

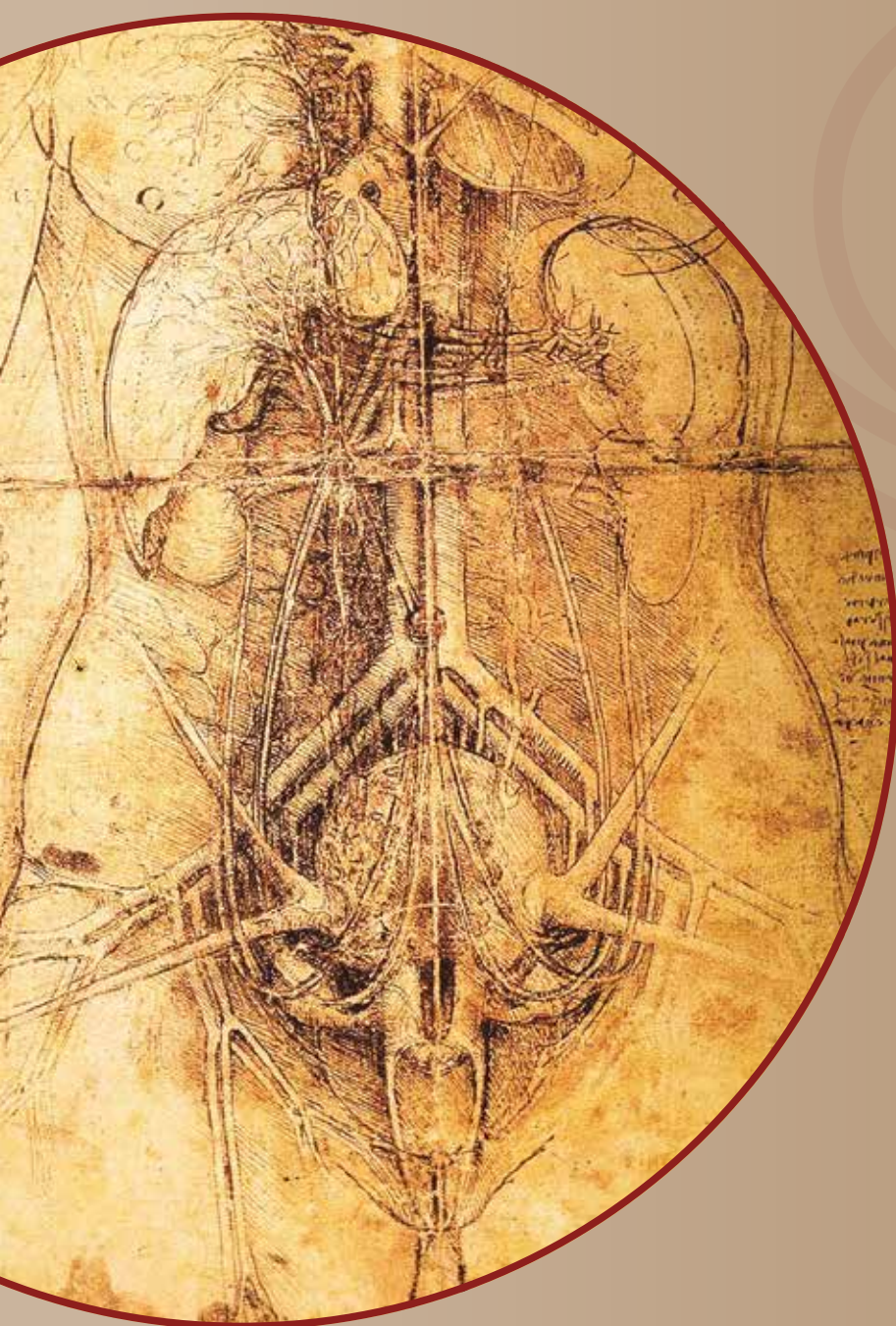
КЛИНИЧНА УРОЛОГИЯ



**Clinical
Urology**

ISSN: 2738-778X
clinicalurology.com

Том 6 • № 2 • 2025
vol 6 • № 2 • 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, Доц. Владислав Дунев, Доц. Пенчо Генов
Deputy Editor in chief: Prof. Nikolay Kolev, Assoc. 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>
Нашият клиничен опит и резултати при лечението с FRIRS при пациенти с бъбречни конкременти с големина между 2 и 3 см. <i>И. Велев, П. Генов</i>	3
Затлъстяването, рисков фактор за доброкачествената хиперплазия на простатата и карцином на простатата – хистоморфологично проучване <i>Благовеста Здравкова Миткова</i>	9
Миниинвазивно лечение на бъбречен абсцес - случай от практиката <i>Владимир Григориев Савчевко</i>	17
Профилактиката и ефективната комуникация: психологически и поведенчески аспекти <i>Д. Дунева</i>	20

CONTENTS

ARTICLES	<i>page</i>
Our clinical experience and results in the treatment with fRIRS in patients with kidney stones between 2 and 3 cm in size. <i>I. Velev, P. Genov</i>	
Obesity as a risk factor for benignant prostate hyperthrophy and prostate cancer - histomorphological study. <i>Blagovesta Zdravkova Mitkova</i>	9
Minimally Invasive treatment of a renal abscess - case report <i>Vladimir Savchenko, MD</i>	17
Prevention and effective communication: psychological and behavioral aspects <i>D. Duneva</i>	20

НАШИЯТ КЛИНИЧЕН ОПИТ И РЕЗУЛТАТИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО С FRIRS ПРИ ПАЦИЕНТИ С БЪБРЕЧНИ КОНКРЕМЕНТИ С ГОЛЕМИНА МЕЖДУ 2 И 3 CM.

И. Велев, П. Генов

УМБАЛ „Софиямед“, Клиника по Урология, София

OUR CLINICAL EXPERIENCE AND RESULTS IN THE TREATMENT WITH FRIRS IN PATIENTS WITH KIDNEY STONES BETWEEN 2 AND 3 CM IN SIZE.

I. Velev, P. Genov

UMHAT Sofamed, Clinic of Urology, Sofia

РЕЗЮМЕ

С подобренията в технологиите и визуализацията, ретроградната интраренална хирургия (RIRS) придоби значителна популярност при лечението на бъбречни камъни. Първоначално тя се използваше за лечение на малки (<2 cm) камъни. Индикациите ѝ като първо средство на избор се разширяват постоянно с нарастващия опит и иновациите, постигнати в лазерната технология. Камъни, по-големи от 2 cm, започват все по-често да се лекуват с RIRS като предпочитан метод както от лекарите така и от пациентите. Нашата цел беше да представим клиничният ни опит и резултати с флексибилната интрареналната ретроградна хирургия (fRIRS) при бъбречни конкременти с големина между 2 и 3 cm.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: Бъбрек, Ретроградна интраренална хирургия, Камък 2-3 cm

ABSTRACT

With improvements in technology and visualization, retrograde intrarenal surgery (fRIRS) has gained significant popularity in the treatment of kidney stones. Initially, it was used to treat small (<2 cm) stones. Its indications as a first-line treatment are constantly expanding with increasing experience and innovations in laser technology. Stones larger than 2 cm are increasingly being treated with RIRS as a preferred method by both physicians and patients. Our aim was to present our clinical experience and results with flexible intrarenal retrograde surgery (fRIRS) for renal calculi between 2 and 3 cm in size.

KEY WORDS: Kidney, Retrograde intrarenal surgery, Stone 2-3 cm

Развитието на миниинвазивното лечение на уринарни камъни е тясно свързано с технологичното усъвършенстване на фиброоптиките и рентгенологична апаратура, дизайна, механиката на уретроскопите. Първите ригидни уретероскопи са били големи от 10 до 16 Fr със система от твърди лещи като след замяната им с фиброоптични влакна се създава възможност да се огъва шафта им по вертикалната им ос без изкривяване на образа и са получили наименованието си семиригидни. В края на 1980-те години употребата на гъвкави уретероскопи е получава своето развитие с въвеждането на такива с канал за иригация и гъвкав край (с активно и пасивно отклонение). Първия такъв е въведен в практиката през 1989 год., след което бързо появяват различни усъвършенствани модели. Първоначалните флексибилни уретерореноскопи също са били технически ограничени – само с пасивна дефлексия, липса на работен и иригационен канал, но съвременните вече са с двойна дефлексия до 3600, имат 3,5 Fr и по-голям канал, върха на уретерореноскопа стига до 7,5 Fr, а дължината от 54 до 70 cm. Bagley и др. публикуват първото си проучване през 1987 г., след това Kavoussi и др. докладват за своята серия от 76 флексибилни процедури на при 68 пациента през 1989 г. Развитието на гъвкавите уретерореноскопи по това време са свързани основно с намаляване на диаметъра

на устройствата и увеличаване на ъглите на отклонение. През 1994 г. Grasso и Bagley докладват за началния си опит с уретероскопи с работни канали с диаметър 7,5 Fr и 3,6 Fr, където отбелязват, че в 48% от пациентите не е било необходима дилатация на уретера поради употребата на устройство с по-малък диаметър. През 2001 г. е произведен уретерореноскоп с двупосочно отклонение (270 °), който позволява достъп до цялата пиелокаликсна система на бъбрека. Издръжливостта им е увеличена, така че те да могат да се използват без нужда от поддръжка до 50 случая, но въпреки това е все още скъпа технология.

През 2006 г. е произведен първия флексибилен уретерореноскоп с цифрово образно изображение. По-късно Zilberman et al. публикуват своята серия с използването на по-нови цифрови уретероскопи с по-висока резолюция и качество на цветовете, които могат да показват анатомичните структури 5,3 пъти по-големи от стандартните уретероскопи. Другото подобрение е постигнато с добавянето на втори работен канал, който позволява увеличаване на мощността на иригацията.

С подобренията в технологиите и визуализацията, ретроградната интраренална хирургия (RIRS) придоби значителна популярност при лечението на бъбречни камъни. Първоначално тя се използваше за лечение на малки (<2 см) камъни. Индикациите ѝ като първо средство на избор се разширяват постоянно с нарастващия опит и иновациите, постигнати в лазерната технология. Камъни, по-големи от 2 см, започват все по-често да се лекуват с RIRS като предпочитан метод както от лекарите така и от пациентите.

ЦЕЛ: Нашата цел беше да представим клиничният ни опит и резултати с флексибилната интра-реналната ретроградна хирургия (fRIRS) при бъбречни конкременти с големина между 2 и 3 см.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

За периода от Март 2018 г. до Декември 2024 г. в Клиниката по урология на УМБАЛ Софиямед 109 пациенти бяха диагностицирани с конкременти в бъбреците между 2 и 3 см, които бяха селектирани и подложени на хирургическо лечение с fRIRS. Всички пациенти бяха диагностицирани с бъбречни конкременти на базата на нискодозова компютърна томография или с контрастно усилване и понякога с последваща триизмерна реконструкция. На пациентите бяха описани щателна анамнеза, статус и подписано информирано съгласие за лечение. На тях беше разяснено подробно същността на патологичния процес и съвместно се преценяваха възможностите за оперативно лечение. Всички болни бяха оперирани с Лазерен литотриптор – Ho: YAG -Revolix Duo.

РЕЗУЛТАТИ

Изследвахме пола и възрастта на пациентите, подложени на оперативната интервенция. При разглеждане на половото разпределение на пациентите се установява, че от общо 109 пациенти 63 (57,8%) бяха мъже и 46 (42,2%) жени.

	Frequency	Percent	Valid Percent
Мъж	63	57,8	57,8
Жена	46	42,2	42,2
Общо	109	100,0	100,0

Средната стойност на възрастта при мъжете е от 54,94г., а при жените, средната стойност е от 54,80г.

	Mean	N	Std. Deviation
Мъж	54.94	63	13.695
Жена	54.80	46	15.463
Общо	54.88	109	14.398

В голямата си част пациентите са имали предходна хоспитализация за поставяне на уретерален стент с който се постига пасивна дилатация на уретера от страна на засегнатия бъбрек, както и да осъществи дренаж на съответния бъбрек и бъде санирана евентуална съществуваща уринарна инфекция. От общо 109 оперирани болни, 56 (51,4%) са били с предварително поставен стент срещу 53 (48,6%) без да са имали предходна хоспитализация на поставяне на такъв.

			RIRS	Total
JJ Stent	няма	Count	53	60
		% within Previous stent	21.7%	100.0%
		% within grp	24.5%	48.6%
	да	Count	56	49
		% within Previous stent	81.6%	100.0%
		% within grp	75.5%	51.4%
Total	Count	53	109	
	% within Previous stent	48.6%	100.0%	
	% within grp	100.0%	100.0%	

След провеждане на лечението са направени контролни изследвания на левкоцитите, хемоглобина и креатинина на всичките 109 пациенти. Кръвозагубата се оценява чрез сравняване на пред и постоперативното ниво на Hb в първия следоперативен ден. По отношение на средната промяна в спада на нивото на Hb в RIRS групата бе 5,02 g/L.

Въз основа на радиологичната плътност на конкрементите, измерена в Хаундсфийлд единици (HU), те са групирани условно в две групи: до 1000 HU - low stone density (LSD, ≤ 1000 (HU) и над 1000 - high stone density (HSD, > 1000 HU).

Така групирани в нашето проучване имаме по- голям брой пациенти - 63 (57,8%) с ниска плътност на конкрементите в сравнение с тези с висока такава – 46 или 42,2% от случаите.

DENSITY	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Low stone density	63	57,8	57,8	57,8
High stone density	46	42,2	42,2	100,0
Total	109	100,0	100,0	

Оперативното време е по-малко, както и болничния престой е по - кратък при групата с ниска плътност.

DENSITY		брой	размер /mm/	Престой (дни)	Time /min/
Low stone density	Mean	1.16	21.49	2.81	67.06
	N	63	63	63	63
	Std. Deviation	.368	1.712	.737	15.415
High stone density	Mean	1.57	24.20	3.80	88.15
	N	46	46	46	46
	Std. Deviation	.655	2.613	1.222	15.469
Total	Mean	1.33	22.63	3.23	75.96
	N	109	109	109	109
	Std. Deviation	.545	2.515	1.086	18.590

Процентът на пациенти с пълна елиминация на камъни с ниска плътност е значимо по-висок от този при камъни с голяма плътност.

Оперативното време варира от 69,99 мин. до 80,95 минути (средно 75,47 минути). 5.1.7 Е ф е к - тивността на операцията според наличието на остатъчни фрагменти показва пълна елиминация на конкрементния товар при първи следоперативен ден от 81,1% при пациентите.

			Total
SFR 1 следоп.	SFR (+) 1 ден	Count	109
		% within SFR 1 следоп.	100.0%
		% within grp	81.1%
	SFR (-) 1 ден	Count	21
		% within SFR 1 следоп.	100.0%
		% within grp	19.9%
Total	Count	109	
	% within SFR 1 следоп.	100.0%	
	% within grp	100.0%	

При проследяването на пациентите на третия месец след интервенцията отново имаме много високи стойности като резултати на пълна елиминация на конкременти при третия следоперативен месец – 92,5% при всички пациенти.

			Total
SFR 3 месец	SFR (+) 3 месец	Count	109
		% within SFR 3 месец	100.0%
		% within grp	92.5%
	SFR (-) 3 месец	Count	8
		% within SFR 3 месец	100.0%
		% within grp	7.5%
Total	Count	109	

По отношение на следоперативните усложнения, анализът е направен за всички пациенти като са наблюдавани следните интраоперативни усложнения: перфорация на уретер, травма на бъбречен паренхим и интраоперативно кървене.

Интраоперативни усложнения	RIRS
Кървене (хематом)	7
Уретерална перфорация (урином)	4
Руптура на форникса	3

Степен на постоперативни усложнения по модифицираната класификация на Clavien-Dindo. По скалата Clavien-Dindo, при пациента не се наблюдават усложнения (77.3%); при 17 (15,6%) съществуват усложнения от I-ва степен; при 1 (1,9%) усложнения от II-ра степен и при 4 пациента (3,7%) усложнението е от III-та степен.

Интраоперативни усложнения описани по модифицирана Clavien-Dindo скала	Брой	Процент
Grade 1: фебрилитет	17	15,6
Grade 2: кръвопреливане	5	4,6
Grade 3a: урином (поставяне на JJ стент)	4	3,7
Grade 3b: необходимост от интервенция под обща анестезия	не	0
Grade 4a: органна увреда или дисфункция	не	0
Grade 4b: комбинирана органна увреда или дисфункция	не	0
Grade 5: смърт	не	0

Сепсис бе наблюдаван единствено при 4 (7,5%) пациента в групата на RIRS, овладян успешно с антибиотици и реанимационни мероприятия.

Болничните престои, изчислени от деня на операцията до денят на изписване бе средно 3.0 (от 2,7 до 3,3) дни при всички оперирани.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въпреки препоръките за използване на PCNL като първи метод на избор при бъбречни конкременти между 2 и 3 см, в нашето проучване при 109 пациента показва, че fRIRS може да бъде съпоставима алтернатива като първи метод на избор при пациентите особено в условията на нарастващи възможности за изображение на еднократните флексибилни уретероскопи, възможност за иригация и контрол над интрареналното налягане по време на операция. fRIRS дава съпоставими резултати по отношение на безопасност и ефективност както PCNL.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Bagley DH. Expanding role of ureteroscopy and laser lithotripsy for treatment of proximal ureteral and intrarenal calculi. *Curr Opin Urol* 2002;12:277-280.
2. Zengin K, Tanik S, Karakoyunlu N, Sener NC, Albayrak S, Tuygun C, Bakirtas H, Imamoglu MA, Gurdal M. Retrograde Intrarenal Surgery versus Percutaneous Lithotripsy to Treat Renal Stones 2-3 cm in diameter. *Biomed Res Int* 2015;2015:914231.
3. Lim SH, Jeong BC, Seo SI, Jeon SS, Han DH. Treatment outcomes of retrograde intrarenal surgery for renal stones and predictive factors of stone-free. *Korean J Urol* 2010;51:777-782.
4. Türk C, Knoll T, Petrik A, Sarica K, Skolarikos A, Straub M, Seitz C, Dabestani S, Drake T, Grivas N, Ruhayel Y, Tepeler AK. Guidelines EAU Guidelines on Urolithiasis© European Association of Urology 2016, Urolithiasis - Limited Update March 2016 Uroweb: <http://uroweb.org/guideline/urolithiasis/>.
5. Auge BK, Dahm P, Wu NZ, Preminger GM. Ureteroscopic management of lower-pole renal calculi: technique of calculus displacement. *J Endourol* 2001;15:835-838.
6. Stoller ML, Wolf JS Jr, St Lezin MA. Estimated blood loss and transfusion rates associated with percutaneous nephrolithotomy. *J Urol* 1994;152:1977-1981.
7. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* 2004;240:205-213.
8. Lee JW, Cho SY, Jeong CW, Yu J, Son H, Jeong H, Oh SJ, Kim HH, Lee SB. Comparison of surgical outcomes between laparoscopic pyelolithotomy and percutaneous nephrolithotomy in patients with multiple renal stones in various parts of the pelvocalyceal system. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2014;24:634-639.
9. Alkan E, Ozkanli O, Avci E, Turan M, Başar MM, Acar O, Balbay MD. Effectiveness of Flexible Ureterorenoscopy and Laser Lithotripsy for Multiple Unilateral Intrarenal Stones Smaller Than 2 cm. *Adv*

Urol 2014;2014:314954.

10. Breda A, Ognyemi O, Leppert JT, Schulam PG. Flexible ureteroscopy and laser lithotripsy for multiple unilateral intrarenal stones. *Eur Urol* 2009;55:1190-1196.

11. Shalaby MM, Abdalla MA, Aboul-Ella HA, El-Haggagy AM, Abd-Elsayed AA. Single puncture percutaneous nephrolithotomy for management of complex renal stones. *BMC Res Notes* 2009;2:62.

12. Singla M, Srivastava A, Kapoor R, Gupta N, Ansari MS, Dubey D, Kumar A. Aggressive approach to staghorn calculi-safety and efficacy of multiple tracts percutaneous nephrolithotomy. *Urology* 2008;71:1039-1042.

13. Takazawa R, Kitayama S, Tsujii T. Single-session ureteroscopy with holmium laser lithotripsy for multiple stones. *Int J Urol* 2012;19:1118-1121.

14. Michel MS, Trojan L, Rassweiler JJ. Complications in percutaneous nephrolithotomy. *Eur Urol* 2007;51:899-906.

15. Stav K, Cooper A, Zisman A, Leibovici D, Lindner A, Siegel YI. Retrograde intrarenal lithotripsy outcome after failure of shock wave lithotripsy. *J Urol* 2003;170:2198-2201.

16. Fabrizio MD, Behari A, Bagley DH. Ureteroscopic management of intrarenal calculi. *J Urol* 1998;159:1139-1143.

17. Bryniarski P, Paradyz A, Zyczkowski M, Kupilas A, Nowakowski K, Bogacki R. A randomized controlled study to analyze the safety and efficacy of percutaneous nephrolithotripsy and retrograde intrarenal surgery in the management of renal stones more than 2 cm in diameter. *J Endourol* 2012;26:52-57.

Адрес за кореспонденция:

Доц. Д-р Пенчо Генов, д.м.
Клиника по Урология
УМБАЛ СОФИЯМЕД
ул. „Г.М. Димитров“ № 16
София 1000

Corresponding Author:

Assoc. Prof. Pencho Genov, MD, Ph. D
Clinic of Urology
UMHAT SOFIAMED
16 G.M. Dimtrov str.
Sofia 1000

ЗАТЛЪСТЯВАНЕТО, РИСКОВ ФАКТОР ЗА ДОБРОКАЧЕСТВЕНАТА ХИПЕРПЛАЗИЯ НА ПРОСТАТАТА И КАРЦИНОМ НА ПРОСТАТАТА – ХИСТОМОРФОЛОГИЧНО ПРОУЧВАНЕ

Благовеста Здравкова Миткова

Катедра Анатомия и клетъчна биология, Медицински факултет, Медицински университет „Проф.д-р Параскев Стоянов“, Варна, България

OBESITY AS A RISK FACTOR FOR BENIGNANT PROSTATE HYPERTROPHY AND PROSTATE CANCER - HISTOMORPHOLOGICAL STUDY.

Blagovesta Zdravkova Mitkova

Dept. of Anatomy and Cell Biology, Medical Faculty, Medical University, Prof. Dr. Paraskev Stoyanov, Varna, Bulgaria

РЕЗЮМЕ

Перипростатната мастна тъкан обгражда простатната жлеза с предразположение към злокачествени заболявания. Много често нарастващите туморни клетки се разпространяват зад жлезата към мастното депо на капсулата. Прието е, че бялата мастна тъкан е значителен източник на прогениторни стромални клетки, които са насочени към туморната микросреда и участват в образуването на тумора. Хората със затлъстяване са с висок риск от развитие на някои видове рак и тъй като ракът на простатата е свързан със затлъстяване, нашата цел беше да изследваме затлъстяването като основен фактор за морфологични и функционални промени и туморогенеза. Материал и методи: Материалът е получен от биопсии на пациенти с доброкачествена хиперплазия на простатата (ДХП), както и с карцином на простатата на възраст над 55 до 70 години и с анамнеза за чест хроничен простатит в миналото. Пациентите са със затлъстяване (ИТМ над 40%). Биопсиите са извършени по класическата хистологична техника с оцветяване с хематоксилин еозин, Ван Гисон и Азан. Резултати: Жлезистият паренхим показва разширени и кръглоформени жлези с натрупване на секрет. На места се наблюдава жлезиста дегенерация и некроза. Епителът е променен - установяват се папилозни инвагинации в лумена на алвеоларните секреторни единици, които прогресивно изтъняват. Клетките, изграждащи епитела, са от кубична до приплесната плоска форма. Гладкомускулните клетки изтъняват.

ABSTRACT

Periprostatic adipose tissue surrounds the prostate gland with a predisposition to malignancy. Very often, growing tumour cells spread behind the gland to the fat depot of the capsule. It is accepted that white adipose tissue is a significant source of progenitor stromal cells that are targeted to the tumour microenvironment and participate in tumour formation. Obese people are at high risk of developing certain types of cancer, and since prostate cancer is associated with obesity, our aim was to investigate obesity as a major factor in morphological and functional changes and tumorigenesis. Material and methods: The material was obtained from biopsies of patients with benign prostatic hyperplasia (BPH) and prostate carcinoma aged 55 to 70 years and with a history of frequent chronic prostatitis in the past. The patients were obese (BMI over 40%). The biopsies were performed using the classical histological technique with hematoxylin eosin, Van Gieson and Azan staining. Results: The glandular parenchyma shows enlarged and round-shaped glands with accumulation of secretions. In places, glandular degeneration and necrosis are observed. The epithelium is changed - papillary invaginations are established in the lumen of the alveolar secretory units, which progressively thin out. The cells that make up the epithelium range from cubic to flattened, flat shapes. The smooth muscle cells become thinner. The glandular stroma enlarges, thickens, and fibrosis (accumulation of collagen fibres) is observed, the parenchyma appears tight, and the gland appears to be

Жлезистата строма се уголемява, удебелява и се наблюдава фиброза (натрупване на колагенови влакна), паренхимът изглежда стегнат, а жлезата изглежда обгърната от колагеновата рамка. Заключение: Възпалителните процеси, хипотрофичните промени в гладкомускулната тъкан и дегенеративните промени до атрофия в епитела са важни канцерогенни фактори.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: затлъстяване, туморогенеза, простатна хиперплазия, рак на простатата

surrounded by a collagen framework. Conclusion: Inflammatory processes, hypotrophic changes in smooth muscle tissue, and degenerative changes to atrophy in the epithelium are important carcinogenic factors.

KEY WORDS: obesity, tumorigenesis, prostate hypertrophy, prostate cancer

INTRODUCTION

The most metabolic active fat is the visceral fat, with an enormous significance for metabolic and severe morphological alterations. The contribution of perivisceral (periprostatic) adipose tissue often infiltrated by malignant cells to cancer progression is largely unknown. Tumour cell progression depends on itself as well as on the surrounding microenvironment, which is able to influence the proliferation, migration and metastatic behaviour of tumour cells by modulating even the extracellular matrix, extracellular matrix and surrounding adipocytes and its collagenation-increasing amount of collagen. Something more, the initiation of adipose tissue inflammation in obese patients is not very well understood. Rapid expansion of adipose tissue in such patients is often associated with insufficient angiogenesis. Reduced capillary density and blood flow can cause poor oxygenation in expanding adipose tissue(hypoxia)-considered as a factor for inducing adipose inflammation. Hypoxia, by itself, is a potential contributor to the increase of adipocyte death in obese patients. Periprostatic adipose tissue surrounds the prostate gland with a predisposition to malignity. Very often, the growing tumour cells spread out behind the gland towards the adipose tissue that is stored as fat depo just below the capsule. It is accepted that the white adipose tissue is a significant source of progenitor stroma cells that are directed towards the tumour microenvironment and take place in the formation of the tumour.

Obesity increases the risk of carcinogenesis and, according (Erik Arner, Pål O Westermark, Kirsty L Spalding, Tom Britton, Mikael Rydén, Jonas Frisén et al(2010), they investigated ceruloplasmin as a previously unknown adipokine expressed by adipose tissue in obesity and in obesity-related cancer cells, through a direct link between adipose tissue and the tendency to develop cancer.

Adipokines: leptin, adiponectin and hepatocyte growth factor secreted by adipose tissue are recognised as factors that contribute to the mechanisms by which obesity and related metabolic disorders influence carcinogenesis (Vona-Davis L and Vona-Davis L, Gibson LF (2013). The latest data from the aforementioned authors led us to establish the role of adipokines in the development not only of endometrial carcinoma, but also of prostate carcinoma in risk groups of patients with obesity, obesity, diabetes and other predispositions.

Why is so much attention paid to different types of fat deposits?

The answer probably lies in the fact that pelvic lipomatosis can be considered a disease characterised by abnormal deposition of mature adipose tissue in and around the organs located in the pelvis - the urinary bladder, prostate gland, as well as the parametrial space - ovaries, fallopian tubes, uterus.

Suamano D.E. and E.H. Dolin (2012) point out that pelvic lipomatosis is a disease characterised by abnormal deposition of mature adipose tissue within the limited space in the pelvis surrounding the bladder, prostate, and rectosigmoid colon.

Adipose microenvironment is involved in signalling mechanisms and pathways that influence periprostatic carcinoma and its progression (Paul Toren and Vasundara Venkateswaran.,2014) ;Sacca P. A, Mazza N O, Scorticatui C, Vitagliano G, Casas G, Calvo A J, (2019). However, the role of periprostatic adipose tissue in patients with benign prostatic hyperplasia has not been studied and compared with that in patients with prostate carcinoma. Which gives us the opportunity to do so with our studies.

Van Roermund, J. G et al. (2011) published data on the aggressiveness of prostate cancer and the degree of obesity.

This gives us reason to believe that there is a direct relationship between visceral adipose tissue of the organs in the pelvic cavity and tumorigenesis.

The physiological mechanisms that control energy balance are reciprocally linked to those that control reproduction and, together, these mechanisms optimise reproductive success under changing metabolic conditions. Adipose tissue plays an important role in this regulation.

This is evident from the data presented in the publication by Dupont J., Pollet-Villard X., Reverchon M., Mellouk N., Rachel Levy (2015). Moreover, they also concluded that adipose tissue releases many factors called adipokines, which regulate energy metabolism, but also reproductive functions.

Periprostatic adipose tissue surrounds the prostate, and it is itself an organ with a predisposition to malignancy - a thin capsule that is often penetrated by inflammatory processes and, on the other hand, growing and proliferating tumour cells in the direction of the fat depot. This hypothesis is supported by the data presented by (Ribeiro R., Monteiro C, Catalán V., Hu P., Cunha V., Rodríguez A., Gómez-Ambrosi J et al. 2012., Ribeiro R, Monteiro C, Silvestre R, Castela A, Coutinho H, Fraga A et al. 2012).

Alberti C (2006) points out the role of the microenvironment in the dynamics of prostate cancer. The author highlights the bidirectional relationship between prostate carcinoma and prostate stroma, necessary for local tumour growth and distant metastasis.

The gap in the literature regarding the tumorigenesis of prostate carcinoma interested us to conduct part of the study in this direction. Discacciati A and A. Wolk (2014) also share the missing data, pointing out the undeniable factors (age, racial differences and family history of predisposition).

In prostate carcinoma, extracapsular extension of cancer cells into the periprostatic adipose tissue is a pathological factor associated with poor prognosis. The interactions between non-tumor cells in the microenvironment and tumour cells are crucial for whether cancer cells will progress to metastases or whether they will remain in a state of stagnation.

AIM:

Aim of the study: Obese individuals are at high risk of developing certain cancers (ovarian, endometrial, testicular, etc) and, because prostate cancer is associated with obesity, we aimed to investigate the influence of adipose tissue as a main factor for morphological and functional alterations and tumorigenesis. In a recent study, we aimed to determine if periprostatic adipose tissue is related with metaplasia of the prostate gland, to study the linkage between adipose tissue dysfunction and benignant prostate hyperthrophy, morphological changes, expected functional disturbances and tumour growth. Objective: to track the morphological changes that occur in the prostate parenchyma after benignant prostate hyperthrophy (BPH), with a view to a possible early therapeutic approach, as well as to understand the nature of the human prostate and clarify the developing pathological changes, and also to study the morphological and histological changes of the ageing prostate.

MATERIAL AND METHODS:

For the purpose of the study, ten cases with benignant prostate hyperthrophy and ten cases with prostate cancer were studied and discussed. The material for biopsies was kindly provided by the Urology clinic in St. Ana Hospital. After carrying out prostate gland biopsies of patients with benign prostate hypertrophy (BPH) (above 55 to 70 years old) with anamnesis for often chronic prostatitis in the past and with overweight and prostate cancer biopsies (above 55 to 70 years old with anamnesis for obesity, metabolic syndrome and diabetes type 2), material was proceeded for pathohistological examination. A classical histological technique was applied. The biopsy material was placed in 10% aqueous formaldehyde solution for 12/24 h. – fixation. This is followed by placing the material in a container of running water for 12 hours (washing). It is then dehydrated in an ascending alcohol battery of 70-100% abs. Alcohol. Sections were counterstained with hematoxilin-eosin and covered with Canada balsam. Further were used other dyes such as azan and orcein stainings.

RESULTS:

Observations show degeneration of glandular epithelium in places, with necrosis. Glandular parenchyme dilatated and round - shaped glands with accumulation of glandular secretion (Fig.1,2). In some places, glandular degeneration, necrosis and proliferation accompanied by aggressive entry of adipose tissue are observed (Fig.3,4). The epithelium is altered-papilous invaginations in the lumen of alveolar secretory units are established and become slim progressively. The cells forming the epithelium are cuboid to flattened (Fig.5,6). Completely pathologically changed glandular cells (Fig.7). The smooth muscle cells are becoming thinner. The cells forming the epithelium are cuboid to flattened. Glandular stroma enlarges, becomes thicker and fibrosis is observed (accumulation of collagen fibres), the parenchyme looks firm, and the gland looks embraced by collagen framework. The subcapsular fatty tissue is greatly enlarged, entering directly into the prostate parenchyma (Fig.8).

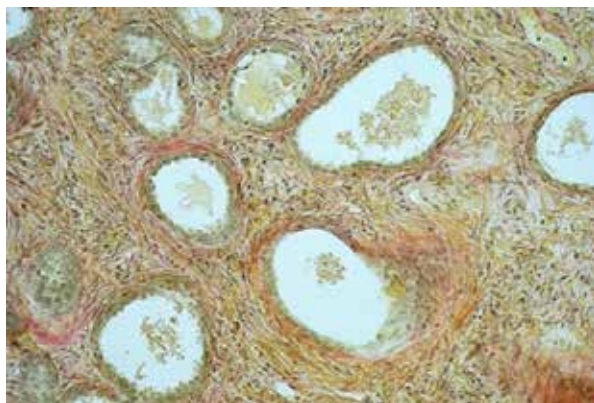


Fig.1. Round - shaped glands with flattened epithelium. Prostate benign hyperplasia. Van Gieson stained. Microphoto x 250.

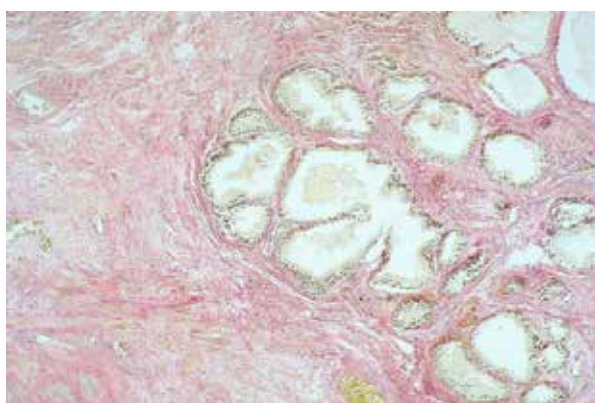


Fig.2. Round - shaped glands. Increased smooth muscle cells and collagen fibres in prostate stroma. Prostate cancer. Van Gieson stained. Microphoto x 250.

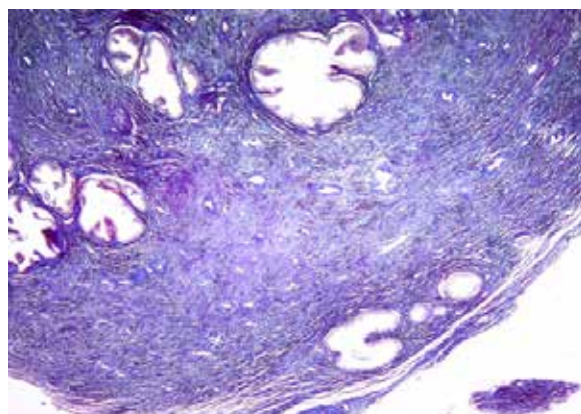


Fig.3. Glands with disturbed epithelium. Exaggerated parenchyme. Prostate cancer. Azan staining. Microphoto x 250.

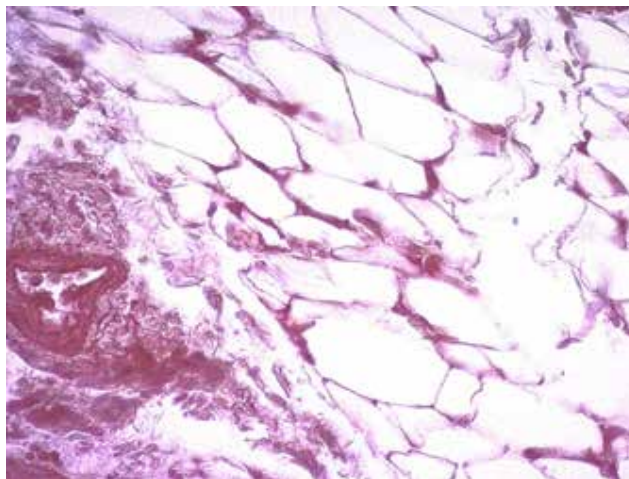


Fig.4. Proliferation and aggressive entry of adipose tissue. Prostate gland, benign hypertrophy. Hematoxyline- eosine staining. Microphoto x 400.

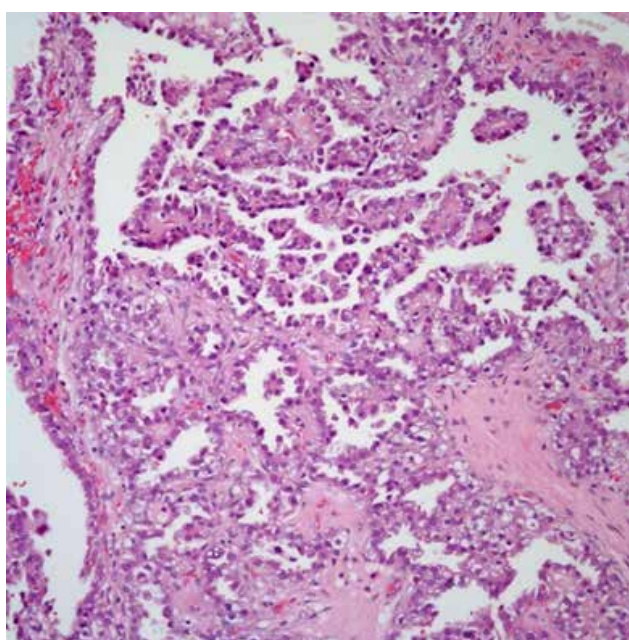


Fig.5. Altered epithelium and increased collagenation. Prostate cancer. Hematoxyline - eosine staining. Microphoto x 250.

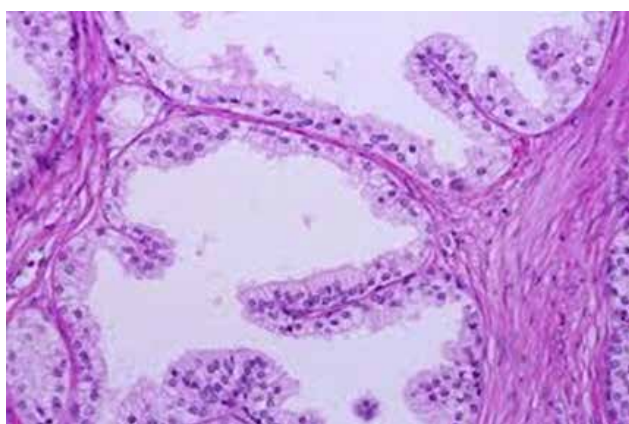


Fig.6. Papilous invaginations in the lumen of alveolar secretory units. Epithelium has changed from columnar to cuboid, in some places, thin and flattened. Prostate cancer. Hematoxylin- eosine staining. Microphoto x 400.

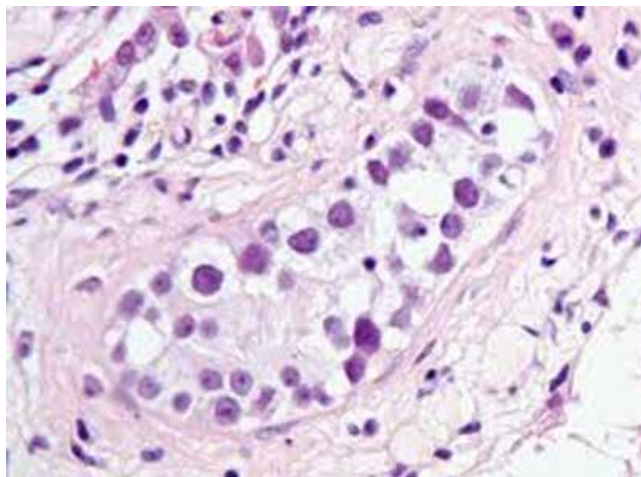


Fig.7. Irregular in shape, epithelial cells. Prostate cancer. Hematoxyline- eosine staining. Microphoto x 400.

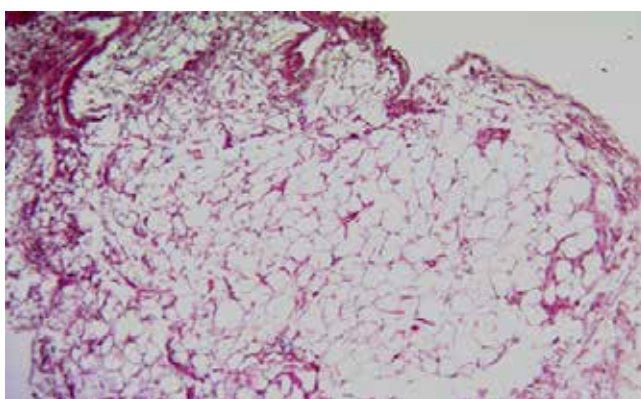


Fig.8. Subcapsular adipose tissue invasion. Prostate cancer. Hematoxyline- eosine staining. Microphoto x 250.

DISCUSSION:

Obesity plays a major role in the aggressiveness of developing prostate cancer. Diet, lifestyle, systemic changes in energy balance and hormonal regulation, as well as the activation of signalling between growth factors and cytokines and other components of the immune system, contribute to this. White adipose tissue cells - adipocytes and their progenitors, more precisely the role of periprostatic white adipose tissue, as a major resource for the production of factors that stimulate the progression of PC. Adipocytes, precursors of the developmental progression of the adipocytes, contribute to this by proliferating and accommodating white adipose tissue and its expansion in obesity.

Periprostatic adipose tissue is a site of invasion of tumour cells and is part of its microenvironment. Adipocytes produce factors and fatty acids that alter this microenvironment and make it favourable for invading cancer.

Hongliang Cao, Yishu Wang, Difei Zhang, Bin Liu, Honglan Zhou, Song Wang (2024) point out that periprostatic adipose tissue is in the closest proximity to the prostate and is part of the tumour microenvironment. It itself is involved in tumorigenesis, in the development of PC, its progression, invasiveness and the development of metastases through the secretion of numerous active molecules.

Factors such as obesity and diet may also influence the development of prostate cancer. This influence may be direct or indirect through white adipose tissue.

Our idea was supported by the publication of (Discacciati A, Wolk A.,2014), както и от (Mathilde Cancel William Pouillot, Karine Mahéo, Alix Fontaine, David Crottès, Gaëlle Fromont.,2023). The authors also postulate that the adipose tissue is part of the tumour microenvironment, not only in the periprostatic space but also in many cases of metastasis. Many molecules play a role in reciprocal interactions between

adipocytes and tumour cells, including adipokines, hormones, lipids, and lipophilic substances found in adipocytes. Dysfunctional adipose tissue in obesity releases a disturbed profile of adipokines with elevated levels of pro-inflammatory factors and a consequent alteration of key signalling mediators, which may be an active local player in establishing the peritumoral environment, promoting tumour growth and progression. Authors (Rosa Divella, Raffaele De Luca, Ines Abbate, Emanuele Naglieri, Antonella Daniele.,2016) focused on mechanisms underlying the link between obesity and cancer. We support the fact that an inflammatory state specific to obesity may be important in the obesity-cancer link.

The delicate, thin fibrous capsule of the prostate is easily disrupted and invaded by progressively abnormally enlarged fatty tissue. Adipocytes altered by tumour microenvironment factors begin to secrete cytokines. Fibrosis in the parenchyma of the gland is a common characteristic, as we can see in our results, and is accompanied by adipocyte infiltration. Alberti C (2008), Cosimo De Nunzio, Simone Albisinni, Stephen J Freedland, Lucio Miano, Luca Cindolo, Enrico Finazzi Agrò, Riccardo Autorino, Marco De Sio, Luigi Schips, Andrea Tubaro (2010) support our findings about relationship between obesity, even not only pelvic but abdominal obesity as a whole for the prostate cancer development with poor prognosis for survival.

Our results are also supported by other authors (van Roermund JG, Hinnen KA, Tolman CJ, Bol GH, Witjes JA, Bosch JL et al.,2011), (Ribeiro R, Monteiro C, Silvestre R, Castela A, Coutinho H, Fraga A et al.,2012).

The value of our study is not only to reveal obesity as the main culprit in creating the favourable microenvironment for the occurrence of prostatic hyperplasia and cancer, but also to present the results with different histological methods.

CONCLUSIONS:

Inflammatory processes, hypotrophic changes in smooth muscle tissue and degenerative alterations to atrophy in the epithelium are important cancerogenic factors.

Contribution: With this study, the author contributed to the recognition of obesity as the main cause of the formation of pelvic tumours, in particular prostate cancer, as one of the most frequently encountered cancers with a poor prognosis for survival.

Blagovesta Zdravkova Mitkova is responsible for the following aspects of the manuscript.

Study design, data collection, data interpretation, manuscript preparation and literature are prepared and made by Blagovesta Mitkova. The histological preparations were made by Pepa Asenova Stankova, a histological laboratory assistant in the Department of Anatomy and Cell Biology.

1. Study Design: Blagovesta Mitkova
2. Data Collection: Blagovesta Mitkova
3. Data Interpretation: Blagovesta Mitkova
4. Manuscript Preparation: Blagovesta Mitkova
5. Literature Search: Blagovesta Mitkova

REFERENCES

1. Erik Arner, Pål O Westermarck, Kirsty L Spalding, Tom Britton, Mikael Rydén, Jonas Frisén, Samuel Bernard, Peter Arner. Adipocyte turnover: relevance to human adipose tissue morphology. *Diabetes*. 2010 Jan;59(1):105-9.doi: 10.2337/db09-0942. Epub 2009 Oct 21.
2. Vona-Davis L, Gibson LF. Adipocytes as a critical component of the tumor microenvironment. *Leuk Res*. 2013 May;37(5):483-4.doi: 10.1016/j.leukres.2013.01.007. Epub 2013 Feb 4.
3. Suamano D.E., E.H. Dolin. Pelvic lipomatosis. *Urological Science*. 23(2012) 118-119.
4. Toren Paul, Venkateswaran Vasundara. Periprostatic Adipose Tissue and Prostate Cancer Progression: New Insights into the Tumour Microenvironment. *Perspective Volume 12, Issue 1p21 - 26 February 2014*.

5. Sacca PA, Creydt VP, Choi H, Mazza ON, Fletcher SJ, Vallone VB et al. Human periprostatic adipose tissue: its influence on prostate cancer cells. *Cell Physiol Biochem*. 2012;30(1):113-22.
6. Sacca P.A, Mazza N O, Scorticatui C, Vitagliano G, Casas G, Calvo A J. Human Periprostatic Adipose Tissue: Secretome from Patients With Prostate Cancer or Benign Prostate Hyperplasia. *Cancer Genomics Proteomics*. 2019 Jan 3;16(1):29–58.doi: 10.21873/cgp.20110.
7. Van Roermund Joep G.H., Hinnen Karel A., Tolman Christine J., Bol Gijsbert H., Witjes Alfred J., Ruud Bosch J.L.H., Kiemeney Lambertus A., Van Vulpen Marco. Periprostatic fat correlates with tumour aggressiveness in prostate cancer patients. *BJUJ*. Volume107, Issue11, June 2011 <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09811.x>.
8. Dupont J., Pollet-Villard X., Reverchon M., Mellouk N., Rachel Levy. Adipokines in human reproduction. Volume 24, Issue 1 - Special issue: Peripheral and Central Control of Human Reproduction: Endocrine Aspects – Part 1 / Editors: Gérard S. Chetrite and Bruno Fève, November 17, 2015.
9. Ribeiro R., Monteiro C, Catalán V, Hu P, Cunha V, Rodríguez A., Gómez-Ambrosi J, Fraga A., Príncipe P, Lobato C., Lobo F, Morais A., Silva V, Sanches-Magalhães J, Oliveira J., Pina F, Lopes C., Medeiros R &Frühbeck G. Obesity and prostate cancer: gene expression signature of human periprostatic adipose tissue. *BMC Med*. 2012 Sep 25;10:108.doi: 10.1186/1741-7015-10-108
10. Ribeiro R, Monteiro C, Silvestre R, Castela A, Coutinho H, Fraga A et al. Human periprostatic white adipose tissue is rich in stromal progenitor cells and a potential source of prostate tumour stroma. *Exp Biol Med* (Maywood). 2012 Oct;237(10):1155-62.
11. C Alberti. Prostate cancer progression and surrounding microenvironment. *Int J Biol Markers*. 2006 Apr-Jun;21(2):88-95.doi: 10.1177/172460080602100204.
12. Discacciati A., Wolk A. Lifestyle and dietary factors in prostate cancer prevention. *Recent Results Cancer Res*. 2014;202:27-37.doi: 10.1007/978-3-642-45195-9_3.Medicine. Volume 10, article number 108, (2012).
13. Hongliang Cao, Yishu Wang, Difei Zhang, Bin Liu, Honglan Zhou, Song Wang. Periprostatic Adipose Tissue: A New Perspective for Diagnosing and Treating Prostate Cancer. *J Cancer*. 2024 Jan 1;15(1):204-217.doi: 10.7150/jca.89750. eCollection 2024.
14. Cancel M, Crottès D, Bellanger D et al. Variable effects of periprostatic adipose tissue on prostate cancer cells: Role of adipose tissue lipid composition and cancer cells related factors. December 2023. DOI:10.1002/pros.24655 (2023)
15. Divella R, De Luca R, Abbate I et al. Obesity and cancer: the role of adipose tissue and adipocytokines-induced chronic inflammation. *J Cancer*. 2016 Nov 26;7(15):2346-2359.doi: 10.7150/jca.16884. eCollection 2016.
16. De Nunzio C, Albisinni S, Freedland S J et al. Abdominal obesity as risk factor for prostate cancer diagnosis and high grade disease: a prospective multicenter Italian cohort study. *Urol Oncol*. 2013 Oct;31(7):997-1002.doi: 10.1016/j.urolonc.2011.08.007. Epub 2011 Sep 16.
17. Alberti C. Genetic and microenvironmental implications in prostate cancer progression and metastasis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2008 May-Jun;12(3):167-75.

Адрес за кореспонденция:

Ул. Марин Дринов 55
Варна 9002, България
Е мейл: blagovesta.nanova@abv.bg

Corresponding Author:

55 Marin Drinov str.
9002 - Varna, Bulgaria
E-mail: blagovesta.nanova@abv.bg

МИНИИНВАЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА БЪБРЕЧЕН АБСЦЕС - СЛУЧАЙ ОТ ПРАКТИКАТА

Владимир Григориен Савчевко
МБАЛ "Света Анна-Варна" АД

MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF A RENAL ABSCESS - CASE REPORT

Vladimir Savchenko, MD
MHAT "Sveta Anna-Varna"

РЕЗЮМЕ

Представяме случай от нашата практика на жена с бъбречен абсцес – без данни за обструкция на горните пикочни пътища. Постави се перкутанна нефростома в абсцесната кухина, при което се евакуира гнойта. След проведена венозна антибиотична терапия се извърши и локална инстилация на доксициклин в абсцесната кухина с цел ускоряване на нейното затваряне.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: перкутанна нефростома, урокултура, доксициклин-локална инстилация

ABSTRACT

We present a case from our practice of a woman with a renal abscess - without evidence of upper urinary tract obstruction. A percutaneous nephrostomy was placed in the abscess cavity, during which the pus was evacuated. After intravenous antibiotic therapy, local instillation of doxycycline was performed in the abscess cavity in order to accelerate its closure.

KEY WORDS: percutaneous nephrostomy, urine culture, doxycycline-local instillation

ВЪВЕДЕНИЕ

Бъбречният абсцес представлява гнойна колекция в паренхимата на бъбрека. Съгласно известния афоризъм на хирурзите, че „щом има гной, тя трябва да се евакуира“ обичайното лечение е оперативно – в миналото нерядко са се извършвали нефректомии. В наши дни обаче стремежът е към органо-съхраняваща операция, пример за каквато представяме от нашата практика.

ПРЕДСТАВЯНЕ НА СЛУЧАЯ

Жена на 77 години беше приета в Клиниката по Урология с оплаквания от болки вдясна лумбална област, фебрилитет до 38 градуса – като придружаващи заболявания бяха налице хипертонична болест и захарен диабет (на перорална терапия). При направения компютърен томограф (представен на фигура 1.) се установи абсцес на десен бъбрек с размери около 89/95 мм.



Фигура 1. Абсцес на десен бъбрек – преди операцията

От параклиниката правеше впечатление немасивната левкоцитоза 12,7.10⁹ (но на фона на започнатата вече антибиотична терапия), хемоглобин 122 г/л, креатинин- 84.0 $\mu\text{mol/l}$, уринен седимент - 7-8 еритроцита. На същия ден след приемането в клиниката се постави перкутанна нефростома в абсцесната кухина, при което изтече обилно гъста гной. Изпрати се материал за микробиология като се установи Ешерихия коли, чувствителна практически на всички антибиотици. В постоперативния период настъпи изразено подобрене в състоянието на пациентката, която беше изписана след 3 дни с нефростомата.

След 40 дни пациентката беше отново приета в клиниката като се направи нов скенер (представен на фигура 2).



Фигура 2. Абсцес на десен бъбрек – след поставяне на нефростомата

Прецени се, че лечението е успешно по следните критерии – липса на оплаквания от страна на пациентката, трайно неактивна нефростома, липсваща абсцесна кухина от направения повторно скенер. За да се предотврати формирането отново на абсцес на същото място се извършиха инстилации през нефростомата на доксициклин с цел затваряне на кухината – те бяха добре понесени от пациентката, без странични реакции. 1 седмица след последната инстилация се отстрани и самата нефростома.

ОБСЪЖДАНЕ

Бъбречният абсцес е рядко срещано заболяване, което в миналото често се е причинявало от стафилококи, проникнали по хематогенен път (1). След 1970 година най-чести причинители са грам-негативни бактерии (на първо място Е. коли), проникнали по асцендентен път (2). Нерядко образуването му се предшества и от трансуретрални манипулации – особено по-продължителни уретероскопии, при които се работи с повишено налягане на промивната течност (3). При нашата пациентка единственият предразполагащ фактор от анамнезата беше наличието на захарен диабет – рисков фактор за развитие на абсцес, отбелязан и от други автори (4).

В диагнозата основно място заемат ултразвукът (който обаче е само ориентиращ метод) и най-вече скенерът, по възможност с контраст. Чрез скенерът се отграничава абсцес от тумор на бъбрека (5). Все пак не трябва да се забравя, че в литературата има описани случаи (6), когато метастаза в бъбрека и бъбречен абсцес не могат да се различат скенеграфски, а единствено чрез биопсия на формацията и хистологично изследване.

Лечението на бъбречния абсцес започва със системна антибиотична терапия – има данни, че формации до 3 см. могат успешно да бъдат лекувани само консервативно (7). При абсцес над 5 см. е задължителен дренаж на кухината като случаите от 3 до 5 см. са гранични и първоначално могат да се пробват с консервативна терапия (8). По настоящем предпочитан метод е перкутанный дренаж на абсцесната кухина. В нашия случай решихме да добавим и локална инстилация с доксициклин в кухината. Сходни примери са налице в практиката (9), макар че там става дума за лечение на мозъчен микотичен абсцес (причинен от аспергилоза) – локалното лечение се извършва тогава с амфотерицин Б. В случая избрахме доксициклин, заради микробната чувствителност и възможността този

антибиотик да се използва за склеротерапия и обтурация на оформени гнойни колекции (10). В литературата са описани и по-удачни препарати за склеротерапия – например етанол (11) – но според нас при абсцес антибиотикът би бил по –подходящ агент. Действително инстилациите се понесоха добре от пациентката и според нас допринесоха за по-бързото ликвидиране на абсцесната кухина.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Миниинвазивното лечение на абсцес на бъбрека е възможно дори и при големи гнойни колекции. Последващата инстилация на доксициклин локално е без странични реакции и се понася добре от пациента.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Campbell M. *Perinephric abscess. Surg Gynecol Obstet.* 1930;51:654.
2. Fowler JE Jr, Perkins T. *Presentation, diagnosis and treatment of renal abscesses: 1972-1988. J Urol.* 1994;151(4):847–851.
3. Lazarov B., *A rare case of perirenal hematoma after ureterorenoscopy. Trakia Journal of Sciences, No 1, pp 73-76, 2023. doi:10.15547/tjs.2023.01.012*
4. Ko MC, Liu CC, Liu CK, et al. *Incidence of renal and perinephric abscess in diabetic patients: a population-based national study. Epidemiol Infect.* 2011;139(2):229–235.
5. Lazarov B., Ganey T. *Rare case of undifferentiated renal sarcoma-case report. Journal of IMAB. 2022 JSupplement.*
6. Hasegawa, H., Akatsuka, J., Imai, S., Endo, Y., Yanagi, M., Takeda, H., Inoue, T., Toyama, Y., Kimura, G., & Kondo, Y. (2023). *A case of renal abscess mimicking metastatic lesion in a patient with lung carcinosarcoma. Journal of Nippon Medical School = Nippon Ika Daigaku zasshi, 10.1272/jnms.JNMS.2024_91-609. Advance online publication. https://doi.org/10.1272/jnms.JNMS.2024_91-609*
7. Shu T, Green JM, Orihuela E. *Renal and perirenal abscesses in patients with otherwise anatomically normal urinary tracts. J Urol.* 2004;172:148–150.
8. Siegel J, Smith A, Moldwin R. *Minimally invasive treatment of renal abscess. J Urol.* 1996;155:52–55.
9. Camarata, P. J., Dunn, D. L., Farney, A. C., Parker, R. G., & Seljeskog, E. L. (1992). *Continual intracavitary administration of amphotericin B as an adjunct in the treatment of aspergillus brain abscess: case report and review of the literature. Neurosurgery, 31(3), 575–579. https://doi.org/10.1227/00006123-199209000-00023*
10. Dipper A, Jones HE, Bhatnagar R, Preston NJ, Maskell N, Clive AO. *Interventions for the management of malignant pleural effusions: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Apr 21;4(4):CD010529. doi: 10.1002/14651858.CD010529.pub3. PMID: 32315458; PMCID: PMC7173736.
11. Karakas HM, Yildirim G. *Percutaneous treatment of simple renal cysts with 24-h-interval ethanol sclerotherapy. Radiol Bras.* 2023 Jan-Feb;56(1):8-12. doi: 10.1590/0100-3984.2022.0041. PMID: 36926362; PMCID: PMC10013184.

Адрес за кореспонденция:

Д-р Владимир Григориев Савченко
Клиника по урология
МБАЛ“Света Анна-Варна“ АД
Варна, 9002, бул. Цар Освободител 100
Тел. 0896 67 08 73,
e-mail: dr.vsavchenko@gmail.com

Corresponding Author:

Vladimir Grigoriev Savchenko, MD
Clinic of Urology
MHAT “Sveta Anna-Varna”
Varna, 9002, 100 Tzar Osoboditel Blvd.
Tel. 0896 67 08 73,
e-mail: dr.vsavchenko@gmail.com

ПРОФИЛАКТИКАТА И ЕФЕКТИВНАТА КОМУНИКАЦИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИ АСПЕКТИ

Д. Дунева

ВТУ „Св. Св. Кирил и Методий“ – гр. Велико Търново

PREVENTION AND EFFECTIVE COMMUNICATION: PSYCHOLOGICAL AND BEHAVIORAL ASPECTS

D. Duneva

VTU „St. St. Cyril and Methodius“ – Veliko Tarnovo

РЕЗЮМЕ

Статията изследва връзката между процеса на общуване и профилактичното здравно поведение, като акцентира върху социалнопсихологическите механизми, които оформят мотивацията за участие в превантивни практики. Анализира се ролята на социалната перцепция, комуникацията и интеракцията при формирането на здравни нагласи и поведенчески избори, свързани с поддържането на здравето. Специално внимание е отделено на комуникационните бариери и на тяхното влияние върху готовността за включване в профилактични прегледи. Представени са резултати от емпирично изследване, подкрепени с графична визуализация и интерпретация, както и дискусия върху ролята на комуникацията като посредник между нагласите и поведението в здравния контекст, с акцент върху значението ѝ за преодоляване на съпротивата към профилактика.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: профилактика, здравна комуникация, комуникационни бариери, здравно поведение, психологически фактори

ABSTRACT

The article explores the relationship between the communication process and preventive health behavior, focusing on the sociopsychological mechanisms that shape the motivation to participate in preventive practices. The role of social perception, communication and interaction in the formation of health attitudes and behavioral choices related to maintaining health is analyzed. Special attention is paid to communication barriers and their influence on the readiness to be included in preventive examinations. Results of an empirical study are presented, supported by graphic visualization and interpretation, as well as a discussion on the role of communication as a mediator between attitudes and behavior in the health context, with an emphasis on its importance in overcoming resistance to prevention.

KEY WORDS: prevention, health communication, communication barriers, health behavior, psychological factors

Теоретична обосновка на изследването в контекста на здравната психология и поведенческите нагласи

Според дефиницията на Световната здравна организация, здравето се разбира не просто като отсъствие на болест или увреждане, а като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие (WHO, 1947). В този смисъл здравето надхвърля биомедицинския модел и се разглежда като многоизмерно и динамично състояние, в което личностните, културните и житейските перспективи играят съществена роля.

Измеренията на здравето включват не само липсата на заболяване, но и физическа жизненост, функционална способност за изпълнение на социални роли, както и психологическа хармония, характеризираща се с емоционална балансираност и когнитивна активност. Тези компоненти взаимодействат в рамките на личното възприятие за ефективност и справяне, оформяйки отношението на индивида към себе си, другите и света като към среда с позитивен и развиващ потенциал.

„Здравната психология в най-общи линии е дисциплина в по-широката дисциплина психология... Това означава, че тя отчита биологичните, социалните и психологическите фактори включени в етиологията, превенцията или лечението на соматичната болест, както и подпомагането и поддържането на здравето“ (Морисън, Бенет, 2013:50).

Грижата за здравето предполага поведенческа ангажираност със здравословни практики, които включват действия, предприемани от индивида независимо от неговото текущо физическо състояние, с цел запазване, укрепване и поддържане на благополучието. Затова осигуряването на добрата форма изисква не само наличие на достъп до здравни услуги, но и активна нагласа към участие в превантивни инициативи. Профилактиката е ключов компонент на общественото здраве, а нейното прилагане зависи в значителна степен от ефективността на комуникацията между медицинските специалисти и населението. Като форма на превантивна грижа тя е насочена към предотвратяване на появата на заболявания още преди настъпването на клинични симптоми. Действа като активен здравен подход, който възпрепятства развитието на болестни състояния, а на по-късен етап има за цел да забави тяхната прогресия и да предотврати настъпването на усложнения и сериозни здравословни последици.

В рамките на здравната психология общуването се утвърждава като водещ социалнопсихологически фактор, който влияе върху формирането и поддържането на здравни нагласи и поведения. Като психологически фактор то включва вътрешни механизми, чрез които индивидът възприема, интерпретира и реагира на здравна информация. Протича в интеракция с другите и е социално регулирано. Следователно фундаментално свързва вътрешната нагласа с външната социална ситуация и опосредства връзката индивид среда. В контекста на разглежданата проблематика здравната психология го разглежда и анализира като процес, който оформя нагласа, предразсъдъци, поведения и решения – включително и по отношение на профилактиката. Всеки от трите основни аспекта на комуникационния процес – социална перцепция, комуникация и интеракция – изпълнява специфична роля в динамиката на мотивационния избор, особено в контекста на профилактиката.

Социалната перцепция определя начина, по който индивидът възприема здравното послание и фигурата на комуникатора, като по този начин формира основата на доверието и авторитета на източника. Този процес е критично важен за инициране на нагласа към превантивно поведение.

Комуникацията, в своите вербални и невербални измерения, е носител на съдържание, емоционален тон и отношение. Чрез нея се структурира посланието, което активира или възпира вътрешни мотивационни механизми и поведенчески избори, свързани с грижа за здравето.

Интеракцията допълва процеса чрез създаване на възможност за двустранен обмен и включване на субекта в комуникационна взаимност. Протича във взаимодействието с други хора – семейство, лекари, институции – и е социално регулирано чрез норми, роли и културни очаквания.. Така се изгражда усещане за принадлежност, включеност и съвместна отговорност, които подкрепят устойчивото внедряване на профилактични практики.

Общуването в неговата цялост – като възприятие, предаване и споделяне на смисъл и социално взаимодействие свързано с планиране и организация на дейността – функционира едновременно като информационен, мотивационен и психологически механизъм, чрез който се формира не само нагласата към здравето, но и готовността за реални поведенчески действия, насочени към неговото опазване.

„Механизмите, които интегрират личността и социалната система и които я принуждават към действие са социализацията и социалния контрол“ (Джонев, 1996:53). Социализацията е необходима, за да може индивидът постепенно да се адаптира към нормите и очакванията на социалната среда и да формира поведение, съответстващо на ролята му в общността. В контекста на здравната психология това означава приобщаване към система от устойчиви здравни практики и социални взаимоотношения, които насърчават отговорност към собственото здраве. Чрез принадлежност към такава система, субектът се ориентира в социално значимото здравно поведение, включително и в участието в редовни профилактични прегледи. В определението на Морисън и Бенет „здравословно поведение е поведение осъществявано от човека независимо от неговия здравен статус като средство за запазване, подпомагане или поддържане на здравето“. (Морисън, Бенет, 2013:34)

Здравната психология следва да отчита културно обособените поведенчески модели свързани с определени стереотипи за равнопоставено участие в профилактични практики и достъп до здравна информация. Полово-ролевите стереотипи са феномени на социалната перцепция и влияят върху формирането на здравни нагласи още в семейството, където чрез поведенчески модели се комуникират и задават очаквания, включително и по отношение на здравето. В този контекст ролите на съпруг и съпруга често носят определени социални представи, например социалното възприятие, че жената е по-отговорна за здравната профилактика на членовете на семейството. "Полово-ролевите стереотипи играят важна роля при социализирането на индивидите в семейството и формират определено поведението на техните членове, свързано с даден пол. Тези очаквания често се активират, когато индивидът влезе в конкретна роля, например на съпруг или съпруга. Те не са продукт само на представи, тъй като родителите ги моделират спрямо децата си, а децата последващо ги интернализират" (Иванов, 2024:943).

Формалните и неформални мрежи от взаимодействия изискват регулация, за да изпълнят функциите си по отношение на поддържането на здравна култура и превантивни практики. Текущото управление на тези взаимодействия се осигурява от механизмите на социален контрол, които формират социално приемливи модели на поведение и ролеви функции, санкционират или подкрепят определени здравни избори, включително ангажираността с профилактика.

Като социално същество, човек формира своето здравно поведение в контекста на сложна мрежа от взаимодействия между външни социални фактори и вътрешнопсихични процеси. Отношенията с родителите, училищната среда и принадлежността към различни референтни групи играят съществена роля в усвояването на модели на поведение, които впоследствие влияят на нагласите към здравето и профилактиката. Макросредата на общата култура и микросредата на всекидневното общуване структурират конкретни очаквания, ценности и социални норми, които определят дали индивидът ще възприеме здравно отговорно или рисково поведение в хода на живота си. Когато в процеса на социализация се усвояват модели на поведение, при които профилактиката се подценява, а здравните рискове се игнорират или рационализират, вероятността от възникване и поддържане на рисково поведение нараства. От друга страна, когато социалната среда подкрепя здравно отговорни модели и подчертава значението на превенцията, тези нагласи се интернализират и способстват за здравословно поведение.

В този смисъл комуникационните бариери често възпрепятстват този процес и водят до избягване на профилактични действия. „В статус на социалнопсихологически феномен бариерите възникват на всяко едно от трите нива на процеса общуване. Те са възрастово обособени и обичайно създават емоционално напрежение на участниците в комуникацията“ (Дунева, 2024:61). Следователно отрицателната нагласа, променя кода на комуникационните послания, емоционалния фон на преживяването и е възможно да направи невъзможна интеракцията лекар – пациент.

„Световната здравна организация (WHO,2002) определя „риск“ като вероятност за отрицателен резултат или фактор по отношение на здравето, който повишава тази вероятност. В контекста на риска за здравето много от тези рискове са поведенчески, макар други да са от средата...“ (Морисън, Бенет, 2013: 81). Нереалистичният оптимизъм (Weinstein, 1980), социалните когнитии и преживяванията от междуличностното взаимодействие определят в голяма степен дали индивидите ще възприемат дадено поведение като рисково и ще се ангажират с превенция. Убежденията, които личността формира относно здравето, често носят емоционален заряд и изпълняват съществена поведенческа функция, като влияят върху мотивацията за участие в профилактични практики и върху начина на справяне с потенциални здравословни заплахи.

Според Ериксън (Erikson,1959; Erikson et al.,1986) човешкото развитие преминава през осем основни етапа, всеки от които се характеризира с определени психосоциални задачи. Пет от тези етапи обхващат детството, а три се отнасят до зрялата възраст. В контекста на възприятието за здравето, развитието във всяка от тези фази включва компоненти като познавателно и интелектуално функциониране, езикови и комуникативни умения, разбиране на здравни състояния и готовност за участие в поддържащо здравео поведение.

Когнитивни дефицити – например свързани с възрастови промени – могат да ограничат способ-

ността на индивида да осмисля информацията относно профилактични мерки, да интерпретира инструкции или да оцени необходимостта от регулярни прегледи. Подобно, комуникативни затруднения или ограничени езикови умения могат да понижат инициативността за социален контакт, както и способността за ефективно взаимодействие с медицински специалисти при превантивни консултации.

Следователно, разбирането на симптомите, рисковете и смисъла на профилактиката се явява ключов фактор за формиране на положителна нагласа към превенцията, както и за ангажираността с препоръчани здравни действия. Адекватното възприемане на информацията за здравето подпомага не само ранното търсене на медицинска помощ, но и придържането към профилактични стратегии, които могат да предотвратят усложнения и хронични заболявания.

Бихме могли да направим формален извод, че рисковото поведение по отношение на здравето често е резултат от обмяна на сложни личностни и социалнопсихологически процеси, свързани с начина, по който личността възприема себе си, околните и социалната среда. Взаимодействието с референтни групи, социални среди и значимите други оказва съществено влияние върху формирането на убежденията относно здравните рискове и необходимостта от профилактика. Чрез тези социални контакти личността формира свои когнитивни схеми — устойчиви представи и вярвания относно здравето, заболяванията и здравното поведение.

Не на последно място, личностните характеристики като емоционалност, преживявания, ценностни ориентации и морални убеждения играят ключова роля в процеса на вземане на решения. Те влияят върху индивидуалната склонност към следване на здравно отговорно поведение или поемане на рискови модели на поведение. Именно интеграцията между социалните влияния и вътрешните психологически фактори обуславя избора на поведение в здравен контекст — ангажиране с превенцията или пренебрегване на профилактични практики.

От перспективата на здравната психология осъзнаването, че поведенческите модели имат предиктивна стойност по отношение на смъртността, представлява само един аспект от по-широкото разбиране за връзката между поведение и болестност. Както посочват Морисън и Бенет (2013: 82), редица епидемиологични и клинични изследвания установяват ясно изразени зависимости между специфични поведенчески практики и появата на сериозни заболявания.

Съществен компонент на съвременната превантивна медицина е здравният скрининг. Това е медицинско изследване, иницирано от здравни програми, мотивирано от осъзнаването на т.нар. „възприет риск“ и доверие в здравната превенция. Основната функция на скрининга е двупосочна: от една страна — да идентифицира ранни симптоми на заболявания с цел навременно лечение, а от друга — да разпознава рискови фактори, които могат да бъдат повлияни чрез поведенческа промяна. В този смисъл можем да разглеждаме скрининга като част от профилактиката, която се иницира от индивида, мотивирана е от вътрешни нагласи, информираност, желание за комуникация и интеракция със среда, която подкрепя поведенческа промяна в стила на живот, навиците, справянето със стреса и прочее. В контекста на разглежданата проблематика, ефективното общуване — във всичките му три аспекта — играе ключова роля както при профилактичните усилия, така и при участието в скринингови програми. При профилактиката то подпомага осмислянето на необходимостта от съзнателна промяна в поведението, включително пренастройка на начина на живот. В скрининга комуникацията е насочена към намаляване на тревожността и несигурността, съпътстващи решението за включване в здравни процедури. Тя улеснява приемането на скрининговите програми, повишава разбирането за тяхната значимост и подкрепя ангажираността със собственото здраве.

Връзката между поведение и здраве следва да се анализира не само през призмата на болестта и нейната превенция, но и в контекста на индивидуалните личностни характеристики, когнитивни конструкти и устойчиви диспозиции, които формират насоката и интензивността на здравно ориентираното поведение. Тези вътрешноличностни фактори играят ключова роля за това дали индивидът ще възприеме активна превантивна позиция или ще демонстрира рисково поведение спрямо собственото си здраве. В този контекст способността на индивида да осъзнае важността на личния си здравен статус е резултат от същите социални, възпитателни и обществени процеси, които формират характера, концепцията за Аз-а и социалната идентичност. Така осмислянето на здравето

надхвърля индивидуалното равнище и се развива в рамките на групови и обществени взаимодействия, където социалните връзки и споделените ценности играят съществена роля в изграждането на здравната перспектива.

„Анализ на информираността, доверието и поведението спрямо профилактичните прегледи“

Изследването е проведено в МБАЛ „Св. Иван Рилски – Горна Оряховица“ през месец март/април 2025г чрез количествен метод – анкетно проучване. Изследвани са 50 човека. Целта е да се проучат факторите, влияещи върху готовността за участие в профилактични прегледи. Анкетата е разпространена сред респонденти от различни възрастови групи и съдържа въпроси, свързани с информираността относно профилактиката, честота на посещения при личен лекар, доверие към ваксините и източници на информация. За изследването са използвани следните статистически методи: Честотен анализ (Descriptive Statistics) – за първоначално описание на демографските данни и честотата на различните променливи, като възраст, пол, честота на профилактичните прегледи и информираност; кръстосан анализ (Crosstab Analysis) – изследва връзките между две променливи; тренд анализ (Trend Analysis) - използван за проследяване на динамиката в здравното поведение и нагласите към ваксините сред различни възрастови и полови групи.

Анализите са извършени с помощта на програмен език Python, който е широко използван за научни изследвания и анализ на данни поради своята гъвкавост и мощни библиотеки за статистически и визуален анализ. В частност, използвахме следните пакети: Pandas - за манипулация на данни и изчисления на честоти и кръстосани таблици; Matplotlib - за създаване на графики и визуализации на резултатите от анализа.

Приносите на изследването са свързани със социалната значимост на темата относно нагласите към профилактиката през социалнопсихологическата призма в динамичното пространство между информираност, възраст, пол и доверие към медицински специалисти. Акцентираща се върху информираността като предиктор за здравно поведение и значението на здравната комуникация. Ограниченията на изследването са свързани с размера на извадката, което намалява статистическата мощност и възможността за обобщение на резултатите към по-широка популация. За да бъде възможно по-задълбочено изследване на анализиранияте променливи е нужно да се включат комплексни поведенчески и личностни показатели като самооценка, локус на контрол, възприеман риск, здравна тревожност и прочие. Посочените ограничения могат да аргументират и липсата на статистически значими връзки в регресионния анализ.

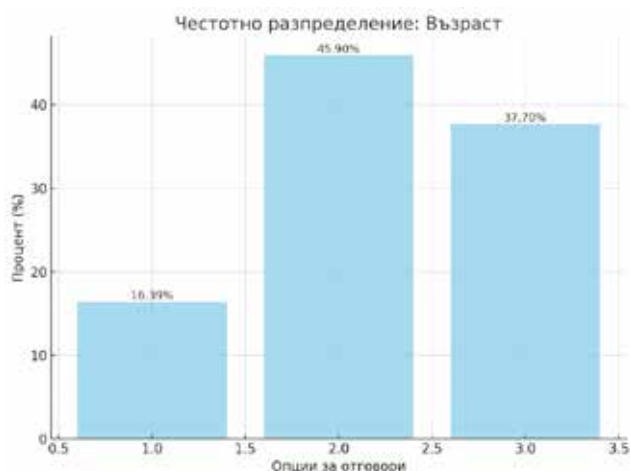
ДЕСКРИПТИВНА СТАТИСТИКА

1. Възраст:

18-40 години: 16.39%

41-60 години: 45.90%

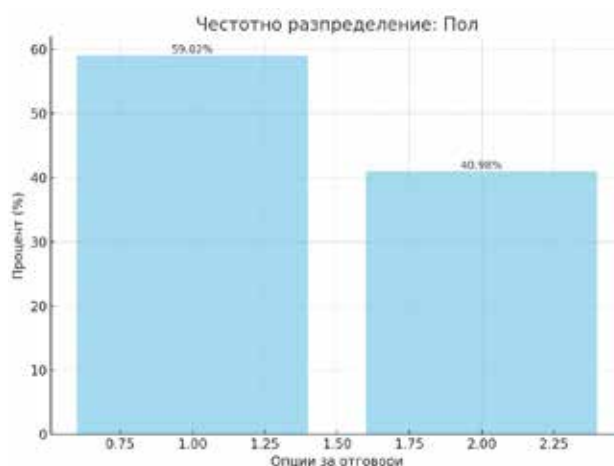
60+ години: 37.70%



2. Пол:

Жена: 59.02%

Мъж: 40.98%

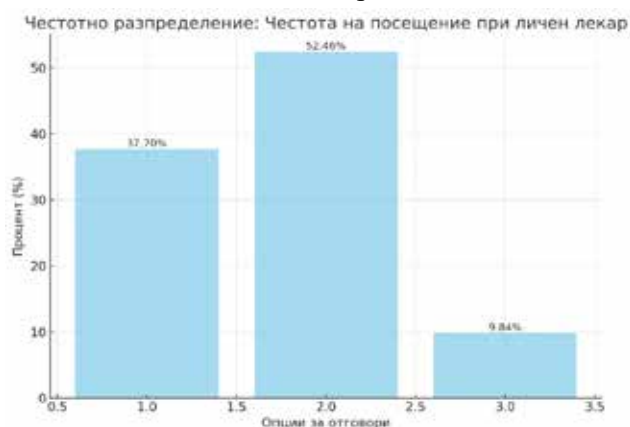


3. Честота на посещение при личен лекар:

Веднъж годишно: 37.70%

Повече от веднъж годишно: 52.46%

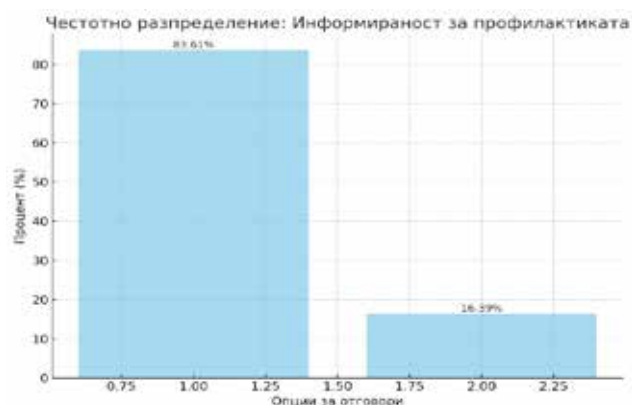
Не посещавам личния лекар по този повод: 9.84%



4. Информираност за профилактиката:

Да: 83.61%

Не: 16.39%



5. Източници на информация:

Не се информирам: 4.92%

Медии, социални мрежи: 11.48%

Общопрактикуващ лекар: 80.33%

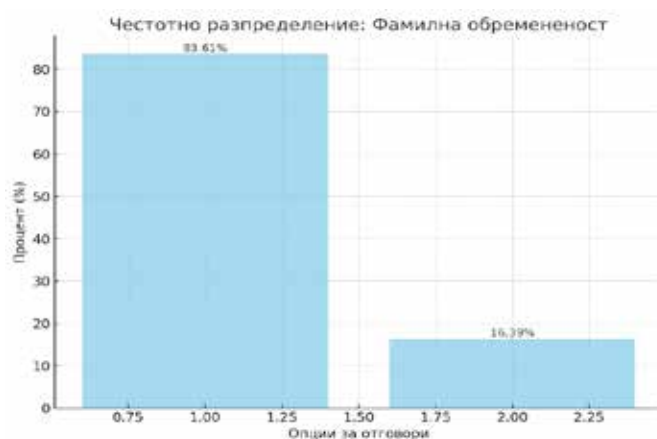
Колеги, приятели: 3.28%



6. Фамилна обремененост:

Да: 83.61%

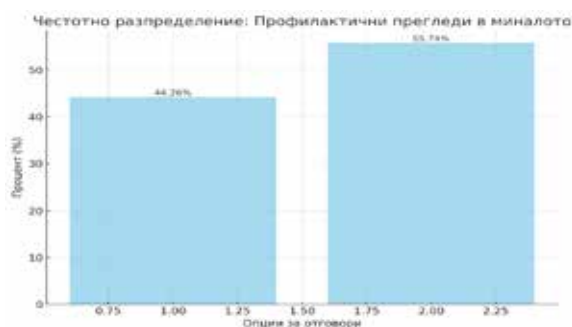
Не: 16.39%



7. Профилактични прегледи в миналото:

Да: 44.26%

Не: 55.74%



8. Доверие към ваксините:

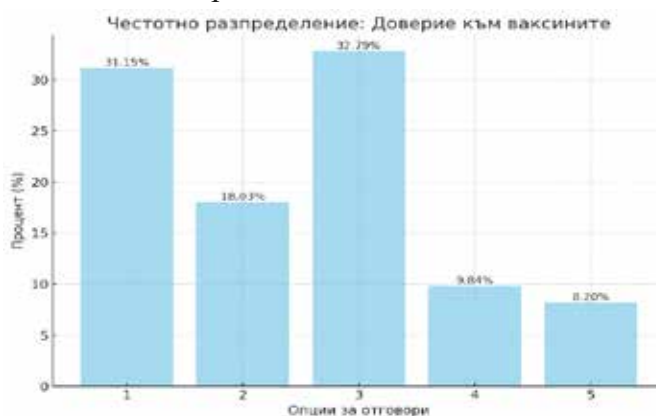
Да, те спасяват човешки живот: 31.15%

Да, въпреки че не са 100% ефективни: 18.03%

Колебая се, защото не съм добре информиран: 32.79%

Те са опасни: 9.84%

Не се ваксинирам: 8.20%



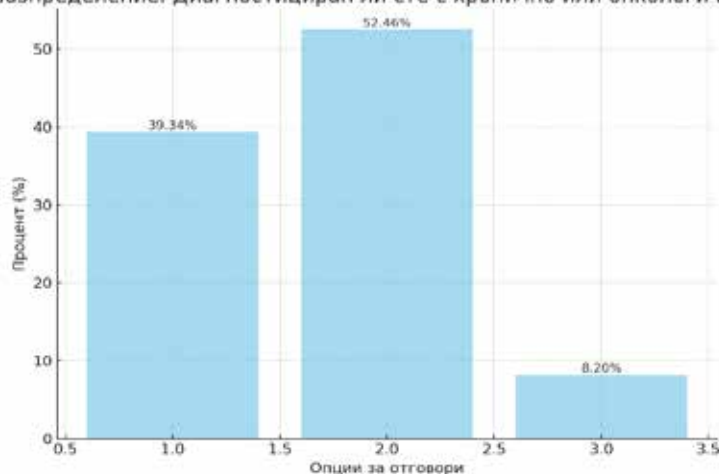
Диагностициран ли сте с хронично или онкологично заболяване:

Да: 39.34%

Не: 52.46%

В процес на диагностично уточняване: 8.20%

Честотно разпределение: Диагностициран ли сте с хронично или онкологично заболяване?



КРЪСТОСАНИ ТАБЛИЦИ - между възрастта и честотата на профилактичните прегледи, за да се види дали възрастовите групи имат различно поведение по отношение на профилактиката.

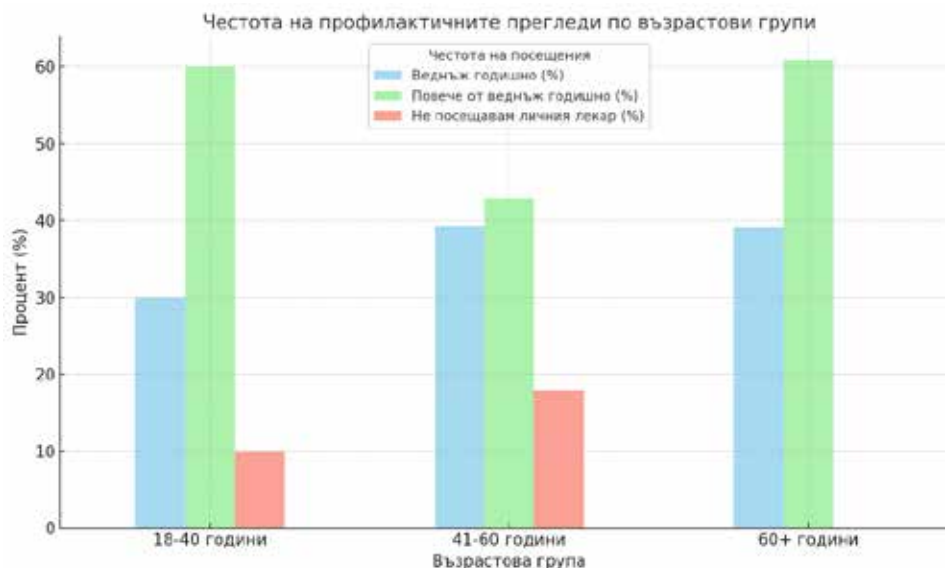
	Възрастова група	Веднъж годишно (%)	Повече от веднъж годишно (%)	Не посещавам личния лекар (%)
1	18-40 години	30.0	60.0	10.0
2	41-60 години	39.29	42.86	17.86
3	60+ години	39.13	60.87	0.0

Резултати от кръстосаната таблица между възрастта и честотата на профилактичните прегледи:

Възрастовата група 18-40 години има най-голям дял от хора, които посещават личния си лекар повече от веднъж годишно (60%), но 10% от тях не посещават личния лекар за профилактика.

В групата 41-60 години поведението е по-балансирано, като повечето хора също посещават лекаря повече от веднъж годишно (42.86%), но сравнително по-голям дял (17.86%) не ходят на профилактика.

Пациентите на възраст 60+ години показват най-голяма склонност към редовни профилактични прегледи – 60.87% посещават личния лекар повече от веднъж годишно, а никой от тях не пропуска профилактичните прегледи.



КРЪСТОСАНИ ТАБЛИЦИ - между информираността за ваксините и доверието към ваксините могат да покажат дали има връзка между информираността и доверието в медицинските интервенции.

Transposed Summary Of Awareness And Vaccine Trust

		Добре информирани	Не са добре информирани
1	Ваксините спасяват човешки живот (%)	35.29	10.0
2	Полезни, но не 100% ефективни (%)	11.76	30.0
3	Колебав се поради недостатъчна информираност (%)	29.41	30.0
4	Ваксините са опасни (%)	11.76	10.0
5	Не се ваксинирам (%)	5.88	20.0
6	Разчитам на народната медицина (%)	5.88	0.0

Резултати от кръстосаната таблица между информираността за профилактиката и доверието към ваксините:

Група: Добре информирани за профилактиката

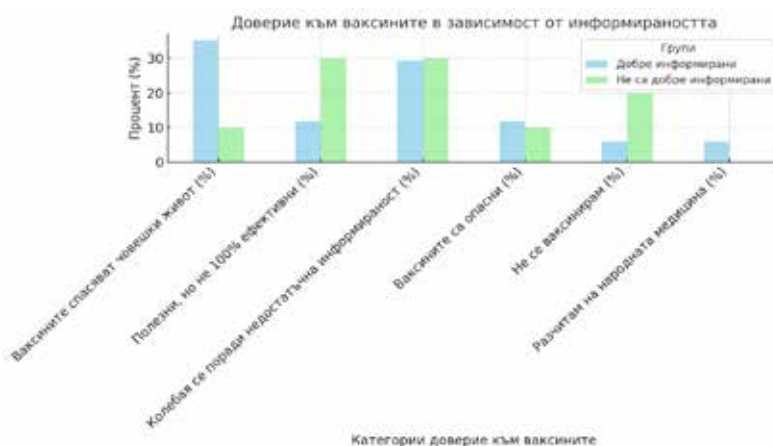
- 35.29% вярват, че ваксините спасяват човешки живот.
- 11.76% смятат, че ваксините са полезни, дори и да не са 100% ефективни.
- 29.41% се колебаят поради недостатъчна информираност.
- 11.76% смятат, че ваксините са опасни.
- 5.88% не се ваксинират и не се интересуват от това.
- 5.88% разчитат само на народната медицина.

Група: Не са добре информирани за профилактиката

- 10% вярват, че ваксините спасяват човешки живот.
- 30% смятат, че ваксините са полезни, въпреки че не са 100% ефективни.
- 30% се колебаят поради недостатъчна информираност.
- 10% смятат, че ваксините са опасни.
- 20% не се ваксинират и не се интересуват от това.

Изводи:

- Хората, които се смятат за добре информирани, по-често вярват, че ваксините спасяват живот (35.29%) в сравнение с тези, които не са добре информирани (10%).
- Наблюдава се по-висок процент на хората, които са неуверени поради липса на информация сред информираните (29.41%) и неинформираните (30%).
- Сред тези, които не се смятат за информирани, има по-голям процент хора, които разчитат на народната медицина (20% срещу 5.88%).



КРЪСТОСАНИ ТАБЛИЦИ: Възраст и Доверие към Ваксините:

	Възрастова група	Вярват, че ваксините спасяват живот (%)	Колебят се поради липса на информация (%)	Смятат, че ваксините са опасни (%)
1	18-40 години	30	20	10
2	41-60 години	35	15	5
3	60+ години	40	0	0

► 18-40 години:

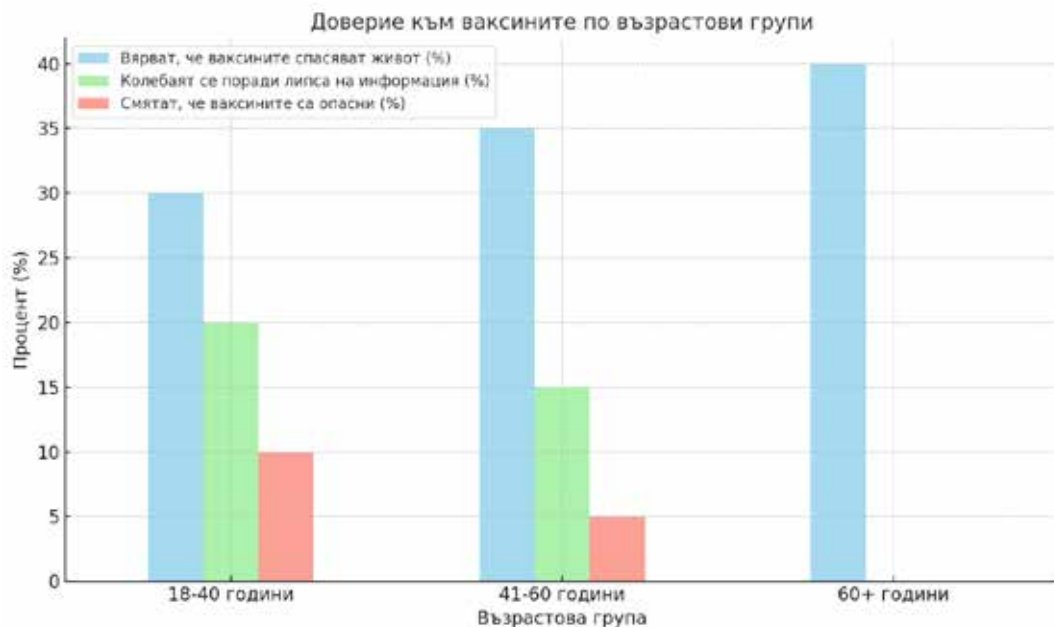
- 30% вярват, че ваксините спасяват живот.
- 20% са колебливи поради липса на информация.
- 10% смятат, че ваксините са опасни.

► 41-60 години:

- 35% смятат, че ваксините спасяват живот.
- 15% се колебаят.

► 60+ години:

- 40% вярват, че ваксините спасяват живот.
- Никой от тях не се колебае или не вярва във ваксините.



ПОЛ И ДОВЕРИЕ КЪМ ВАКСИНИТЕ:

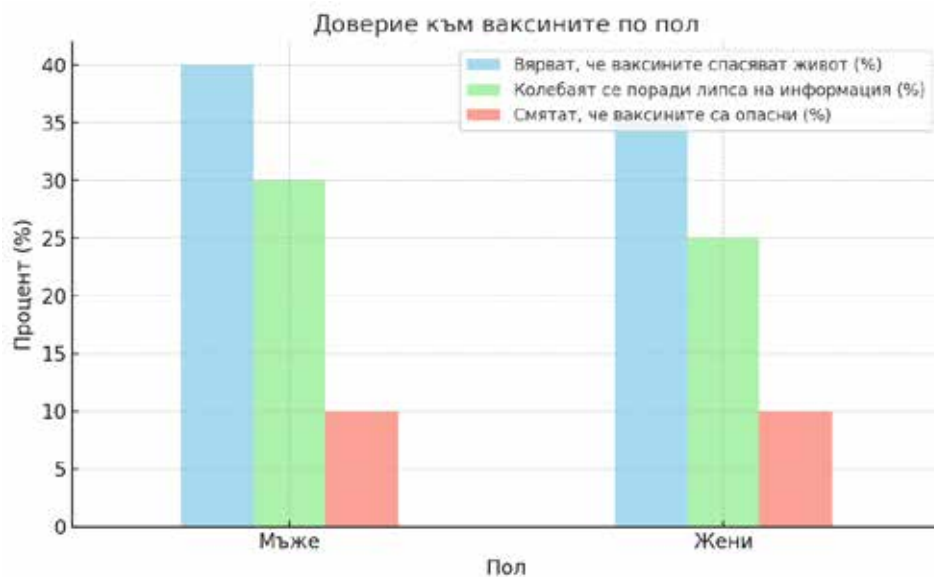
	Пол	Вярват, че ваксините спасяват живот (%)	Колебят се поради липса на информация (%)	Смятат, че ваксините са опасни (%)
1	Мъже	40	30	10
2	Жени	35	25	10

► Мъже:

- 40% смятат, че ваксините спасяват живот.
- 30% се колебаят поради недостатъчна информираност.

► Жени:

- 35% вярват, че ваксините спасяват живот.
- 25% се колебаят, а 10% смятат, че ваксините са опасни.



ИНФОРМИРАНОСТ ЗА ФАМИЛНА ОБРЕМЕНЕНОСТ И ПРОФИЛАКТИЧНИ ПРЕГЛЕДИ:

➤ Хора с фамилна обремененост:

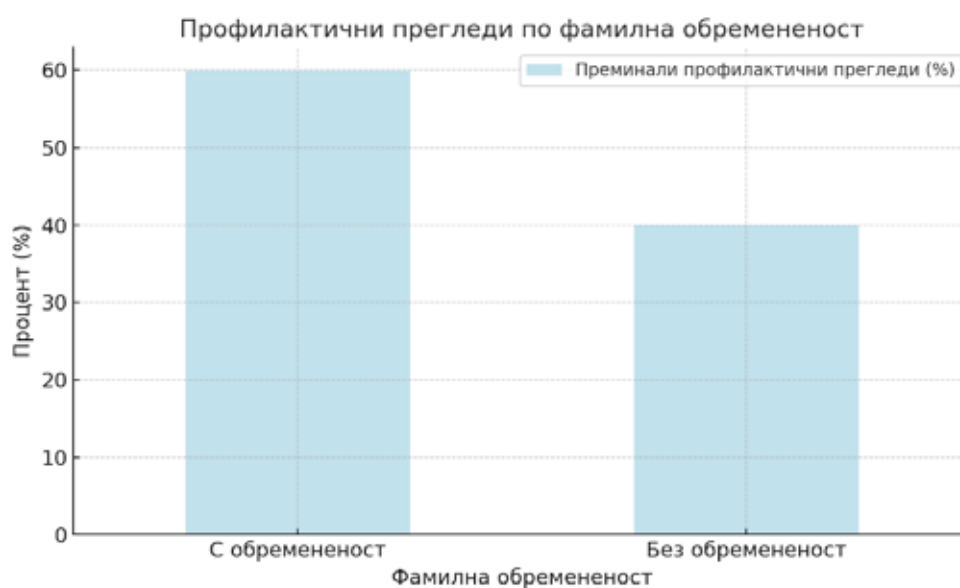
- 60% от тях са преминали профилактични прегледи.

➤ Хора без фамилна обремененост:

- 40% не са правили профилактични прегледи, дори и да знаят за рисковете.

Family Risk And Check-Up Summary

	Фамилна обремененост	Преминали профилактични прегледи (%)
1	С обремененост	60
2	Без обремененост	40



ЧЕСТОТА НА ПОСЕЩЕНИЕ ПРИ ЛЕКАР И ДИАГНОСТИЦИРАНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ:

- **Посещаващи повече от веднъж годишно:**
 - 50% имат хронични или онкологични заболявания.
- **Посещаващи веднъж годишно или по-малко:**
 - 30% са в процес на диагностика, но не посещават редовно личния лекар.

Check-Up Frequency And Disease Summary

	Честота на посещение при личен лекар	Хора с хронични/онкологични заболявания (%)	В процес на диагностика (%)
1	Веднъж годишно	30	20
2	Повече от веднъж годишно	50	30

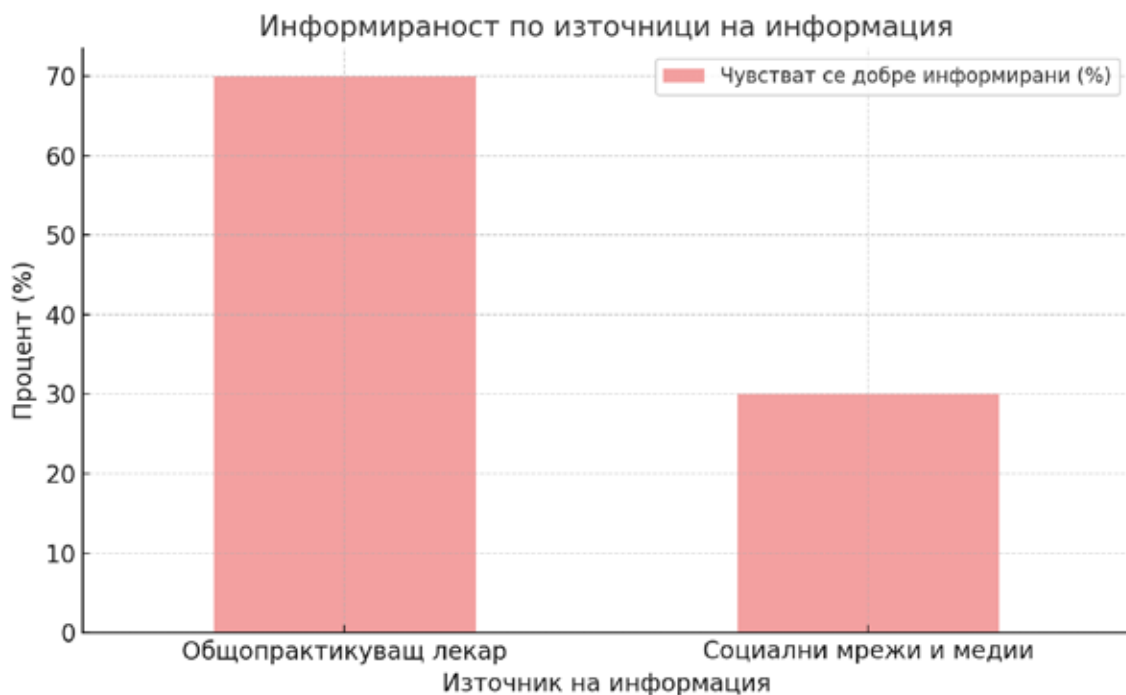


ИЗТОЧНИЦИ НА ИНФОРМАЦИЯ И ИНФОРМИРАНОСТ ЗА ПРОФИЛАКТИКАТА:

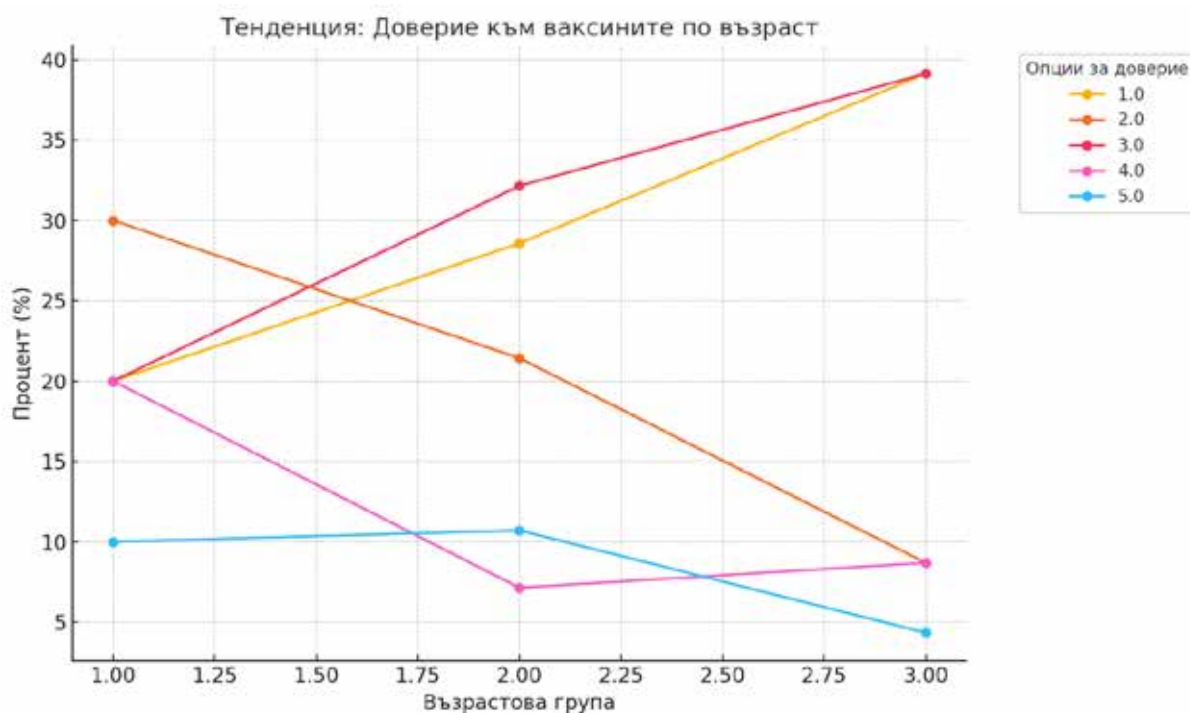
- **Общопрактикуващи лекари:**
 - 70% от хората, които разчитат на лекаря си за информация, се смятат за добре информирани.
- **Социални мрежи и медии:**
 - Само 30% от тези, които разчитат на медиите, се смятат за добре информирани.

Information Source And Awareness Summary

	Източник на информация	Чувстват се добре информирани (%)
1	Общопрактикуващ лекар	70
2	Социални мрежи и медии	30



АНАЛИЗ НА ТЕНДЕНЦИИТЕ



ДОВЕРИЕ КЪМ ВАКСИНИТЕ ПО ВЪЗРАСТ

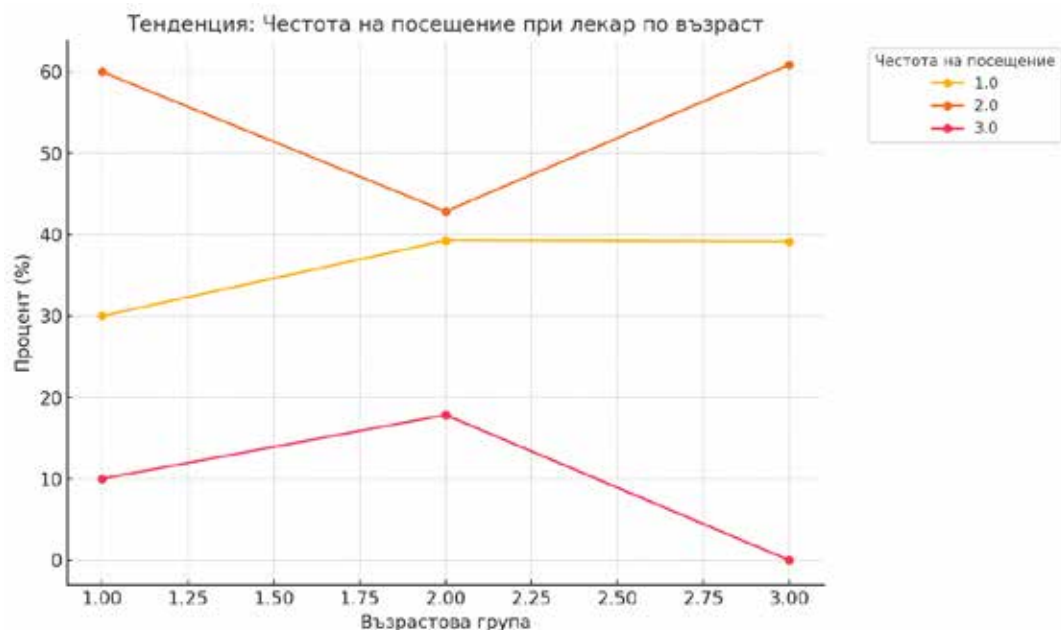
- По-възрастните групи (60+ години) показват най-високо доверие към ваксините, като значителен процент от тях вярват, че ваксините спасяват човешки живот. По-младите групи (18-40 години) са по-склонни да се колебаят поради липса на информация, като част от тях смятат, че ваксините са опасни.
- С възрастта доверието към ваксините нараства, вероятно поради повишена здравна осведоменост и опит.

ЧЕСТОТА НА ПОСЕЩЕНИЕ ПРИ ЛЕКАР ПО ВЪЗРАСТ

- По-възрастните пациенти (60+ години) са по-склонни да посещават личния си лекар повече

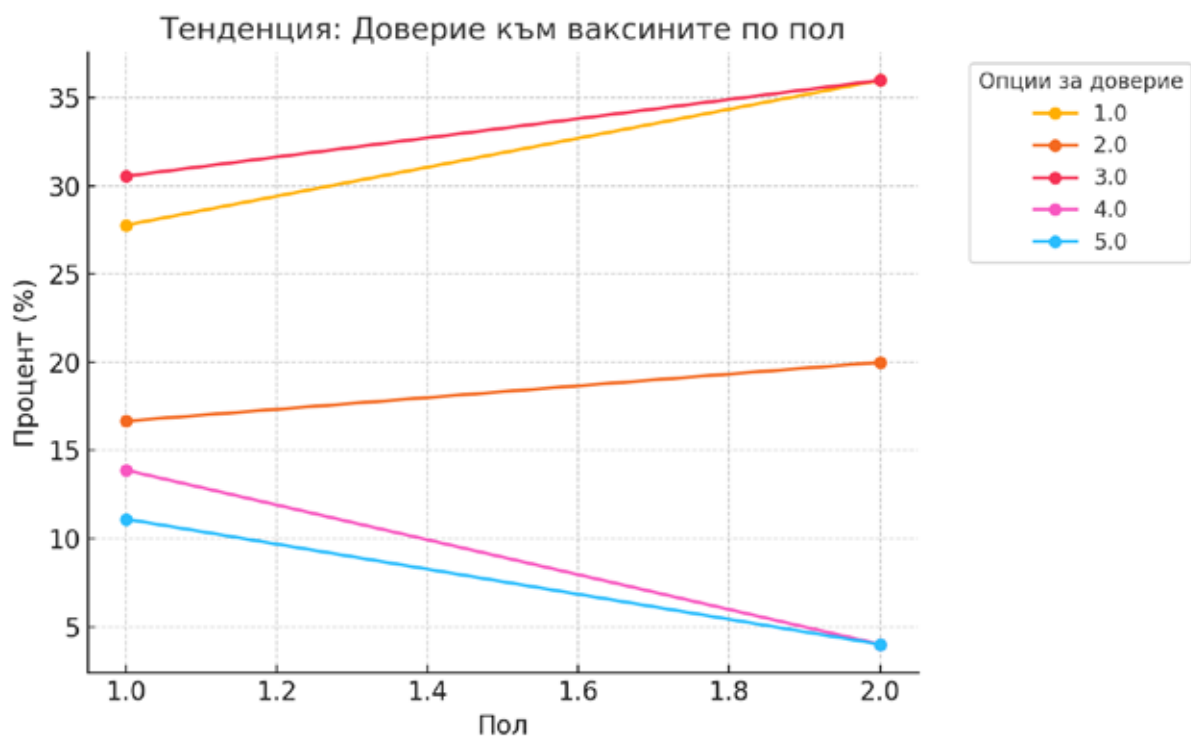
от веднъж годишно, докато по-младите групи са по-склонни да посещават лекаря по-рядко или само веднъж годишно.

- Възрастта е ключов фактор за честотата на профилактични прегледи, като по-възрастните хора обръщат по-голямо внимание на здравето си.



ДОВЕРИЕ КЪМ ВАКСИНИТЕ ПО ПОЛ

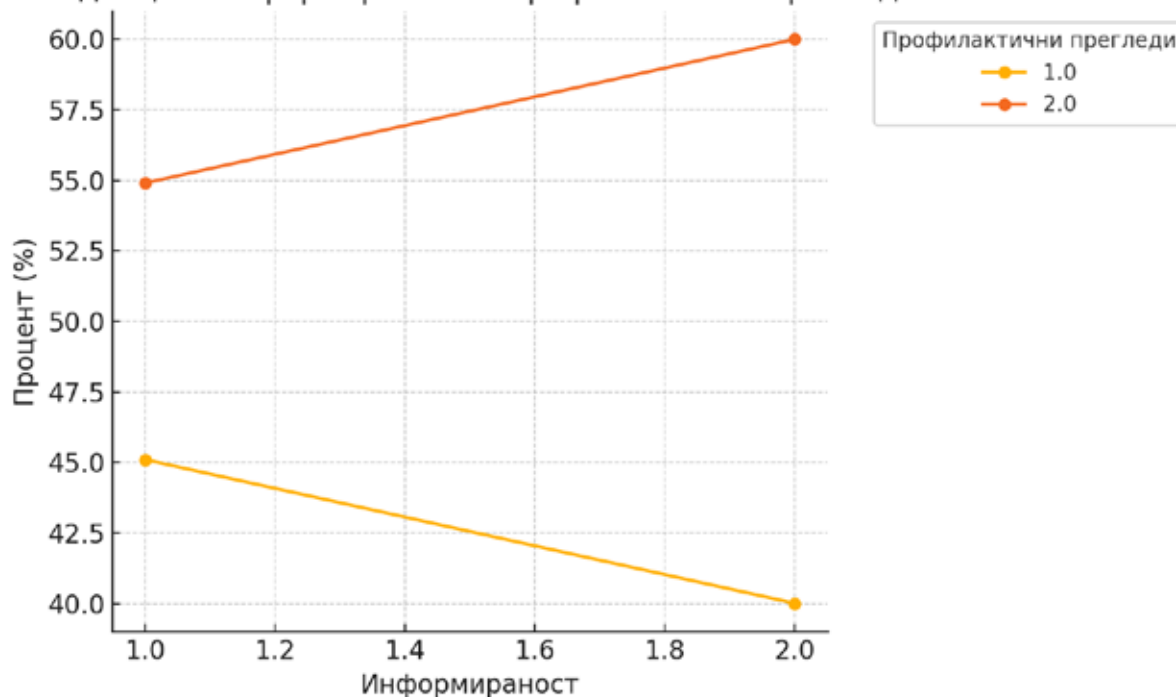
- Разликите между мъжете и жените по отношение на доверието към ваксините не са драстични, но мъжете са малко по-склонни да вярват, че ваксините спасяват човешки живот. Жените са малко по-колебливи и по-често се тревожат за безопасността на ваксините.
- Полът има слабо влияние върху доверието към ваксините, като жените са по-склонни към предпазливост.



ИНФОРМИРАНОСТ И ПРОФИЛАКТИЧНИ ПРЕГЛЕДИ

- Хората, които се смятат за добре информирани относно здравната профилактика, значително по-често правят профилактични прегледи. В същото време тези, които не се смятат за добре информирани, са по-малко склонни да правят такива прегледи.
- Информираността играе важна роля в мотивацията за провеждане на профилактични прегледи.

Тенденция: Информираност и профилактични прегледи



ДИСКУСИЯ

Честотният анализ разкрива, че по-голямата част от участниците са на възраст между 41 и 60 години (45.9%) и над 60 години (37.7%). Тази доминация на по-възрастни хора вероятно се дължи на по-голямото им участие в здравни инициативи и по-честите им контакти със здравната система. Жените съставляват 59% от извадката, което може да отразява по-голямото им участие в здравни изследвания и склонността им да обръщат повече внимание на профилактиката.

Повече от половината участници (52.46%) посещават личния си лекар повече от веднъж годишно за профилактични прегледи, което е показателно за положителната култура на здравна профилактика сред извадката. Все пак 9.84% от респондентите не посещават личния лекар за профилактични цели, което може да е знак за незаинтересованост или липса на информираност относно значението на превантивната медицина.

Кръстосаните анализи разкриват значими зависимости между възрастта и честотата на профилактичните прегледи, както и между информираността и доверието към ваксините. По-възрастните участници (60+ години) показаха по-висока склонност да посещават редовно своя личен лекар за профилактични прегледи, като 60.87% от тях го правят повече от веднъж годишно. Това е очаквано, тъй като с напредването на възрастта нараства и рискът от различни здравословни проблеми, което прави профилактиката по-необходима.

Грижата за здравето е в пряка зависимост от качеството на комуникационните процеси, в които индивидът участва. Това се потвърждава и от резултатите от проведеното изследване, където доминиращият източник на информация относно профилактиката се оказва личният лекар. Над 80% от респондентите посочват именно общопрактикуващия лекар като основна фигура, от която черпят доверена здравна информация. Този резултат подчертава ключовата роля на междуличностната комуникация между пациент и медицински специалист за формиране на нагласи към превенцията и здравно отговорното поведение. Резултатите показват също, че при респонденти, които се чувстват добре информирани, нивото на участие в профилактични дейности е по-високо. Това предполага, че

ефективната комуникация — както на индивидуално ниво, така и в обществените информационни кампании — играе централна роля за изграждането на увереност, мотивация и активно здравно поведение. Информираността също играе важна роля за формирането на нагласите към ваксините. Хората, които се чувстват добре информирани за здравната профилактика, са значително по-склонни да вярват, че ваксините спасяват човешки живот (35.29%), докато тези, които не се чувстват информирани, показват по-голяма несигурност и колебание. Това потвърждава важността на достъпа до коректна информация и здравна просвета за изграждането на доверие в медицинските интервенции.

В този контекст комуникацията изпълнява не само информативна, но и психологическа функция — тя служи като средство за редуциране на несигурността, за изграждане на доверие и за преодоляване на психологически бариери като страх, отричане или ниска самоефикасност. Следователно, ефективната здравна комуникация може да бъде разглеждана като превантивен инструмент със стратегическо значение за намаляване на рисковото поведение и повишаване на участието в профилактични дейности.

По отношение на пола не са установени съществени различия в доверието към ваксините. И мъжете, и жените показаха подобни нагласи, въпреки че мъжете проявиха малко по-високо доверие към ваксините (40% спрямо 35% при жените). Това подсказва, че други фактори, като възраст и информираност, имат по-голямо влияние върху здравните нагласи в сравнение с пола.

Тренд анализите показват няколко важни зависимости. Най-голямото доверие към ваксините е сред хората на възраст 60+ години. Това вероятно се дължи на факта, че по-възрастните хора имат повече опит с медицинската система и по-висока здравна осведоменост, което ги прави по-склонни да се доверят на ваксините. Обратно, по-младите хора (18-40 години) показаха повече колебания и опасения относно ваксините, като част от тях дори смятат ваксините за опасни. Тази тенденция може да се обясни с по-голямото влияние на социалните мрежи и разпространението на дезинформация сред младите хора.

Честотата на посещения при личния лекар също показва ясни възрастови различия. По-възрастните хора (60+ години) посещават лекаря по-често за профилактични прегледи, докато по-младите хора са склонни да посещават лекаря само веднъж годишно или по-рядко. Това е потенциален риск, тъй като липсата на профилактика в по-млада възраст може да доведе до по-сериозни здравословни проблеми по-късно.

Информираността за здравната профилактика има значително влияние върху поведението на хората. Тези, които се смятат за добре информирани, значително по-често преминават профилактични прегледи. Това подчертава значението на образованието и достъпа до здравна информация за мотивиране на по-добри здравни практики.

При част от изследваните се наблюдава типично рисково поведение, изразяващо се в игнориране на профилактиката или отлагане на прегледи. Това поведение е свързано с ниска степен на осъзнатост или с недооценяване на потенциалните последици за здравето.

Важно е да се отбележи, че рискът от пренебрегване на профилактичните мерки се реализира не само на ниво нагласа или намерение, а се проявява в конкретно поведение — например отказ от посещение при личен лекар или липса на участие в здравно-профилактични програми. Следователно за да говорим за рисково здравно поведение, е необходимо то да бъде изразено чрез реални действия или бездействия.

Заклучение

Резултатите от проведеното изследване показват ясно изразени различия в здравното поведение на изследваните лица в зависимост от възрастта, информираността и индивидуалната нагласа към здравна превенция. От психологическа гледна точка профилактиката може да се разглежда като поведенчески избор, в който основна роля играе отношението към бъдещето и способността на индивида да осъзнае рисковете за собственото си здраве.

Заклучението от изследването налага извод, че профилактиката не е само медицински процес, а е свързана с психологически нагласи, степен на здравна култура и способност за самоконтрол. Превенцията е поведение, което изисква информираност, ориентация към бъдещето и съзнателна

оценка на риска и ползите.

Профилактичното поведение не се определя единствено от наличието на услуги, а от способността на системата да комуникира ефективно с хората. Резултатите показват нуждата от подобряване на комуникационните умения на медицинските специалисти, създаване на достъпни информационни материали и въвеждане на обучителни програми по здравна грамотност. Специално внимание следва да се обърне на младите възрастови групи, сред които се наблюдава по-ниско участие в профилактиката.

Промяната в нагласите, свързана с осъзнаване на личната позиция спрямо профилактиката, има ключово значение за разпознаването на прогностичните фактори, които предопределят готовността за участие в превантивни дейности. Така профилактиката се възприема не само като индивидуален избор, а и като израз на отговорност към себе си, към социалната общност и към цялостното здравно и социално благополучие.

Прецизирането на комуникацията в контекста на профилактиката може да се осъществи в няколко посоки. Ако проследим естествения път на формиране на здравна нагласа, ще установим, че отношението към здравето се изгражда още в ранното детство — в диадата родител – дете, където се формира първичната представа за грижа и телесна устойчивост. В по-късен етап тази нагласа се развива чрез общуването във формални, референтни групи и социални общности, както и чрез участието в обществени инициативи и въздействието на медийните кампании.

Нагласите, свързани с предпазващото здравео поведение, се формират в пространството между възприятието за здраве, смисловото съдържание на комуникационните послания и интеракцията между субекта и социалните институции. Особено значимо е взаимодействието между здравни институции, регулаторни органи, медицински специалисти и гражданите, тъй като създава основата за споделена отговорност и доверие – ключови елементи за мотивиране към участие в профилактични практики.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Antonova, D. (2025). *Survey on health prevention. "St. Ivan Rilski" Hospital, Gorna Oryahovitsa*
2. Duneva, D. (2024). *Phenomena of communication. Reality, illusions and anxiety in adolescence. Publishing House "ITI" Veliko Tarnovo. ISBN 978-619-7602-71-5*
3. Dzhonev, S. (1996). *Social Psychology, vol. 2. Communication and Personality. Sofia, Science and Art Publishing House*
4. Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1986). *Vital involvement in old age. New York: W. W. Norton & Company.*
5. Ivanov I.K., (2024). "Gender-role stereotypes and age crises," *Bulgarian Journal of Psychology, Proceedings of the 10th Anniversary International Congress of Psychology, ISSN 0861-7813*
6. Morrison, V., P. Bennett (2013). *Introduction to Health Psychology. East-West Publishing House, ISBN 978-619-152-187-6*
7. Weinstein, N. D. (1980). *Unrealistic optimism about future life events. Journal of Personality and Social Psychology, 39(5), 806–820.*

Адрес за кореспонденция:

Доц. д-р Доротея Дунева
ВТУ „Св.св. Кирил и Методий“
Велико Търново
e-mail: teia_duneva@abv.bg

Corresponding Author:

Assoc. Prof. Dr. Dorothea Duneva
VTU "St. St. Cyril and Methodius"
Veliko Tarnovo
e-mail: teia_duneva@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

GL[®]Pharma

ИАЛ- 37862 /12.09.3025

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