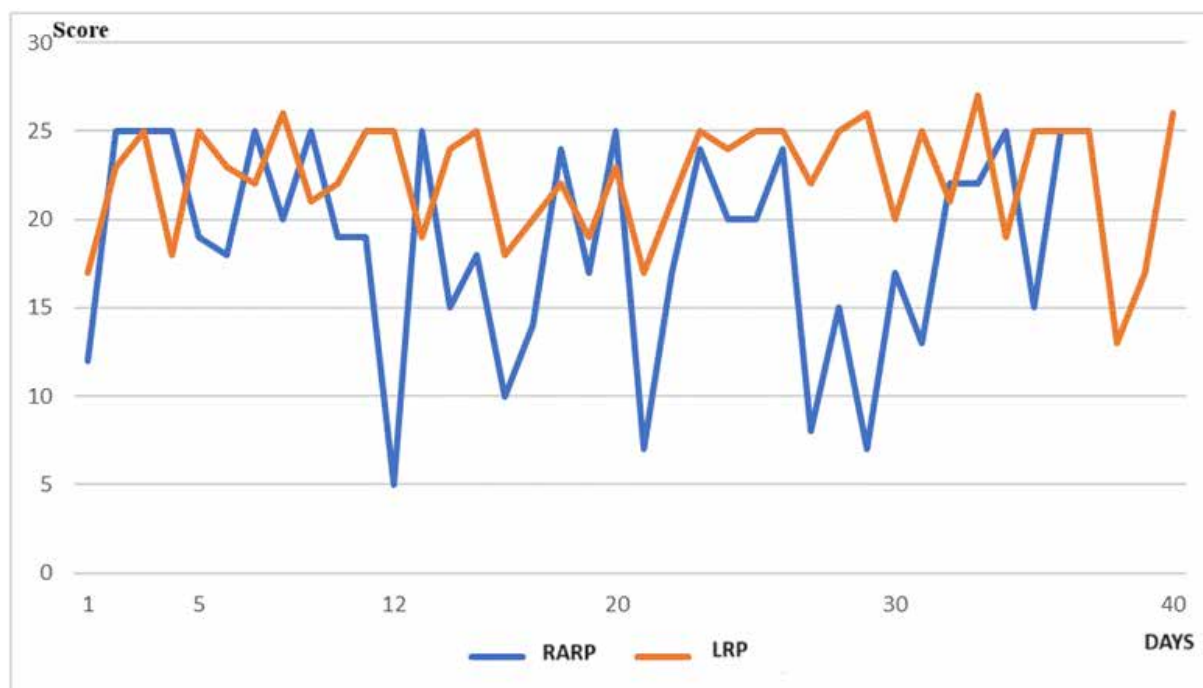
Стъпките, които използвахме за извършване на лапароскопската екстраперитонеална простатектомия са: отворен достъп под пъпа за камера и отпрепарирание на преперитонеалното пространство с балон дилататор, поставяне на 4 допълнителни порта за работни инструменти и аспирация под визуален лапароскопски контрол, отваряне на ендопелвичната фасция, прошиване на дорзалния венозен комплекс, прерязване на мехурната шийка, отпрепарирание на дуктусите и семенните мехурчета, прерязване на педикулите и отпрепарирание на съдово-нервните снопове, когато има индикации, прерязване на уретрата и оформяне на анастомоза с продължителен шев. Дрена се премахваше след спиране на отделяне обикновено 4 постоперативен ден, а постоянния катетър след цистография – стандартно 6-7 постоперативен ден. На всички пациенти се препоръчваха упражнения за укрепване на тазовото дъно и използване на 5-фосфодиастеразни инхибитори (при съхранен съдово-нервен сноп) за 3 месеца.

Съответно при робот-асистирания оперативна интервенция се започна с поставянето на игла на Верес и се предизвика пневмоперитонеум до 14 mmHg. Трансперитонеално се поставиха четири роботски порта и два асистенски. Позиционира се роботизираната система DaVinci Xi. Оглед на коремна кухина. Подходи се към дъгласово пространство. Инцизира се перитонеума. Достигна се до дуктус деференс в дясно, същия се отпрепарира и лигира в проксимална посока. Дистално се достига до върха на семенното мехурче в дясно. Същото се отпрепарира до фасцията на Денонвил. По същия начин се подходи и в ляво. Инцизира се фасцията на Денонвил. Тунелизира се в дистална посока към апекс и се отпрепарира простата откъм ректума. Влезна се в план между пикочен мехур и простата, както и латерално двустранно. Достигна се до шийката на пикочен мехур. Същата се обработи и инцизира. Влезна се в план по дорзалната част на простатата и се обработи апекса като се достигна до уретра. Същата се скелитира и прерязва. Отстрани се препарата. Оглед за налично кървене. Извърши се анастомоза с 3/0 QUILL. Направи се тест за херметичност. Постави се 1 тръбендрен в малкия таз. Шев на оперативните рани. Стерилна превръзка. Дрена се екстрахираше на 3 постоперативен ден, а постоянния катетър отново след цистография на 5 постоперативен ден.

На всички пациенти се препоръчваха упражнения за укрепване на тазовото дъно и използване на

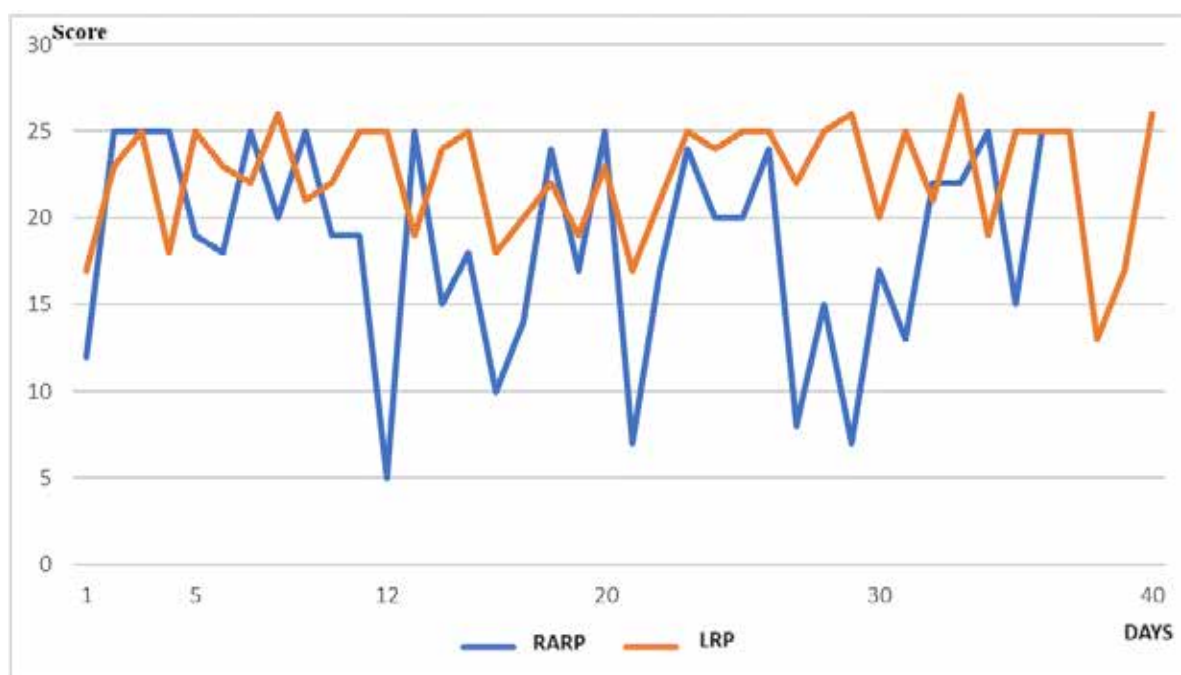
РЕЗУЛТАТИ

Еректилната функция при пациентите от двете групи е изследвана чрез използването на въпросника за оценка на еректилните функции на Международният индекс за еректилна функция (ИЕФ). Измерването на еректилната функция при пациентите от двете групи е осъществено на 3, 6 и 12 месец след извършване на оперативната интервенция. Статистическата обработка на резултатите установява, че след третия месец се повишава еректилната функция и при двете групи, като тя е значително по-висока при мъжете на които е приложена ДНРАРП.



Графика 1. сравняваща еректилна функция при РАРП и ЛР

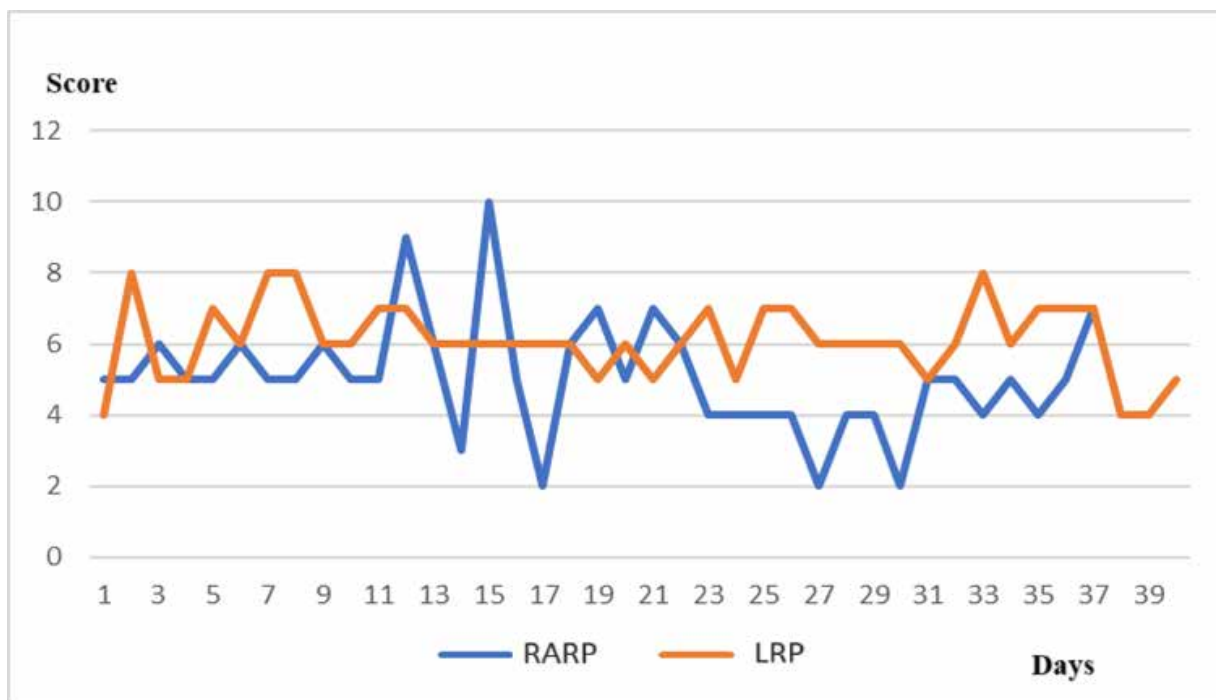
При оргазмената функция отново се наблюдават по-добри резултати при пациентите с РАРП, в сравнение с пациентите с ЛРП, след 3 месеца.



Графика 2. сравняваща оргазмената функция при РАРП и ЛРП

Поради близките стойности, свързани с оргазмената функция при двете групи, не се установява статистически значима разлика.

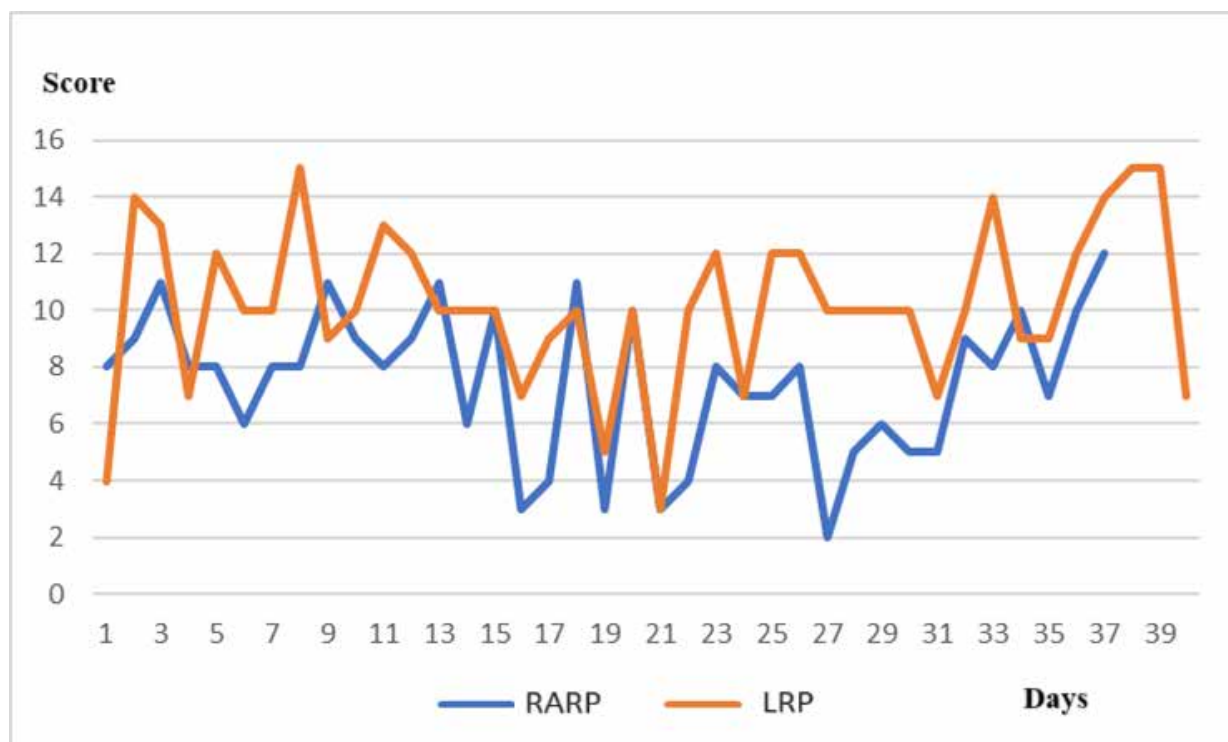
При сексуалното желание с малки изключения, се установява увеличаването му след 3 месец от оперативната интервенция.



Графика 3. Разпределение на пациентите от двете групи по сексуално желание

Не се установява статистически значима разлика в сексуалното желание при двете групи, въпреки известния превес при пациентите с RARP.

По отношение задоволеността от половия акт се наблюдават значително близки стойности при двете групи, поради което не се установява статистически значима разлика при пациентите с RARP и пациентите с LRP.



Графика 4. Разпределение на пациентите от двете групи по задоволеност от половия акт

При анализ на отделните домейни за измерване на цялостната удовлетвореност на пациентите се анализират данните от:

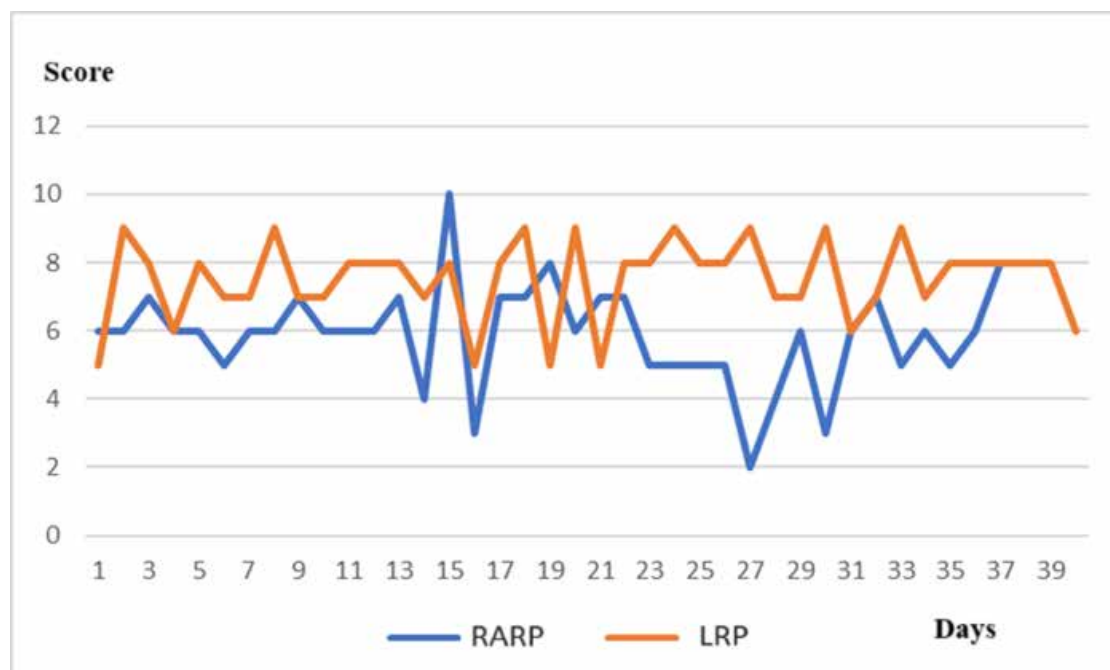
Еректилна функция.

Оргазмена/еякулаторна функция.

Сексуално желание.

Удовлетвореност от половия акт.

Цялостната удовлетвореност при пациентите започва да се увеличава след 3 месец от оперативната интервенция и при двете групи.



Графика 5. Разпределение на пациентите от двете групи по цялостна удовлетвореност

Установена е статистически значима разлика между двете групи пациенти, като пациентите на които е приложена РАРП, се чувстват значително повече цялостно удовлетворени, в сравнение с пациентите, на които е приложена ЛРП.

ОБСЪЖДАНЕ

В едно от своите проучвания Capogrosso et al установяват че 68% от пациентите след извършена радикална простатектомия имат късни усложнения в частност ЕД [2, 3]. Основните неблагоприятни ефекти са еректилна дисфункция, варираща от 11 до 87% и уринарна инконтиненция, варираща от 0 до 87% с пик на функционален спад малко след операцията [4]. Доказано е че нивата на ефективност за лапароскопска еректилната функция варират от 42 до 76% (Ficarra et al., 2009). Резултатите от проведеното изследване установяват, че след третия месец се повишава еректилната функция както при мъжете на които е приложена ЛРП, така и при тези с приложена РАРП, но тя е значително по-висока при мъжете на които е приложена РАРП. Изводът се потвърждава и от други проведени изследвания [5]. Данните от проведеното изследване показват, че при оргазмената функция отново се наблюдават по-добри резултати при пациентите с РАРП, в сравнение с пациентите с ЛРП, след 3 месеца. Подобни резултати са представени и от изследване на Capogrosso et al. [3]. Данните от проведеното изследване показват, че при сексуалното желание с малки изключения, се установява увеличаването му след 3 месец от оперативната интервенция. Не се установява статистически значима разлика в сексуалното желание при двете групи, въпреки известния превес при пациентите с РАРП [6]. По подобен начин Haglind et al. (2015) доказват, че 12 месеца след операцията, значителна

полза се наблюдава при прилагане на РАРП в многоцентрово проспективно нерандомизирано проучване, включващо 778 пациенти с ЛРП и 1847 пациенти с РАРП [7]. Fan Shida et al. 2024 показват в мета-анализ, че скоростта на възстановяване при пациентите е значително по-бърза след РАРП, в сравнение с ЛРП [8].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение може да обобщим, че РАРП има по-добри резултати по отношение на еректилната функция, оргазмена функция, сексуално желание, задоволителност от половия акт, цялостна удовлетвореност сравнена с ЛРП.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Bergengren O, Pekala KR, Matsoukas K, Fainberg J, Mungovan SF, Bratt O, Bray F, Brawley O, Luckenbaugh AN, Mucci L, Morgan TM, Carlsson SV. (2023) *Update on Prostate Cancer Epidemiology and Risk Factors-A Systematic Review*; 84(2):191-206. doi: 10.1016/j.eururo.2023.04.021.
2. Capogrosso P, Salonia A, Briganti A, Montorsi F. (2016) *Postprostatectomy Erectile Dysfunction: A Review*. *World J Mens Health*. 34 :73-88. doi: 10.5534/wjmh.2016.34.2.73.
3. Capogrosso, P. Ventimiglia, E. Cazzaniga, W. Montorsi, F. Saloni, A. (2017). *Orgasmic Dysfunction after Radical Prostatectomy*. *World J Mens Health*. 35(1), pp. 1-13. <https://doi.org/10.5534/wjmh.2017.35.1.1>
4. Kesch C, Heidegger I, Kasivisvanathan V, Kretschmer A, Marra G, Preisser F, Tilki D, Tsaor I, Valerio M, van den Bergh RCN, Fankhauser CD, Zattoni F, Gandaglia G. (2021) *Radical Prostatectomy: Sequelae in the Course of Time*. *Front Surgery* 28;8:684088. doi: 10.3389/fsurg.2021.684088. PMID: 34124138; PMCID: PMC8193923.
5. Castiglione, F. Ralph, D. Muneer, A. (2017). *Surgical Techniques for Managing Post-prostatectomy Erectile Dysfunction*. *Urosurgery, Volume 18*. <https://doi.org/10.1007/s11934-017-0735-2>
6. Salonia A, Castagna G, Capogrosso P, Castiglione F, Briganti A, Montorsi F. (2015) *Prevention and management of post prostatectomy erectile dysfunction*. *Translational Andrology et Urology*. Aug;4:421-437. doi: 10.3978/j.issn.2223-4683.2013.09.10. PMID: 26816841; PMCID: PMC4708594.
7. Haglind E, Carlsson S, Stranne J, Wallerstedt A, Wilderäng U, Thorsteinsdottir T, Lagerkvist M, Damber JE, Bjartell A, Hugosson J, Wiklund P, Steineck G; (2015) *Urinary Incontinence and Erectile Dysfunction After Robotic Versus Open Radical Prostatectomy: A Prospective, Controlled, Nonrandomised European Urology*. 68:216-225. doi: 10.1016/j.eururo.2015.02.029.
8. Fan S, Chen Z, Zhou F, Lv Q, Wang D, Ren S, Tian X. (2024) *Comparison of perioperative and functional outcomes of single-incision versus standard multi-incision robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a prospective, controlled, nonrandomized trial*. 18(1):195. doi: 10.1007/s11701-024-01962-2.

Адрес за кореспонденция:

Проф. Б. Атанасов
УМБАЛ „Света Марина“ Плевен
Клиника по урология
e-mail: atanasovmd@yahoo.com

Corresponding Author:

Prof. B. Atanasov
University Hospital "St. Marina" Pleven
Clinic of Urology
e-mail: atanasovmd@yahoo.com

ДВУЕТАПНАТА МОДИФИЦИРАНА ТЕХНИКА НА СЕСИЛ, ПРИ НЕКРОЗА НА ПЕНИСА СЛЕД ИНЖЕКТИРАНЕ НА ТЕЧЕН ПАРАФИН

Владислав Дунев¹, Мартин Стойков²

Клиника по урология, УМБАЛ „Света Марина“ – Плевен

Клиника по хирургия, УМБАЛ „Света Марина“ – Плевен

TWO-STAGE MODIFIED CECIL TECHNIQUE FOR PENIS NECROSIS AFTER LIQUID PARAFFIN INJECTION

Vladislav Dunev¹, Martin Stoykov²

Clinic of Urology, University Hospital "St. Marina" - Pleven

Clinic of Surgery, University Hospital "St. Marina" – Pleven

РЕЗЮМЕ

В тази статия представяме клиничен случай на настъпила остра некроза на пениса след инжектиране на течен парафин.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: Модифицирана техника на Сесил (Modified Cecil's), кожна язва на пениса, кожна пластика с разцепен кожен автотрансплантант (STSG).

ABSTRACT

In this article, we present a clinical case of acute penile necrosis following injection of liquid paraffin.

KEY WORDS: Modified Cecil's technique, penile skin ulcer, split skin graft (STSG) skin graft.

ВЪВЕДЕНИЕ

Още от древността размерът на пениса се разглежда като символ на мъжественост и фертилитет. Племето Чоломек в Перу и Садху в Индия използват тежести за удължаване на пениса. През XVI век мъжете от племето Топинама са уголемявали гениталиите си чрез ухапвания от отровни змии [1]. Мин, египетският бог на плодородието, силата и мъжествеността, е изобразяван с голям еректирал пенис. Древните гърци и римляни са изобразявали Приап, бога на плодородието, по същия начин. Днес за уголемяване на пениса се използват редица хирургични техники, както и ендогенни и екзогенни субстанции. Някои от тях, като течен парафин, бял или боров вазелин, често водят до деформация на пениса и еректилна дисфункция в резултат на остро и/или хронично възпаление на кожата и подкожната тъкан. С прогресирането на патологичния процес може да се наблюдава бързо развитие на некроза на кожата на пениса в резултат на възпаление от екзогенната субстанция с бактериална суперинфекция, или бавна, хронична атрофия и улцерация (язви) вследствие на хронична грануломатозна реакция, причинена от чуждото тяло.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Представяме мъж на 38г., с анамнеза за всекидневна злоупотреба с алкохол в големи количества. През март 2025 г след такава употреба се съгласява да му бъдат поставени в члена 15 мл. течен парафин. След три седмици възниква кожна некроза на пениса (Фигура 1).



*Фиг. 1 Парафинома
пенис с остра некроза*

След разговор с пациента решихме да използваме двуетапната процедура, известна като „модифицирана техника на Сесил“. Операцията извършихме под спинална анестезия с антибиотична профилактика. Извърши се пълна ексцизия на кожата на пениса заедно с чуждото тяло и грануломатозната тъкан до дълбоката фасция. През първия етап позиционирахме пениса в скротума, а след 40 дни извършихме вторият етап - елевация на пениса. Поради ниска хигиена и липса на превръзки при пациента се появи лека дехисценция на оперативната рана (Фигура 2).



*Фиг. 2 Лека дехисценция
на оперативната рана
след I етап.*

На 6-ия месец пациента е с нормална еректилна функция, но има намалена чувствителност на кожата (Фигура 3). На пациента е препоръчано периодично обезкосмяване на кожата на пениса (тъй като тя произлиза от скротума).



Фиг. 3 Втори акт след 6 месеца.

ОБСЪЖДАНЕ

Пенисът притежава няколко уникални анатомични характеристики, които трябва да се вземат предвид по време на реконструктивния процес. Първо, кожата на пениса е тънка и без окосмяване, което ѝ позволява лесно да покрива подлежащите тъкани. Второ, пенисът се разширява при стимулация, което изисква еластична кожа, за да се адаптира към това нарастване. Малките рани често могат да бъдат затворени чрез техники за първично зашиване. Въпреки това, ако раните на пениса са твърде големи за първично затваряне, най-ефективният подход е използването на кожни трансплантанти или скротални ламба. Началото на кожната пластика с разцепен кожен трансплантант датира от края на 19-ти век. През 1872 г. Олие разработва един от най-ранните известни методи за този вид пластика.

Неговите открития демонстрират не само по-бързо заздравяване на раните, но и намалено образуване на белези и последващи контрактури чрез покриване на цялата повърхност на раната с кожни трансплантанти. Тъй като трансплантантите на Олие включват както епидермиса, така и части от дермата, той нарича техниката си „дермо-епидермално присаждане“ [2]. Скроталната имплантация на пениса и „премахването“ на втория етап са описани още през 1950 г. от Гудуин, според когото трябва да се спазват правилата на Банхам при поставяне на пениса в подкожната тъкан на бедрото [3]. Sanchargoen използва MSIID (модифицирана скротална имплантация с незабавно отделяне) при 83 пациенти с парафином на пениса [4]. По същество тази техника е едноетапна модификация на Сесил и съответно има редица преимущества и по-малко усложнения. Разработени са много техники, използващи различни скротални ламба. Техниката на Сесил и методът „Престилка“ (Apron) използват един и същ пластичен материал, с разликата, че за мостовидното ламбо са необходими два етапа [5]. Прилагането на техниката на Сесил има няколко основни недостатъка: методът е двуетапен, скроталната кожа се окосмява и не може да се използва, когато скротумът е засегнат от грануломатозния процес. Лечението на остра или хронична кожна некроза на пениса обикновено включва прилагане на антибиотици, отстраняване на некротичните зони и/или отстраняване на цялата кожа на пениса (дебридман). Основният въпрос е кога да се покрие оголеният пенис с автотрансплантант или скротално ламбо, като основното опасение на уролозите и пластичните хирурзи е наличието на инфекция в некротичните тъкани. Някои автори препоръчват операция в острата фаза, за да се избегне по-тежка инфилтрация на кожата [6]. Други автори са по-предпазливи и предпочитат първо отстраняване на всички инфектирани тъкани до дълбоката фасция или туника албугинея, както е при гноен хидраденит или некротизиращ фасциит. В тези случаи те обикновено ексцизират болната кожа, промиват обилно раната, фиксират краищата на кожата към основата на пениса и се връщат след една седмица смяна на влажни превръзки, за да извършат кожната пластика [7]. Namad и сътр. съобщават за частична и пълна загуба на трансплантанта съответно при 8% и 3% от пациентите, особено при наличие на затлъстяване, захарен диабет/хипергликемия, лош хранителен статус и наличие на инфектирана или колонизирана рана. Пациентите с инфектирана рана обикновено имат полза от поетапен подход, при който раната се третира с превръзки или терапия с отрицателно налягане в продължение на 3–10 дни преди опит за кожна пластика [8]. Нашият опит показва, че отложеното покриване на оголения пенис с автотрансплантант или скротално ламбо не е необходимо. Подобно поведение е свързано с високи медицински разходи и намалено качество на живот, като целта е да се осигури контрол на инфекцията преди пристъпване към възстановяване на кожата. Ние показваме, че при наличие на хронични кожни язви на пениса, едноетапен дебридман с последваща замяна с перфориран автотрансплантант може да се извърши със стандартна антибиотична профилактика и отлични резултати. Наличните перфорации позволяват свободен отток на наличния ексудат, а средната дебелина позволява бърза ангиогенеза и стабилно прикрепване. Някои автори не препоръчват използването на перфориран автотрансплантант при мъже със запазена еректилна функция [9]. Напротив, нашите наблюдения показват отлично функционално и козметично възстановяване. В случаи на остра некроза и разпад на кожата, обикновено при наличие на смесена анаеробна и аеробна инфекция, е по-подходящо да се използват скротални ламба (Модифициран Сесил, билатерални скротални ламба, метод „Престилка“ и др.). Тези ламба, поради наличието на собствено кръвоснабдяване и съответно пълна защита, имат по-добри шансове за възстановяване при тези условия. Трябва да се отбележи, че никой от тези пациенти не е имал некротизиращ фасциит, който обикновено изисква агресивен спешен дебридман, а ако пациентът е стабилен и инфекцията е овладяна, замяната на кожата се извършва след 48–72 часа.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечението на кожни рани на пениса след инжектиране на екзогенни субстанции се извършва чрез дебридман и анатомична реконструкция. Нашият опит показва, че при наличие на остри рани много добър резултат се постига чрез двуетапната модифицирана техника на Сесил, а при хронични рани – чрез мрежеста пластика с разцепен кожен трансплантант (STSG).

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Vardi Y, Yaron H, Tamir G, Ilan G. A critical analysis of penile enhancement procedures for patients with normal penile size: surgical techniques, success, and complications. *Eur Urol*. 2008;54:1042-1050. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
2. Ehrenfried A. Reverdin and other methods of skin-grafting: historical. *Boston Med Surg J*. 1909;161:911-917. [Google Scholar]
3. Goodwin WE, Henry MT. Plastic reconstruction of penile skin: implantation of the penis into the scrotum. *J Am Med Assoc*. 1950;144(5):384. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
4. Sancharoen P. Modified scrotal implantation with immediate detachment. *Buddhachinaraj Med J*. 2009;26(2):157-167. [Google Scholar]
5. Kang YL, Yong KN, Yool RY. "Apron Method", scrotal flap in totally denuded penis due to paraffinoma. *Korean J Urol*. 1995;36(4):445-448. [Google Scholar]
6. Nyirady P, Zsolt K, Andras K, Gergely B, Katalin B, Imre R. Treatment and outcome of Vaseline – induced sclerosing lipogranuloma of the penis. *Urology*. 2008;71(6):1132-1137. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
7. Alysén D, Charles P, Bradley DF. Skin grafting for penile skin loss. *Plastic Aesthetic Reas*. 2020;7:52. [Google Scholar]
8. Hamad J, Benjamin JM, Christopher JS, et al. Multidisciplinary update on genital hidradenitis suppurativa: a review. *JAMA Surg*. 2020;155(10):970-977. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
9. Amjad A, Jack WM, Catherine RH, Benjamin NB. Utilities of split-thickness skin grafting for male genital reconstruction. *Urology*. 2015;86(4):835-839. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google]

Адрес за кореспонденция:

Проф. В. Дунев
УМБАЛ „Света Марина“ – Плевен
Клиника по урология
e-mail: v_dunev@abv.bg

Corresponding Author:

Prof. V. Dunev
University Hospital "St. Marina" - Pleven
Clinic of Urology
e-mail: v_dunev@abv.bg

МЕТОДИ ЗА ПОНИЖАВАНЕ НА СЕТИВНОСТТА НА КОЖАТА НА ПОЛОВИЯ ЧЛЕН – ИСТОРИЧЕСКИ ПРЕГЛЕД

Пенчо Генов¹, Мартин Стойков²

¹Отделение по урология, УМБАЛ „Софиямед“ - гр. София

²Клиника по хирургия, УМБАЛ „Света Марина“ - Плевен

METHODS FOR REDUCING SENSITIVITY OF THE SKIN OF THE PENILE – A HISTORICAL REVIEW

Pencho Genov¹, Martin Stoykov²

¹Department of Urology, Sofamed University Hospital - Sofia

²Clinic of Surgery, Sveta Marina University Hospital - Pleven

РЕЗЮМЕ

Феноменът преждевременна еякулация е може би стар колкото човечеството. Текстове още от древногръцката античност я описват като еякулация “ante portas”. В медицинската литература първите съобщения се появяват през 19-и век.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: преждевременна еякулация, сетивност

ABSTRACT

The phenomenon of premature ejaculation is perhaps as old as humanity. Texts dating back to ancient Greek antiquity describe it as ejaculation “ante portas.” The first reports in the medical literature appeared in the 19th century.

KEY WORDS: premature ejaculation, sensitivity

ВЪВЕДЕНИЕ

През 1887 г. S. Gross както се подразбира от текста описва първият случай на бърза еякулация в медицинската литература. Следва подробен доклад на немския психиатър Krafft-Ebing през 1901 г. отнасящ се за абнормно бърза еякулация, но все още без да се споменават термините “незряла” или “преждевременна” [1, 2, 3].

През 1917 г. Karl Abraham описва бързата еякулация като я нарича за пръв път незряла еякулация (ejaculatio praecox). През първата декада на 20-и век преждевременната еякулация е разглеждана предимно в психоаналитични теории като “невроза” свързана с подсъзнателни конфликти. Лечението се е провеждало от класическата психоанализа. Соматичният подход през тези години е бил предимно урологичен и като причини за ПЕ са посочвани свръхвъзбуда на гланс пенис, твърде къс френулум и промени в проксималната част на уретрата и по специално във веро монтанум. Прилаганото лечение се е състояло от предписване на анестезиращи кремове или инцизия на френулула (френулотомия), апликация на разтвори съдържащи сребърен нитрат, а също и пълна деструкция на веро монтанум чрез електрокоагулация [4, 5].

През 1943 г. чисто психологическият поглед върху ПЕ е подложен на съмнение от немският ендокринолог Bernhard Schapiro. Той твърдял, че преждевременната еякулация е психо-соматично разстройство причинено от комбинацията на психологическа свръхтревожност и “намалена резистентност на долният еякуляторен апарат към емоционално напрежение”. Schapiro описва два типа преждевременна еякулация. Тип В (сексуално хипертоничен или хипереротичен тип), представящ се с постоянна тенденция към бърза еякулация от началото на сексуалните контакти, и Тип А (хипотоничен тип) свързан с еректилна дисфункция. През тези години пациентите с тип А ПЕ се е вярвало, че се повлияват добре от невро-тоници, тестостерон, продължителна сексуална почивка, спорт, хидро и електро терапия. Като контраст пациентите с тип В са били лекувани със седативни средства. Като добра комбинация по това време са се считали Camphora monobornata, belladonna,

strypticine и papaverine. Въпреки, че Bernhard Schapiro никога не е предполагал, че преждевременната еякулация е свързана с генетични фактори, той забелязал, че останалите мъже в семейството на тези болни също са били засегнати от ПЕ [6].

През 1956г. James H. Semans разработва “старт-стоп” техниката, която се състои в мануално стимулиране на половия член от партньорката докато мъжът не почувства готовност за еякулация [7].

William Masters и Virginia Johnson, двама американски сексолози предположили, че преждевременната еякулация е резултат от заучено психологическо поведение, като по този начин твърдо отхвърлили психоаналитичната и психосоматичната теории на Abraham и Schapiro. Те спорели, че бързата еякулация е свързана с начални много бързи и кратки полови контакти, които водят до привикване и създаване на страх от интимността с партньора. В подкрепа на тази теория за изграждане на навик са физиологичните експерименти, при които феномена на тревожност и страх става изключително силно изразен. Въпреки че терапията за изграждане на навик е най-силно разпространена през 80-те години, в литературата започват да се появяват публикации за някои психоактивни лекарства като Клопрамин, като нови средства за лечение на ПЕ [8].

През 1998г. Waldinger et al. постутира, че първичната преждевременна еякулация е невробиологично и генетично детерминирана дисфункция, която е свързана с намаляване на централната серотонинова невротрансмисия и активиране или инхибиране на специфичните 5-ХТ (хидрокситриптамин) рецептори. Waldinger по този начин отхвърля предишните чисто психологическа и психо-поведенческа теории за етиологията и патогенезата на първичната ПЕ. Новата невробиологична теория за ПЕ е била базирана на много животински и психо-фармакологични проучвания. Представянето на инхибиторите на обратното захващане на серотонина (SSRIs-Selective serotonin reuptake inhibitors) през първите години на 90-те години е означавало драматична промяна в лечението на преждевременната еякулация. През този период новият невробиологичен подход и ефективността на лечението с SSRIs са били трудно приемани и отхвърляни от всички сексолози [9, 10].

През последните години ДНК изследванията на генетичния полиморфизъм при мъже с първична преждевременна еякулация, показват ясна зависимост между функцията на централната серотонинова и допаминова система с продължителността на интравагиналното еякулаторно латентно време (IELT-intravaginal ejaculatory latency time). През този период е одобрено от Европейската лекаствена агенция (EMA-European Medicines Agency) и първото лекарство за лечение на ПЕ- Dapoxetine [11, 12]

Днес, въпреки големият напредък в разбирането на същността и причините за преждевременната еякулация, много мъже остават нелекувани правилно или недоволни от приложеното им лечение. Изключително голям процент от болните остават недиагностицирани или живеят с мисълта, че заболяването е нелечимо и не може да им се помогне.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Waldinger MD (1997) *Introduction: primary premature ejaculation. In: Waldinger MD (ed), When seconds count. Selective serotonin reuptake inhibitors and ejaculation, Utrecht, pp 11–27*
2. Gross S (1887) *Practical treatise on impotence and sterility. YJ Pentland, Edinburgh*
3. Krafft-Ebing RF (1901) *Psychopathia sexualis, 11th edn. Enke, Stuttgart*
4. Abraham K (1917) *Über Ejaculatio Praecox. Zeitschr Aertzliche Psychoanalyse 4:171–186*
5. Stekel W (1927) *Impotence in the male. The psychic disorders of sexual function in the male. Boni & Liveright Publ Corp, New York, 2:22–60*
6. Schapiro B (1943) *Premature ejaculation: a review of 1130 cases. J Urol 50:374–379*
7. Semans JH et al. *Premature ejaculation: a new approach. South Med J. (1956) 49(4): p. 353*
8. Masters WH, Johnson VE (1970) *Premature ejaculation. In: Masters WH, Johnson VE (eds) Human sexual inadequacy. Little, Brown and Co, Boston.*

9. 9. Waldinger MD, Berendsen HHG, Blok BFM, Olivier B, Holstege G (1998) Premature ejaculation and serotonergic antidepressants-induced delayed ejaculation: the involvement of the serotonergic system. *Behav Brain Res* 92:111–118
10. 10. Waldinger MD, Rietschel M, Nothen MM, Hengeveld MW, Olivier B (1998) Familial occurrence of primary premature ejaculation. *Psychiatr Gen* 8:37–40
11. 11. Janssen PK, Bakker SC, Réthelyi J, Zwinderman AH, Touw DJ, Olivier B, Waldinger MD (2009) Serotonin transporter promoter region (5-HTTLPR) polymorphism is associated with the intravaginal ejaculation latency time in Dutch men with lifelong premature ejaculation. *J Sex Med* 6(1):276–284
12. 12. Jern P, Santilla P, Witting K, Harlaar N, Johansson A, von der Pahlen B et al (2007) Premature and delayed ejaculation: genetic and environmental effects in a population-based sample of Finnish twins. *J Sex Med* 4:1739–1749
- History of Premature Ejaculation 19

Адрес за кореспонденция:

Доц. П. Генов
УМБАЛ „Софиямед“ - гр. София
бул. „Доктор Г. М. Димитров“ 16
Отделение по урология
e-mail: p_genovl@gmail.com

Corresponding Author:

Assoc. Prof. P. Genov
Sofamed University Hospital - Sofia
16 Doctor G. M. Dimitrov Blvd.
Department of Urology
e-mail: p_genovl@gmail.com

СВОБОДНА КОЖНА ПЛАСТИКА ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА КОЖАТА НА ПЕНИСА

Мартин Стойков¹, Паулина Владов², Владислав Дунев³

Клиника по хирургия, УМБАЛ „Света Марина“ – Плевен¹

Клиника по хирургия, УМБАЛ „Г. Странски“ – Плевен²

Клиника по урология, УМБАЛ „Света Марина“ – Плевен³

FREE SKIN PLASTIC FOR PENIS SKIN RECONSTRUCTION

Martin Stoykov¹, Paulina Vladov², Vladislav Dunev³

Clinic of Surgery, University Hospital "St. Marina" – Pleven¹

Clinic of Surgery, University Hospital "G. Stranski" – Pleven²

Clinic of Urology, University Hospital "St. Marina" – Pleven³

РЕЗЮМЕ

Свободната кожна пластика представлява реконструктивна хирургична техника, използвана за възстановяване на кожния покрив на пениса при пациенти с тежки кожни дефекти. Методът е особено подходящ при загуба или необратимо увреждане на кожата вследствие на възпалителни процеси, некроза, парафиноми, инфекции, травми или усложнения от предходни интервенции.

ABSTRACT

Free skin grafting is a reconstructive surgical technique used to restore the skin of the penis in patients with severe skin defects. The method is particularly suitable for loss or irreversible damage to the skin due to inflammatory processes, necrosis, paraffinomas, infections, trauma or complications from previous interventions.

ВЪВЕДЕНИЕ

Свободната кожна пластика представлява реконструктивна хирургична техника, при която кожен участък се взема напълно отделен от собственото си кръвоснабдяване и се трансплантира върху зона с липсваща или необратимо увредена кожа. За разлика от ламбовите пластики, при които кожата се пренася със запазени съдове, при свободната кожна присадка тъканта първоначално оцелява благодарение на дифузия на плазма от подлежащото ложе, а впоследствие чрез прорастване на нови капиляри от реципиентната зона. Това прави качеството на подготвеното ложе решаващо за успеха на процедурата.

В контекста на пенилната реконструкция свободната кожна пластика се използва при ситуации, в които локалната кожа е унищожена или функционално негодна вследствие на хронично възпаление, парафином, некроза, инфекции или след радикално хирургично отстраняване на патологични тъкани. След пълното премахване на възпалени, фиброзирали или инфилтрирани зони се създава добре кръвоснабдено и чисто реципиентно поле, върху което се поставя кожната присадка. Най-често се използва тънка кожна пластика, тъй като тя се приживява по-лесно и позволява по-добра адаптация към динамиката на пениса по време на ерекция.

След поставянето присадката се фиксира прецизно без напрежение, за да се предотврати движение, образуване на хематоми или компрометиране на неоангиогенезата. В първите дни след операцията кожата преминава през критичен период, в който всяко възпаление, инфекция или механично натоварване може да доведе до частично или пълно неприживяване. Поради тази причина строгият контрол на възпалителните процеси и адекватните следоперативни грижи са съществена част от лечението.

Свободната кожна пластика при пениса е предизвикателна процедура поради специфичната анатомия, богатата инервация и необходимостта от запазване както на функцията, така и на естетиката.

При правилна индикация, добра хирургична техника и адекватна подготовка на пациента методът позволява стабилно възстановяване на кожния покрив, подобряване на функционалността и значително повишаване на качеството на живот.

ПОКАЗАНИЯ

Свободната кожна пластика е показана при пациенти със значителна загуба или необратимо увреждане на кожата на пениса, при които локалните тъкани не позволяват първично затваряне или локална пластика. Методът се прилага при напреднали парафиноми с масивна фиброза и хронично възпаление, при кожна некроза след инжекционни или хирургични интервенции, при усложнения от инфекции с разрушаване на кожния покрив, както и след радикално отстраняване на кожни и подкожни патологични формации. Свободната кожна пластика намира приложение и при тежки цикатрикси, деформации и контрактури, които компрометират функцията и естетиката на пениса, както и в случаи на повторни операции, при които наличната кожа е изчерпана или негодна за реконструкция.

Когато локалната кожа е компрометирана и не може да се използва за реконструкция, свободната пластика е **златен стандарт** [1].

ДОНОРСКИ ЗОНИ

Най-често използваните донорски зони за свободна кожна пластика при пенилна реконструкция са вътрешната повърхност на бедрото, долната коремна област и ингвиналната зона [2]. Тези области осигуряват кожа с подходяща дебелина, еластичност и относително сходна текстура, като същевременно позволяват добро заздравяване на донорската рана и дискретни белези. Изборът на донорска зона се определя от необходимото количество кожа, качеството на тъканите, телосложението на пациента и нуждата от максимална функционална и естетична адаптация на присадката.

ХИРУРГИЧНА ТЕХНИКА (ОБОБЩЕНО)

Хирургичната техника при свободна кожна пластика за възстановяване на кожата на пениса започва с щателна оценка и пълно отстраняване на всички патологично променени тъкани, включително възпалени, фиброзирали или инфилтрирани зони, като целта е да се достигне до здраво, добре кръвоснабдено реципиентно ложе. Особено важно е елиминирането на остатъчни чужди материали и хронични възпалителни огнища, тъй като те значително компрометират приживяването на кожната присадка [3]. След постигане на адекватна хемостаза се оформя равна и стабилна повърхност, върху която ще бъде поставена присадката.

Кожната присадка се взема от предварително избраната донорска зона с прецизен контрол върху дебелината, като най-често се използва тънка кожна пластика, позволяваща по-лесно приживяване и по-добра адаптация към динамичните промени в обема на пениса. След отделянето ѝ присадката се моделира според дефекта, като се избягва всякакво напрежение при поставянето ѝ върху реципиентното поле. Тя се фиксира внимателно с фини шевове, осигуряващи стабилен контакт между кожата и подлежащата тъкан, без да се нарушава микроциркулацията.

Ключов момент в техниката е осигуряването на пълен и равномерен контакт между присадката и ложето, като се предотвратява образуването на хематоми, сероми или гънки, които могат да доведат до частично или пълно неприживяване [4]. След фиксирането се поставя компресивна превръзка, която имобилизира присадката и поддържа оптимални условия за плазматична имбибиция и последваща ревакуларизация. В ранния следоперативен период се поддържа строг контрол върху възпалението, отока и инфекциозния риск, тъй като първите дни са критични за успешното приживяване на кожната пластика и дългосрочния функционален и естетичен резултат

СЛЕДОПЕРАТИВЕН ПЕРИОД

ледоперативният период при свободна кожна пластика на пениса е критичен за крайния функ-

ционален и естетичен резултат и изисква стриктно спазване на медицинските препоръки. В първите дни след операцията основната цел е осигуряване на неподвижност на кожната присадка и оптимални условия за нейното приживяване. Поставената компресивна превръзка поддържа постоянен контакт между присадката и реципиентното ложе, предотвратява образуването на хематоми и сероми и ограничава движенията, които биха могли да нарушат ранната реваскуларизация. През този период пациентът обикновено е на леглови режим с ограничена физическа активност.

В първите 48–72 часа кожната присадка се намира във фаза на плазматична имбибиция, което означава, че тя се „храни“ чрез дифузия от подлежащите тъкани. Всяко повишено възпаление, инфекция или механично натоварване в този етап може да компрометира процеса и да доведе до частично или пълно неприживяване. Поради това се провежда адекватна противовъзпалителна и, при необходимост, антибиотична терапия, както и строг контрол на локалния статус. Отокът е очакван и обикновено постепенно намалява в рамките на първата седмица.

Около петия до седмия ден започва реалната реваскуларизация на присадката, при която новообразувани капиляри навлизат в трансплантираната кожа. В този период се извършва внимателна оценка на цвета, тургора и виталността на присадката. Превръзките се сменят внимателно, като се избягва всякаква травма или разместване. Донорската зона също се проследява, като обикновено заздравява без усложнения, с минимален дискомфорт.

В следващите седмици започва фазата на функционално възстановяване. Пациентът постепенно възобновява ежедневната си активност, като сексуалната активност се ограничава за период, определен от хирурга, обикновено няколко седмици, за да се избегне разтягане и травмиране на новоформираната кожа. Възможни са временни промени в чувствителността, които в повечето случаи се подобряват с времето. Кожата постепенно се адаптира към динамиката на пениса, като еластичността и външният вид се подобряват в рамките на няколко месеца.

Дългосрочното възстановяване включва регулярни контролни прегледи, наблюдение за късни усложнения и поддържане на добро локално и общо здраве. При правилно проведен следоперативен режим, контрол на възпалението и спазване на препоръките, свободната кожна пластика осигурява стабилно приживяване, функционално възстановяване и значително подобрение в качеството на живот на пациента.

ПРЕДИМСТВА

Свободната кожна пластика има съществени предимства при реконструкцията на кожата на пениса, особено в сложни и напреднали случаи [5]. Тя позволява възстановяване на кожния покрив дори при пълна загуба или тежко увреждане на локалната кожа, когато други реконструктивни методи не са приложими. Методът дава възможност за радикално отстраняване на всички патологични тъкани и едновременно с това осигурява стабилно покритие със здрава кожа, което значително намалява риска от рецидив на възпалителни процеси.

Свободната кожна пластика осигурява добър функционален резултат, като при правилен подбор на присадката позволява адекватна еластичност и адаптация към промените в обема на пениса по време на ерекция. Тя води до ясно подобрение на естетиката, възстановяване на анатомичните контури и повишаване на самочувствието и качеството на живот на пациента. В сравнение с по-ограничените локални пластики, методът предоставя по-голяма свобода при планирането на реконструкцията и позволява индивидуализиран подход според конкретния дефект. При правилно изпълнение и адекватни следоперативни грижи резултатите са дълготрайни и стабилни във времето.

ОГРАНИЧЕНИЯ И РИСКОВЕ

Свободната кожна пластика има своите ограничения и рискове, които трябва да бъдат ясно разбрани от пациента преди интервенцията. Тъй като присадката няма собствено кръвоснабдяване, нейното приживяване е силно зависимо от качеството на реципиентното ложе и от стриктния следоперативен режим, като всяко остатъчно възпаление, инфекция, хематом или движение в ранния период може да доведе до частично или пълно неприживяване. При някои пациенти е възможно

развитие на контрактури, промени в еластичността или разлика в цвета и текстурата на кожата, което може да повлияе естетичния резултат.

Съществува риск от временни или по-рядко трайни промени в чувствителността, както и от образуване на белези както в реципиентната, така и в донорската зона [6, 7]. Процедурата изисква добра обща и локална подготовка и не е подходяща при активни инфекции, неконтролирано възпаление или тежки съпътстващи заболявания, които нарушават заздравяването. Поради тези причини свободната кожна пластика е метод, който изисква прецизна индикация, опитен хирург и висока ангажираност от страна на пациента към следоперативните грижи [8, 9].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Свободната кожна пластика е утвърден и надежден реконструктивен метод за възстановяване на кожата на пениса при пациенти с тежки и комплексни дефекти, при които локалните тъкани не позволяват други хирургични решения. Тя дава възможност за радикално отстраняване на патологичните процеси и последващо функционално и естетично възстановяване, когато процедурата е правилно планирана и изпълнена. Успехът на интервенцията зависи в голяма степен от добрата предоперативна подготовка, контрола на възпалението, качеството на хирургичната техника и стриктното спазване на следоперативните грижи. При внимателен подбор на пациентите и адекватно проследяване свободната кожна пластика осигурява стабилни дългосрочни резултати и значително подобрение в качеството на живот.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Plastic and Reconstructive Surgery. Principles of skin grafting and wound healing. Plastic and Reconstructive Surgery. Multiple issues and review articles.*
2. *Clinics in Plastic Surgery. Skin grafts and substitutes in reconstructive surgery. Clinics in Plastic Surgery. Review series.*
3. *Grabb and Smith's Plastic Surgery. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; chapters on skin grafts and reconstructive techniques.*
4. *Plastic Surgery. 4th ed. Elsevier; Volume on reconstructive surgery and skin grafting.*
5. *Journal of Urology. Penile reconstruction using skin grafts: indications and outcomes. Journal of Urology. Clinical series and reviews.*
6. *BJU International. Genital reconstruction following paraffinoma and chronic inflammatory conditions. BJU International.*
7. *European Urology. Surgical management of penile skin loss and reconstructive options. European Urology.*
8. *Annals of Plastic Surgery. Free skin grafts in complex reconstructive cases. Annals of Plastic Surgery.*
9. *Urology. Management of complications after penile augmentation procedures. Urology.*

Адрес за кореспонденция:

Проф. В. Дунев
УМБАЛ „Света Марина“ – Плевен
Клиника по урология
e-mail: v_dunev@abv.bg

Corresponding Author:

Prof. V. Dunev
University Hospital "St. Marina" - Pleven
Clinic of Urology
e-mail: v_dunev@abv.bg

ИЗИСКВАНИЯ КЪМ АВТОРИТЕ ЗА ПУБЛИКУВАНЕ В СПИСАНИЕ „КЛИНИЧНА УРОЛОГИЯ“

В списание „Клинична урология“ се приемат за публикуване: оригинални статии, обзори, клинични случаи, реферати, рецензии, кратки научни съобщения (писма до редактора и др.). Първите три жанра са обект на рецензиране (със стандартизирани формуляри), а останалите подлежат на експертна преценка от страна на редколегиата. Обхватът на списанието включва широк кръг медицински теми от сферата на урологията, онкологията, хирургията, нефрологията, акушер-гинекологията, анестезиологията, рентгенологията и др. Предложените за разглеждане статии не трябва да са публикувани преди това в други научни списания. Компоненти на научна статия: заглавна страница (на български и английски език), резюме (на български и английски език), ключови думи (на български и английски език), въведение, материал и методи, резултати, обсъждане, заключение и библиография (само на английски език).

Заглавна страница – включва заглавие, имена на авторите, тяхната месторабота и адрес за кореспонденция (на водещия автор), на български и английски език.

Резюме - включва въведение, цел, материал и методи, резултати, заключение и ключови думи на български и английски език. То не трябва да съдържа цитати, илюстративен материал и абривиатури.

Ключови думи - използват се за тематично категоризиране на статията в световната база данни и съответното търсене при справка. Ключовите думи за всеки вид публикация са между 3 и 8 на брой, като могат да бъдат единични думи или кратки словосъчетания и да са на български и английски език.

Въведение - основната му функция е да даде отговор на въпросите: какви са мотивите за провеждане на изследването и каква е пряката му цел.

Материал и методи - назовават се броят на изследваните пациенти, периодът на проучването, мястото, където е проведено изследването и използваните методи.

Резултати - съдържа всички резултати и илюстративен материал (снимки, диаграми, таблици).

Обсъждане - интерпретират се данните и тяхното значение, разглеждат се проблеми с използваните методи/техники, сравняват се сходства и различия с други студии от литературната справка, извежда се приносът на резултатите за осветляване на поставения проблем.

Заключение - резюмира основните резултати и прави изводи от изследването.

Библиография – изписва се на английски език и се подрежда по реда на поява на източниците в текста. Изписването на всеки източник е на нов ред с арабска номерация.

Данните се оформят по следния начин:

- *при цитирана статия* - имена на авторите, заглавие на статията, заглавие на списанието (съкратено по Index Medicus), година на издаване, том, номер на книжката, начална и последна страница на статията.

Пример: Cook TM, Eaton JM, Goodween AP. Epidural analgesia following upper abdominal surgery. Eur Urol, 2019; 27(1):197-201.

- *при цитиран сборник или книги* – имена на авторите, заглавие на статията, заглавие на сборника, поредност на изданието, редактори, местоиздаване (град), издателство, година на издаването, страници (от-до).

Пример: Wilkinson AH. Evaluation of the transplant recipient. In: Handbook of Kidney Transplantation. 6th ed. G. M. Danovitch (Ed.). Boston, Little, Brown and Co., 2019, 109-122.

Ако авторите са до трима, се изписват фамилиите, последвани от инициалите им (без точки). Когато авторите са повече от трима, след името на третия се пише "и др." (за латиница – "et al.").

Технически изисквания

Вид публикация; Брой думи в основния текст; Брой думи в резюмето; Брой референции: Оригинална статия 2500-5000; 200-300; 30, Обзор 3000-6000; 100-200; 50, Клиничен случай 1000-3000; 100-200; 20, Кратко научно съобщение, реферат, рецензия 500; 1000; 10. Приемат се файлове на програма MS Word. Няма специфични изисквания за размер и вид на шрифта, разстояние между редовете, полета и друго оформление. Илюстративният материал (таблицы, фигури, снимки) се поставя на съответните места в текста със заглавия и легенди на български език. Заглавията на фигурите не трябва да са включени в изображението. Необходимо е снимките да бъдат с добро качество (поне 300 dpi) и подходящ формат (.jpg, .tif, .png). Таблиците трябва да бъдат предоставени във формат, който може да се редактира и да са чернобели. Използваните в текста специфични съкращения се въвеждат в скоби при първата поява на цялото наименование. Мерните единици следва да са по системата SI. Материалите се изпращат на e-mail на главния редактор: atanasovmd@yahoo.com

Героцилан

Тадалафил

За неговото самочувствие



Героцилан 5 мг → единственият тадалафил 5 мг в България, предоставящ 30 филмирани таблетки в опаковка за пълен месечен курс на лечение



Притежател на разрешение за употреба: **G.L. Pharma GmbH**
Представителство в България: ТП „Джи Ел Фарма ГмбХ“ България,
гр. София, бул. „България“ № 102, БЦ „Белисимо“, офис 64, Т: 02/493 2000, E: office@gl-pharma.bg

Лекарствени продукти по лекарско предписание! Преди да предпишете лекарствените продукти, моля прочетете пълния текст на КХП.
Допълнителна **информация** можете да намерите на www.gl-pharma.com/bg

TAMSOL®

0,4 mg tamsulosin

Да си върнем насладата



ГЕДЕОН РИХТЕР

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

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

КХП: 20060563/04.08.2020

KEDP/DADL65