

СТАНОВИЩЕ

От доц. д-р Румен Илиев Габровски д.м., Началник на Отделение по лъчелечение в „КОЦ – Шумен“ ЕООД

Във връзка с кандидатурата на **доц. Веселина Методиева Първанова** за **професор** по научната специалност 03.01.46 „Онкология“ за нуждите на Клиниката по лъчелечение при „СБАЛО-ЕАД“ София, обявена с конкурс публикуван в Държавен вестник бр. 36, стр. 42 от 16 април 2013 г.

I Оценка на качествата на кандидата и преподавателската дейност.

Доц. Веселина Първанова е водещ специалист по лъчелечение и онкология, ръководител на най-голямата клиника по лъчелечение в България. В клиниката под нейно ръководство през последните 10 години са внедрени много нови методики. Била е национален консултант по лъчелечение 2007 – 2010 г. В момента участва в онкологични комитети в СБАЛО-ЕАД и Военно медицинска академия София. Тя е активен член на професионалната гилдия на лъчетерапевтите в България. Член е на европейската и руската организация по лъчелечение (ESTRO, RARO), както и европейската организация по проучване на рака (EACR). Участва в редакционните съвети на сп. «Рентгенология и радиология», «Онкология» и «Reports of Practical Oncology and Radiotherapy».

Преподавателската дейност на доц. Първанова е в 3 направления:

1. Лектор и участник в държавна изпитна комисия по специалност „Лъчелечение“ и „Клинична онкология“, преподавател в курсове на СДО за лекари по лъчелечение, онкология и нуклеарна медицина
2. Научен ръководител е на 3-ма докторанти, единият, от които защити успешно през април 2013 г.
3. Под нейно ръководство в клиниката провеждат специализация по лъчелечение и медицинска и радиологична физика лекари и медицински физици.

Преподавателската дейност и срокът от 9 години след заемане на академичната длъжност „доцент“ напълно отговарят на изискванията на чл. 29 ал. 2 от Закона за развитие на академичния състав в република България за придобиване на научното звание „професор“.

II Направления в научните трудове след заемане на академичната длъжност „доцент“.

Едновременно лъчехимиолечение. През последните 2 десетилетия този подход се наложи като стандартно поведение при редица авансирани туморни локализации като: глава и шия, бял дроб, хранопровод, стомах, ректум и анус, шийката на матката и др. Научните интереси на доц. Първанова обхващат голяма част от тези локализации.

1 Карцином на маточната шийка (КМШ).

От 2002 г. до 2006 г. е приложено едновременно лъчехимиолечение при 190 болни с КМШ (II-IVA), което води до 6-8% повишаване на общата преживяемост, при приемлива хематологична токсичност, сравнено с група болни със самостоятелно лъчелечение. Това е най-голямото проучване у нас, което показва съизмерими със световните резултати. Това лечение е стандарт в лечението на болни с висок риск и КМШ. Авторката съобщава за свръхдозирание до 66-70Gy в зони с R1 резекция и N+, независимо от едновременното прилагане на Цисплатина (49). Този подход подлежи на критична оценка поради увеличаване на риска за тежки късни лъчеви усложнения и очакваното влошаване на качеството на живота на пациентите.

2 Недиференцирани глиоми.

Прилагането на Темозоламид едновременно с лъчелечение, поради данни за потискане на репаративните процеси в структурата на ДНК след сублетални увреждания е основание за въвеждане на метода. При първите 18 болни е докладван обзор. Собственият опит на клиниката показва съизмерима токсичност в сравнение със самостоятелното лъчелечение. Към момента поради добрата поносимост - този метод е приет за стандарт при рецидивиращите и високостепенни глиоми (10, 11).

3 Ректален (РК) и анален карцином.

Едновременното предоперативно лъчехимиолечение с 5-FU не води до статистически значимо намаляване на стадия в сравнение със самостоятелното лъчелечение (62). Прилагането на конвенционално ЛЛ с Капецетабин, като нова схема при авансиралите РК, разположени в средна и дистална трета на ректума е тема на ръководения от доц. Първанова докторант към Клиниката (2, 35, 70, 76, 85). Методът повишава операбилността със 7% при авансиралите и гранично операбилни РК в сравнение със самостоятелното предоперативно ЛЛ (51).

Едновременното прилагане на лъчелечение и Цисплатина при **анален карцином** е докладвано през 2011 г. като локалният контрол е с 30% по-висок от самостоятелното лъчелечение и дава 8% принос към 5-годишната обща

преживяемост (81). Създаден е алгоритъм на оценка на лъчевия отговор 40 дни след края на лъче-химиолечението:

- свръхдозирание с 10Gy при пълен хистологичен контрол;
- свръхдозирание с 16Gy при частичен - >50% редукция на тумора;
- при <50% регресия: оперативно лечение + лимфна дисекция при резидуални ингвинални лимфни възли (35).

4 Рак на пикочния мехур.

Органосъхраняващият подход при рака на пикочния мехур има важна роля при мускулно-инвазивните стадии T2-T4 след максимално възможен ТУР. Едновременното лъчехимиолечение с цисплатина 75 мг/м² в 1 и 21 ден започва 20 дни след оперативната интервенция. Прилагана е ДОД 1,8Gy до 44,2Gy за лимфните възли и свръхдозирание 11x1,8Gy за пикочния мехур (31, 41). Окуражаващи са резултатите: 5 г. безрецидивна преживяемост 35-45%, съизмерима с тази след цистектомия. Възможно извършване на цистектомия след 64 Gy при частичен туморен контрол. Този метод е предпочитан при мъже със запазена еректилна функция и желание за съхраняване на мехура (93).

5 Тумори на главата и шията.

Голяма част от болните с авансирани карциноми на главата и шията са в увредено състояние, не позволяващо лечение по радикална програма. Правен е опит за едрофракционирано 5x4 Gy, 20 дневна пауза, оценка на ефекта и 15-17x2Gy срещу стандартно фракциониране 30-35 x 2 Gy и прилагане на цисплатина веднъж седмично до обща доза 200-250 мг. Установена е 23%/26% 5-годишна преживяемост, като пълен туморен контрол и в двете групи води до по-добра преживяемост (44). Съвременните проучвания доказват, че хипофракционираното лъчелечение не е подходящо като радикален метод при карциномите на главата и шията. Счита се, че ролята на такива проучвания е твърде ограничена. Според мен е необходимо точно пред-лечебно стадиране и разделяне на групите за радикално и палиативно лечение.

6 Карцином на гърдата (КГ).

Приложено е едновременно лъчелечение с Херцептин при 25 болни с тройно негативен КГ за период от 2 години. Приложението на Херцептин започва успоредно с Таксан и продължава по време на лъчелечението. При 24 болни Херцептин е прилаган на 3 седмици в доза 6 мг/кг и само при една болна е проведен седмичен режим – 2 мг/кг. Не е докладвана значима хематологична и кардиотоксичност (92).

Нови подходи при планиране на лъчелечението

1 Планиране при карциномите на гърда, простатата, тестис и ректум

Индивидуализираното прилагане на лъчелечение за регионалните лимфни възли, съобразно рисковите групи при карцином на гърдата (КГ) е отразено в публикации № 18, 26, 32. При сравнение на триизмерното с двуизмерното планиране е докладвано субдозирание в параклавику-ларните лимфни възли (18, 37, 47).

При карцином на простата (КП) се предлага въвеждането на три рискови групи и индивидуализиран подход във връзка с участие в конкурсен изследователски проект към Фонд научни изследвания RNF01/0135. При умерен и висок риск лъчелечението се отлага с 3 до 6 месеца след неоадювантна хормонотерапия (15, 16). Тези нови правила са отразени в стандарта за ЛЛ на КП (34, 38).

Особености на дефинирането на клиничния мишенен обем при ректалният карцином за едновременно лъче-химиолечение (35).

След 2003 г. са въведени нови подходи при планирането на ранните семиномни тумори (T1-2) с облъчване само на парааортална област, без включване на хомолатералните илиачни лимфни възли. Редуцираната ООД от 30Gy на 20-24Gy е от съществено значение, предвид младата възраст на болните (84).

2 Неконвенционални режими на фракциониране и дози.

Проведено е проучване на хипофракционирано лъчелечение при недребноклетъчен карцином на белия дроб във II-III ст. (16 x 3 Gy, 4 пъти седмично). Поносимостта и особеностите при планиране са отразени в публикации № 50 и 60.

При T2-3 N0-1 тумори на рака на ректума хипофракционираното лъчелечение 5 x 5 Gy показва предимство. За по-напреднали и дистално разположени тумори T4 N2 за предпочитане е конвенционалното фракциониране (1, 40, 48, 61).

Увеличаването на предоперативната доза от 30 на 45 Gy при болни с карцином на маточната шийка във IIB-III стадий води до подобряване на общата преживяемост с 6% (45).

Добра поносимост е установена и при умерено хипофракциониране на простатния карцином 7-9 фракции по 2,75 Gy последвани от 23 фракции по 2 Gy за целия малък таз (15, 16, 71).

3 Анатомопографско и дозиметрично планиране.

Доц. Първанова участва в осъвременяването на алгоритмите залъчелечение при различните локализации (3, 4, 20, 39, 55, 56, 69, 79, 82, 90)

4 Лъчеви техники

Въведени са нови лъчеви техники (37, 40, 47, 54, 63, 75, 77, 78, 86, 89).

Отбелязват се несъвпадения на номерата на публикациите в посочените от авторката основни приноси и номерата от списъка с публикациите, което е без значение за общата положителна оценка на качествата на научните трудове.

III Заключение

В списъкът с научните публикации на доц. Първанова са изброени: 4 публикации в чужди списания, 22 - в наши, 12 – стандарти, учебници, ръководства и сборници; 18 отпечатани резюмета в чужди списания; 32 отпечатани резюмета в български списания и 10 без отпечатани резюмета. Общият импакт фактор на публикациите е 50,515. Доцент Първанова е авторитетен участник в 4 научни журита. Броят на цитиранията след заемане на тази длъжност е 18 в български източници и 7 в чужди. Това е напълно достатъчно за заемане на академичната длъжност „професор“.

Като член на научното жури изразявам положително становище за кандидатурата на доц. **Веселина Методиева Първанова** за **професор** по научната специалност 03.01.46 „Онкология“ за нуждите на Клиниката по лъчелечение при „СБАЛО-ЕАД“ София.

28.7.2013 г.
гр. Шумен

доц. д-р Р. Габровски:

