



ОНКОЛОГИЯ

48

ONCOLOGIA

2/2020

**УНИВЕРСИТЕТСКА СПЕЦИАЛИЗИРАНА БОЛНИЦА ЗА
АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПО ОНКОЛОГИЯ – ЕАД**

**ПЛЕНАРНИ ЛЕКЦИИ И ДОКЛАДИ ЗА
XXIII-та НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ
1–4 октомври 2020, хотел „Риу Правец“, гр. Правец**

**ПЛЕНАРНИ ЛЕКЦИИ И ДОКЛАДИ ЗА
XXIII-та НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ
1–4 октомври 2020, хотел „Риу Правец“, гр. Правец**

ПЛЕНАРНИ ЛЕКЦИИ	2
ДОКЛАДИ	14

РЕДАКЦИОННА КОЛЕГИЯ
НА СПИСАНИЕ „ОНКОЛОГИЯ“:

ПРОФ. С. КАРАНОВ – ГЛАВЕН РЕДАКТОР
ПРОФ. Г. ЧАКАЛОВА – СЕКРЕТАР

ЧЛЕНОВЕ: ПРОФ. З. ДУДУНКОВ
ПРОФ. Д. ЦИНГИЛЕВ
ПРОФ. Р. БАЛАНСКИ
ПРОФ. З. ВАЛЕРИАНОВА
ПРОФ. В. ПЪРВАНОВА
ПРОФ. Г. КУРТЕВА

РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ: ПРОФ. И. ЧЕРНОЗЕМСКИ

ПРОФ. В. ДИМИТРОВ
ПРОФ. Е. ПЕЙЧЕВА
ПРОФ. Г. ГОРЧЕВ
ПРОФ. Т. ХАДЖИЕВА
ПРОФ. М. ЯНЕВА
ПРОФ. Н. НАУМОВ
ПРОФ. К. ТИМЧЕВА
ПРОФ. Н. ХАДЖИОЛОВ
ПРОФ. И. ГАВРИЛОВ
ПРОФ. Г. КАЛАЙДЖИЕВ
ПРОФ. К. НЕЙКОВ
ПРОФ. Е. ПИПЕРКОВА
PROF. H. ABDEL-DAYEN (USA)
PROF. K. CHRISTOV (USA)
PROF. F. ROMEO (ITALY)

ПЛЕНАРНИ ЛЕКЦИИ

ПРОГНОСТИЧНИ ФАКТОРИ В ОНКОГИНЕКОЛОГИЯТА

Н. Василев¹, Р. Велев², А. Начева²

¹СУ „Св. Климент Охридски“, Медицински факултет;

²Втора САГБАЛ „Шейново“, София

Прогнозиране на болести чрез доказване на различна преживяемост се прилага отдавна. Пример: Общата преживяемост на жени с рак на ендометриума е по-висока от общата преживяемост на жени с рак на яйчниците. Заключение: Ракът на ендометриума е с по-добра прогноза от рака на яйчниците. Това заключение отговаря на истината.

По-съвършено прогнозиране е онова, което ни дава възможност да обособим признаци или обстоятелства, обуславящи разлики в прогнозата. Наричаме ги прогностични фактори или прогностикатори. Разпознаването им ни позволява да избегнем както недолекуване, така и свръхлекуване на пациентите.

Преживяемостта е водещ критерий за определяне на прогноза и разпознаване на прогностични фактори. Класически статистически инструмент е застрахователният метод на Каплан–Майер [2]. До ден днешен стъпаловидните графики на Каплан–Майер са сред най-често срещаните илюстрации в статии и учебници по клинична медицина. Също толкова популярен статистически инструмент представлява т.нар. многофакторен анализ (multivariate analysis), използващ регресивния модел на Кокс [1]. Със създаване на статистически пакети от софтуерните фирми този инструментариум непрекъснато

се усъвършенства и обогатява.

За рак на яйчниците като прогностични фактори са се утвърдили: обхват на туморната резекция, стадий, степен на диференциация, хистологичен тип [3]. За рак на маточната шийка всепризнати прогностични фактори са: стадий, лимфогенни метастази, размери на първичния тумор, хистологичен тип, степен на диференциация [5]. За рак на ендометриума отчитаме: дълбочина на инвазията, стадий, хистологичен тип, степен на диференциация [7].

Напоследък като критерии за прогноза се налагат различни от преживяемостта параметри, за които вече е доказано, че имат връзка с преживяемостта. Такива са: туморни маркери [3], данни за фазовост и пloidност на туморните клетки [4], стероидни рецептори [7], присъствие на онкогенни мутации и мн. др. Типичен пример е т.нар. молекулярен атипизъм – мутации на POLE (полимераза-ε), микросателитна нестабилност, брой нуклеотиди в копието. За рак на ендометриума и някои типове рак на яйчниците молекулярният атипизъм е с по-голяма прогностична тежест от хистологичния атипизъм. Особено перспективно е прилагането на съчетание между хистологични и молекулярни прогностични фактори [6].

ЛИТЕРАТУРНИ ИЗТОЧНИЦИ:

1. Бакалов Д, Василев Н, Съвр. мед., 37, 8, 31-33, 1986
2. Василев Н, Съвр. мед., 37, 6, 19-22, 1986
3. Gronlund B, Høgdall C et al, J. Clin. Oncol., 22, 20, 4051–4058, 2004
4. Christov K, Vassilev N, Cancer, 61, 1, 121–125, 1988
5. Kamura T, Tsukamoto N et al, Cancer, 69, 1, 181-186, 1992
6. Stelloo E, Nout RA et al, Clin. Cancer Res., 22, 16, 4215–4224, 2016
7. Uharcek P, J. Obstet. Gynaecol. Res., 34, 5, 776-783, 2008

АЛГОРИТЪМ НА ESGO-SIOPE ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА НЕЕПИТЕЛНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ ТУМОРИ НА ЯЙЧНИКА ПРИ МЛАДИ ЖЕНИ

Проф. Г. Чакалова
УСБАЛО

Европейското дружество по онкогинекология (ESGO) и Европейското дружество за детска онкология (SIOPE) съвместно разработиха насоки за лечение на девойки и млади жени с неепителни злокачествени тумори на яйчниците (стромални и герминативно-клетъчни тумори), които включват злокачествени тумори от зародишни клетки, тумори на стромалната полова връв и дребноклетъчен карцином на яйчника от хиперкалциемичен тип. Тези насоки обхващат диагнозата, патологията, стадирането, лечението и проследяването за всеки вид тумор и обхваща ранните и напредналите стадии и рецидиви. Определението девойки и млади жени включва жени от 15 до 25 години (1).

Общи принципи на лечение

Поради рядкостта на различните неепителни яйчникови тумори, пациентите трябва да бъдат насочени към специализиран мултидисциплинарен център с експерти за възрастни и педиатри. Терапията трябва да бъде адекватно определяна от обучени онколози. Пациентите трябва да бъдат стадирани съгласно системата за стадиране FIGO 2014. При пациенти със съмнение за тумори на яйчниците, предоперативната диагностика трябва да включва освен ултразвук на корем и малък таз, магнитен резонанс (ЯМР), КТ на гръден кош и серумни туморни маркери алфа-фетопротеин (AFP), β -човешки хорион гонадотропин (β -HCG), инхибин В, антимюлерова хормон (AMH) и лактат дехидрогеназа (LDH). Серумното ниво на калций също трябва да бъде изследвано. В случаите, когато е извършена операция по спешност преди тези изследвания, то те трябва да бъдат извършени възможно най-скоро след операцията. Предпочита се извършване на ЯМР на корема и таза пред СТ сканиране, когато е възможно, за да се намали излагането на радиация. Извършването на предоперативен ЯМР е полезно за оценка на потенциални двустранни яйчникови тумори (например при дисгермином и тератом) и за по-добро охарактеризиране на тумора за определяне на хирургическата стратегия (избор на подход). Няма индикации за извършване на позитрон-емисионна томография (PET-

СТ) поради ниската отрицателна прогнозна стойност. В случай на кистозен компонент в подозрителна туморна маса, трябва да се избягва пункцията за диагноза. Хирургичният подход трябва да бъде внимателно избран въз основа на първоначалните образни изследвания, за да се избегне интраоперативно разкъсване на тумора. Оофоректомията трябва да се предпочете пред цистектомията/туморектомията. Биопсиите на тумора са противопоказани, освен при пациенти с екстраоварийно разпространение. Срединната лапаротомия е предпочитаният вариант при съмнение за злокачествени тумори. Миниинвазивният подход е приемлив вариант само ако хирургът е обучен на лапароскопска онкологична хирургия. Премахването на тумора трябва да се извърши без разкъсване, като по време на отстраняването на тумора не се извършва морселяция и се прави пълно изследване на перитонеалната кухина. Преди да се оперира тумора, трябва да се изпрати перитонеална течност за цитологично изследване. Ако в коремната кухина няма течност, трябва да се извършва смив на перитонеума. Стадирането на тумори също така включва изследване на перитонеалните повърхности, биопсия на диафрагмален перитонеум, параколичните участъци, тазовия перитонеум, палпация на тазовите и параорталните лимфни възли, отстраняване на уголемените лимфни възли, инспекция, палпация и широка ексцизия на оментума, ако е без промени, или тотална оментектомия, ако е променен, биопсия на контралатералния яйчник. При първата операция до получаване на окончателните хистологични резултати с оглед запазване на фертилитета не се отстранява матката и се запазват поне част от аднексите. В случай на макроскопско разпространение извън яйчниците се извършва точно описание на тумора (местоположение и размер) и се извършва биопсия. Пациентките трябва да се подкрепят заради ефекта, свързан с химиотерапията. Трябва да се избягва използването на стероиди. Преди терапията е добре да се направи консултация за запазване на фертилността. Следва да се предложи и психонкологична подкрепа на болните и техните близки. Ако туморни мар-

кери са повишени при диагнозата, те трябва да бъдат изследвани след операция и преди началото на наблюдението или каквото и да е адювантно лечение. В случаите на химиотерапия, туморните маркери трябва да бъдат изследвани преди всеки цикъл на лечение. Намаляването на туморните маркери трябва да бъде в съответствие с техния полуживот. Неепителните тумори на яйчника трябва да се лекуват, когато това е възможно, в рамките на клинични изпитвания. Целите на клиничните изпитвания при „високорискови“ пациенти трябва да бъдат с оглед подобряване на ефикасността, като същевременно се поддържа степента на безопасност, която вече е приета. Целите на клиничните изпитвания при пациенти с нисък до среден риск трябва да бъдат за поддържане на ефикасността, като същевременно намалява токсичността. В случаите, когато не са налични стандартни възможности за лечение, участието в клинични изпитвания е с цел да се обмислят нови терапевтични подходи. Когато няма клинични изпитванията, клиничните данни трябва да се докладват на клинични комисии.

Общи принципи на хистопатологична диагноза

Туморите трябва да бъдат класифицирани според класификацията на Световната здравна организация за 2014 г. Потвърждение на диагнозата от опитен специалист в областта на гинекологията или патологията в детската възраст се препоръчва предвид рядкостта на тези новообразувания и значителния риск от неправилна диагноза. Силно се насърчава консултация за второ мнение. Имунохистохимията и молекулярните тестове често са необходими за диагнозата, но те не се предлагат в много лаборатории по патология.

При определени типове тумори трябва да се помисли за наличие на фамилен туморен синдром и генетично консултиране. Препоръчва се анализ на мутацията – по-специално при случаи на двустранно разпространение на тумори на стромалната полова връв, едностранно разпространение на тумори на стромалната полова връв с изоставане на развитието на половите жлези или забавяне на пубертета, както и при дребноклетъчен карцином на яйчника от хиперкалциемичен тип.

Злокачествени герминативноклетъчни тумори на яйчника

Диагноза, хистопатология, стадиране и проследяване.

Клиничното стадиране следва препоръките, дадени в общия раздел. Тези тумори включват дисгермином, тумор на ендодермалния синус, незрял тератом, ембрионален карцином и негестационен хориокарцином. Трябва да се отчита наличието или отсъствието на инвазия в лимфоваскуларно пространство. Тези новообразувания са трудни за диагностициране и имунохистохимичните маркерите могат да бъдат от полза: SALL4 обикновено е положителен при всички, включително при незрелите невроепителни тумори и при незрелите тератоми, OCT3/4, PLAP, D2-40, NANOG и CD117 обикновено са положителни при дисгермином, PLAP може да бъде положителен при тумор на ендодермалния синус, AFP и глипикан - 3 обикновено са положителни при тумор на ендодермалния синус, OCT3/4, CD30, NANOG и SOX10 обикновено са положителни при ембрионален карцином. Негестационните хориокарциноми обикновено са имунореактивни с β -HCG и инхибин. Като цяло поради припокриване между различните имунохистохимични маркери и неочаквани отклоняващи се модели на оцветяване най-добре е да се използват панели от маркери, а не отделни маркери. Съществуват редица непълно характеризирани хромозомни и генетични абнормалности при злокачествените герминативноклетъчни тумори на яйчника, клиничната значимост на които все още не е определена. Най-честата хромозомна аберация е изохромозома 12, т.е. усилване на р-рамото на хромозома 12, съкратено i (12p). Тези тумори могат да възникват в контекста на дисгенеза на гонадата (напр. синдром на Суйвър) и трябва да се препоръча генетична оценка за полови хромозомни аберации.

Лечение на начален стадий

В случай на установена твърда или частично твърда маса в яйчниците трябва да се извърши допълнително ЯМР. Ако при ЯМР се установи твърд компонент, е необходимо извършване на операция, която е първоначалното лечение на ранен стадий. Изборът на подход трябва да бъде внимателно оценен, за да се избегне разкъсване на тумора по време на интервенцията. В случай на двустранни тумори се извършва двустранна

салпинго-оофоректомия, което ще доведе до безплодие, и запазването при възможност на поне част от един яйчник трябва да се насърчава. В случай на солиден едностранен тумор едностранна салпинго-оофоректомия е лечение на избор. При кистозни тумори трябва да се избягва цистектомия. Операции, запазващи фертилитета, се считат за стандартното хирургично лечение при млади пациентки. При макроскопски нормален яйчник контралатерално и отрицателно изображение при ЯМР не е необходима биопсия на кантралатералния яйчник. В случай на макроскопско двустранно ангажиране на яйчниците (предимно при дисгермином) запазването поне на част от здравата тъкан на единия яйчник (едностранна салпинго-оофоректомия и контралатерална частична оофоректомия), както и запазване на матката, трябва да се насърчава, освен ако при генетичното изследване не се установят дисгенетични полови жлези. В този случай се отстранява целият яйчник. В случаите на двустранни тумори и установена хромозомна аберация трябва да се проведат в комбинация генетичната консултация и психологическата подкрепа. Поради риск от съчетание на гонадобластом и дисгермином в случай на установена дисгенетична гонада може да се извърши двустранна салпинго-оофоректомия. Ако е извършена първоначално цистектомия/туморектомия без индикации за адювантно лечение въз основа на хистологичния резултат и при нормални туморни маркери, е необходима допълнителна операция за отстраняване на остатъка от яйчника за намаляване на риска от рецидив. Когато е необходимо провеждане на адювантно лечение, допълнителната операция може да бъде избегната. При дисгермином и тератом съществува риск от двустранно ангажиране и се препоръчва следоперативно проследяване с ултразвук на останалия яйчник. При съмнение за злокачествен тумор от образните изследвания по-подходящо е извършването на лапаротомия за отстраняване на тумора и стадиране с оглед намаляване на риска от разпространение. В случаите, когато рискът от злокачествено заболяване е нисък или несигурен, може да се обсъди минимално инвазивен подход (лапароскопия или роботизирана хирургия). Ако диагнозата е поставена следоперативно, не се препоръчва радикална хирургия и трябва да се избягва лимфадендектомия

за стадиране. Отстраняването на лимфните възлите трябва да се извършва само когато има данни за метастази, установени по време на операцията и/или с образно изследване- MRI или СТ. При напълно отстранени новообразувания в IA стадий с отрицателни туморни маркери след операцията активно наблюдение е предпочитаният подход. В IA стадий без радикална операция е опция провеждането на 2 цикъла адювантна химиотерапия. Лечението на новообразувания в IB стадий (редки случаи) е сложно и трябва да бъде обсъдено според хистотипа на тумора в двата яйчника. В случаите на IC1 стадий са възможни и двата варианта (химиотерапия – максимум 2 цикъла, или активно наблюдение). При пациентки с IC2 и IC3 стадий от всички хистологични видове трябва да се приложи адювантна химиотерапия – максимум 3 цикъла.

Лечение на напреднал стадий

Лечението на напреднал стадий също следва да бъде насочено с оглед запазване на фертилитета, тъй като тези тумори имат висока химиочувствителност. По време на първоначалното оперативно лечение трябва да се избягва обширна циторедукция поради високата химиочувствителност. Хирургична резекция на остатъчно заболяване се прилага само в редки случаи след химиотерапия (перитонеум, останалите яйчници и/или лимфни възли). При пациентки с дисгермином и установени чрез образна диагностика след лечение минимални остатъчни лезии на заболяването може да се обсъди внимателно проследяване, защото тези остатъчни лезии обикновено не са жизнеспособни. При стандартната химиотерапия при III-IV стадий на заболяването се използват протоколите за възрастни, т.е. Блеомицин, Етопозид и Платина (ВЕР) от 3 до 4 цикъла, а Блеомицин до 3 цикъла (максимална обща кумулативна доза 270 IU), за да се избегне токсичност на белите дробове. При подрастващите пациентки са възможни и други варианти за химиотерапия, които се използват в педиатричните протоколи, а именно: Цисплатина, Етопозид и Ифосфамид (PEI), Цисплатин, Етопозид и намалена доза на Блеомицин (PEb) или Карбоплатина, Етопозид и Блеомицин (JEB) за 3-4 цикъла. При пациентките след проведени 4 цикъла химиотерапия без постигане на отрицателни нива на туморните маркери (остават повишени нивата

на туморни маркери), лечението се счита за неуспешно. Пациентки с повишени туморни маркери в началото на терапията, при които туморните маркери не намаляват според техния полуживот след втория цикъл на лечение, трябва да се считат за високорискови и трябва да се обсъди по-интензивна терапия. В случаи на незрял тератом с допълнително заболяване на яйчниците, което включва gliomatosis peritonei (морфологично доброкачествена глиална тъкан без незрели елементи), не се изисква пълна хирургична резекция на перитонеалната болест (ако операцията е твърде инвазивна), но тогава трябва да бъдат извършени големи и множествени биопсии, за да се гарантира, че във всички участъци тъканите са зрели и глиални.

Лечение на рецидивите

Вземането на решение за необходимостта и вида на лечение, включително химиотерапия и лъчетерапия, трябва да бъде обсъдено от мултидисциплинарен екип. В случай на незрял тератом или смесени тумори с компонент на незрял тератом и последващи рецидиви и нормални серумни маркери след химиотерапията трябва да се подозира нарастващ тератомен синдром (наличие на изключително зрели елементи в екстраоварийни места – перитонеална област и/или лимфни възли, след химиотерапия). В тази ситуация лечението е хирургична резекция, при условие че при хистологичното изследване всички тъкани са зрели. Хирургията трябва да бъде консервативна със запазване на матката и част от един яйчник, ако е възможно. В останалите случаи е необходима биопсия за хистологично потвърждаване на рецидива преди започване на допълнителното лечение. Всички материали трябва внимателно да се изследват хистологично, за да се потвърдят или изключат само чисти зрели тъкани. Няма дефинирана стратегия за лечение на пациентки, които са с рецидив след приключване на химиотерапия. Опциите за лечение, които трябва да бъдат разгледани, могат да включват комбинации на базата на Платина и трябва да се вземат предвид проведените предишните видове на терапията и интервала между началния тумор и рецидива. При чист дисгермином може да се обсъди прилагането на лъчетерапия или може да се приложи по-интензивна химиотерапия с включване на стволови клетки. Ролята на

спасителната хирургия при рецидивираща болест не е добре дефинирана.

Проследяване

Проследяването включва изследване на кръвна картина, туморни маркери и образни изследвания и е, както следва:

- мониторинг на потенциалната токсичност в дългосрочен план (различни органи, ендокринни жлези, функция на слуха);

- MRI трябва да се прилага, когато е възможно, с оглед да се избегне излагането на радиация;

- трябва да се използват възрастови въпросници за самоотчет за проверка на психологичните късни ефекти;

- след нормализиране на туморните маркери проследяването е на всеки 2 месеца;

- проследяване на оплакванията на пациентката.

Тумори на стромалната полова връв – диагноза, хистопатология, стадиране и проследяване

Изследва се серумен AFP, β -HCG, CA-125, инхибин, АМН, калций и LDH естроген, дехидроепиандростерон, тестостерон, лутеинизиращ хормон и фоликулостимулиращ хормон.

Клиничното стадиране следва препоръките, дадени в общия раздел.

Различните имунохистохимични маркери имат стойност при диагностицирането и включват: инхибин (най-специфичен), калретинин, CD56, мелан А, CD 99, стероидогенен фактор-1 (SF-1), FOXL2 и WT1. При всички тези маркери има проблеми по отношение на чувствителността и специфичността и те трябва да се използват в комбинация, а не да се разчита на един маркер. Тези маркери са с ограничена стойност при разграничаване на различни неоплазми от тази група. Патологичната оценка трябва да включва описание на степента на диференциация (високо, умерено или слабо диференциран) и наличието на специфична хистологична характеристика, в това число и присъствието на хетерологични елементи (обикновено муцинозни, жлезисти, кости, мускули или хрущяли). Пациентките с гинандробластом, трябва да бъдат прегледани за други нарушения, които може да бъдат свързани със синдрома на DICER1, по-специално заболяване на щитовидната жлеза и разнообразие от необичайни новообразувания. Трябва да

се вземе фамилна анамнеза и генетичен анализ на DICER1 трябва да започне заедно с генетичното консултиране. Предвид риска от съчетание с пролиферативни лезии на ендометриума (хиперплазия и /или ендометриален карцином) поради хормоналното производство се препоръчва вземане на проби от ендометриума при възрастни пациенти с гранулозноклетъчен тумор. Няма данни, които да подкрепят нуждата от вземане на проби от ендометриума при момичета. Въпреки това трябва да се извърши образно изследване на ендометриума за оценка на дебелината на ендометриума. Не е определена ролята на PET-CT.

Лечение на ранен стадий

Извършват се изследване на перитонеалната течност или намазки от перитонеума, изследване на контралатералния яйчник, случайна сляпа биопсия от перитонеума, резекция на подозрителни лезии и оментектомия. Системна дисекция на лимфните възли не се препоръчва. Резекция на лимфни възли трябва да се извършва само в случаи на съмнения за метастази в лимфните възли, установени с образна диагностика или интраоперативно. След цялостно стадиране, ако туморът бъде потвърден като IA стадий, лечението е само хирургично. Изключения правят слабо диференцираните форми на тумори на стромалната полова връв с хетероложни елементи или променена структура, където може да се помисли за радикално лечение. При туморите над IA стадий може да се наложи химиотерапия. Само хирургично лечение е вариант в IC1 стадий на гранулозноклетъчен тумор. При девойки в IC2 и IC3 стадий на тумори на стромалната полова връв и при млади жени в IC стадий трябва да се прилага адювантна химиотерапия. При повечето пациенти се прилагат 3–4 цикъла Цисплатина.

Лечение на напреднал стадий

Решението за оперативно лечение трябва да бъде взето от мултидисциплинарен екип. Препоръчва се химиотерапия. Най-често използваните схеми са BEP и PEI – най-малко 4 цикъла в зависимост от реакцията. При тумори на стромалната полова връв, ако е противопоказано прилагането на Цисплатина, то прилагането на Карбоплатина/Паклитаксел е опция. В случай на непълна първоначална макроскопска резекция в III стадий,

след химиотерапията следва да се направи нов опит за операция.

Лечение на рецидивите

Необходимостта и видът на лечение, включително химиотерапия и лъчетерапия, трябва да бъдат обсъдени от мултидисциплинарен екип. Лечението на рецидивиралата болест зависи от мястото на рецидива, разпространението, интервала без тумор, предишна терапия и хистологичен подтип. Повторната операция, насочена към максимална циторедукция, е най-добрият вариант за лечение на рецидивиралата болест. Допълнителни възможности за лечение, които трябва да се разглеждат за предпочитане в рамките на клиничните изпитанията, са хормоналната терапия и лечение, насочено към ангиогенезата, самостоятелно или в комбинация.

Проследяване

Проследяването включва гинекологични прегледи, изследване на туморни маркери и образни изследвания.

При проследяването се изисква:

- мониторинг на потенциалната токсичност в дългосрочен план (различни органи, ендокринна система, функция на слуха);
- минимум 10 години;
- туморни маркери, ако са били повишени при диагнозата;
- въпросниците за самоотчет, подходящи за възрастта, трябва да се използват за проверка на късните психологически ефекти.

При операции, запазващи фертилитета, проследяването е по-активно.

Пациентки с тумори на стромалната полова връв и установена DICER1 мутация трябва да бъдат скринирани и за други свързани заболявания, включително заболяване на щитовидната жлеза (мултинодуларна гуша и карцином на щитовидна жлеза).

Дребноклетъчен карцином на яйчника от хиперкалциемичен тип

Диагноза, хистопатология, стадиране и проследяване

Когато диагнозата се подозира преди операцията, предоперативното стадиране включва КАТ на корем (гръден кош, изследване на серумен СА-125, калций, хромогранин А и неврон специфична енолаза (NSE). Не е определена ролята на предоператив-

ния PET-CT. Оперативното лечение трябва да се извършва от екип, обучен в областта на лимфната дисекция и екстирпация на перитонеума. Хирургичният обем е по-обширен в сравнение с другите хистологични видове и епителния рак на яйчниците. Поставянето на диагноза може да се окаже трудно, като се имат предвид различните тумори с малки кръгли клетки. Имунохистохимията за SMARCA4 (BRG1) може да бъде изключително полезна, тъй като над 95% от тези неоплазми показват загуба на ядрена имунореактивност с този маркер, докато има задържане на ядрена имунореактивност в почти всички други хистологични видове. Двойната загуба на SMARCA4 (BRG1) и SMARCA2 (BRM) може да бъде полезна при диагностиката. Тъй като в значителна част от случаите е налична мутация на зародишна линия SMARCA4, понастоящем всички жени с дребноклетъчен карцином трябва да бъдат подложени на генетична консултация и SMARCA4 секвениране на зародишната линия. Ефикасността на редовните изследвания на корема с УЗИ и ЯМР и за SmarCA4 мутационните носители не са определени. Профилактичната оофоректомия следва да се обсъди при здрави момичета, носители на SMARCA4 мутации. Оптималната възраст за тази оофоректомия обаче не е определена.

Лечение на ранен стадий

Когато хистологичната диагноза е сигурна, хирургичното лечение включва хистеректомия и двустранна салпингектомия с перитонеално стадиране и пълна тазова и парааортна лимфаденектомия – дори и за пациенти в I стадий, защото прогнозата е лоша, има високи риск от екстраовариално разпространение на тумора и загуба на функцията на останалия яйчник след интензивното адювантно лечение. Не се препоръчва консервативен подход. Адювантна химиотерапия включва комбинации на Пла-

тина (обикновено, Цисплатина и Етопозид). Може да се обмисли включването на Паклитаксел в комбинация с Платина. Лъчетерапията може да се използва в мултимодален подход след химиотерапията, но ролята ѝ все още не е добре дефинирана. При пациенти без данни за заболяване след първоначалната химиотерапия може да се прилага по-интензивна химиотерапия, подкрепена със стволови клетки.

Лечение на напреднал стадий

Премахването на перитонеума заради разпространението на тумора (т.нар. debulking surgery), включително оментектомия, тазова и парааортна лимфаденектомия, се препоръчва като първоначална хирургия, ако е възможно да се постигне. В другите случаи операцията се препоръчва след провеждането на 3–6 цикъла химиотерапия. Препоръчват се шест цикъла на химиотерапия Платина/Етопозиди. При пациентки в пълна ремисия след първоначална операция и химиотерапия, последваща по-интензивна химиотерапия, подкрепена със стволови клетки, лъчетерапия за малкия таз може да се прилага.

Лечение на рецидивите

Няма стандартно лечение. Клиничните изпитвания с нови лекарства, съобразени с биологията на тумора, са силно препоръчителни.

Проследяване

Трябва да се предложи консултация за запазване на фертилността. Няма дефинирана стратегия за проследяване. Поради агресивното протичане на заболяването се препоръчва активно проследяване от мултидисциплинарен екип, като проследяването е съобразено със състоянието на пациентката, състоянието на болестта и наличните терапевтични ресурси.

Литература

1. [https://eacademy.esgo.org/pdfviewer/web/viewer.html?file=https%3A//eacademy.esgo.org/util/document_library%3Fdc_id%3D6402%26g_id%3D41%26vxc%3D/esgo/document_library%3Fdc_id%3D6402%26f%3Dlisting%253D3%252Abrowseby%253D8%252A%252Amedia%253D11%252Alabel%253D19912%252Afeatured%253D16231](https://eacademy.esgo.org/pdfviewer/web/viewer.html?file=https%3A//eacademy.esgo.org/util/document_library%3Fdc_id%3D6402%26g_id%3D41%26vxc%3D/esgo/document_library%3Fdc_id%3D6402%26f%3Dlisting%253D3%252Abrowseby%253D8%252A%252A%252Amedia%253D11%252Alabel%253D19912%252Afeatured%253D16231)

УСКОРЕНО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ СЛЕД ОПЕРАЦИЯ – ERAS (ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY)-КОНЦЕПЦИЯ, ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ И ЕЛЕМЕНТИ НА ПРОТОКОЛА В ОПЕРАТИВНАТА ГИНЕКОЛОГИЯ

Явор Корновски, Йонка Иванова

МУ-Варна ; МБАЛ „Св. Анна-Варна“ АД; Гинекологична клиника

Ускореното възстановяване след операция (ERAS-enhanced recovery after surgery) е система от мероприятия, които се прилагат основно периоперативно – непосредствено преди и по време на операция, както и в ранния следоперативен период. Тази система се прилага при отворени операции в различни специалности, включително в гинекологията. Целта на тези мероприятия и мерки е да се смекчи стресът от оперативната намеса върху функционирането на органите и системите и по този начин да се постигне по-бързо възстановяване, с по-малко усложнения, да направи периоперативните резултати сравними с тези от минимално инвазивните процедури. Въвеждането на ERAS протоколи в клиничната практика се налага в последните години в много центрове – основно в САЩ, но и в Европа, поради прякото повлияване от болничния престой, цената на здравната услуга и ползите за пациента, неговите близки и лекуващия го персонал. В доклада

са представени основните акценти на ERAS протоколите в оперативната гинекология, включително и онкогинекологията. Отделно е внимание на ползите за здравната система от придържането към тези протоколи в условията на глобална COVID-19 пандемия. Знанието ни за тези протоколи, базирани на доказателствената медицина, трябва да ни води към прилагането им в ежедневната практика. Най-важни остават практическото приложение и одит на отделните компоненти на ERAS. Докладването на резултати от прилагането на ERAS протоколи в различни клинични центрове ще обогати знанието и опита ни в областта на периоперативните грижи, продължителността на болничния престой, моделите на възстановяване при различни отворени операции, както и профила на усложненията. Всичко това би имало пряко отношение към цените на отделните здравни услуги и здравната система като цяло.

СТРАТИФИЦИРАНА МУЦИН-ПРОДУЦИРАЩА ИНТРАЕПИТЕЛНА ЛЕЗИЯ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Весела Иванова¹, Димитър Методиев²

¹Катедра по обща и клинична патология, МФ, МУ – София;

УМБАЛ „Александровска“ – София,

²Патохистологична лаборатория, МБАЛ „Надежда“ – Болница за женско здраве;

Лаборатория по невропатология, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“, София

Стратифицираната муцин-продуцираща интраепителна лезия (stratified mucin-producing intraepithelial lesion – SMILE) е рядка HPV-асоциирана преканцероза с произход от цервикалните резервни клетки, описана за първи път от Park et al. през 2000 г. SMILE се открива в 0,6% от биопсичните материали от маточната шийка, като показва морфологично сходство както със сквамозните интраепителни лезии (squamous intraepithelial lesions – SIL), така и с цервикал-

ния аденокарцином in situ (adenocarcinoma in situ – AIS). Според 4-та редакция на *Класификация на туморите на женски репродуктивни органи* на Световната здравна организация SMILE се определя като вариант на AIS. Въпреки това някои автори предлагат SMILE да се разглежда като отделен тип – аденоквамозна интраепителна лезия. Авторите дискутират детайлно хистологичната и имунохистохимичната картина на SMILE през призмата на собствен клиничен опит.

РЕДКИ ТУМОРИ НА МАТКАТА – КЛАСИФИКАЦИЯ, ДИАГНОЗА, ЕПИДЕМИОЛОГИЯ, ЛЕЧЕНИЕ

Явор Корновски¹, Весела Иванова², Димитър Методиев³, Йонка Иванова¹

¹МУ – Варна; МБАЛ „Св. Анна-Варна“ АД; Гинекологична клиника

²МУ – София, Катедра „Обща и клинична патология“,

УМБАЛ „Александровска“, Клиника по обща и клинична патология

³МБАЛ „Надежда“, Патохистологична лаборатория;

УМБАЛ „Св. Иван Рилски“, Лаборатория по патология

Редките тумори на матката се характеризират с агресивно протичане, висок метастатичен потенциал и се асоциират с лоша прогноза и неадекватно лечение. Ниската честота на тази патология предполага и недостатъчен опит при диагнозата, а оттам и непълно хирургично, както и комплексно лечение. Експертността на патоанатома е от първостепенно значение за поставяне на правилната диагноза. В настоящия доклад са разгледани класификацията, епидемиологията и лечението на следните злокачествени тумори на матката: сарком (лейомиосарком, ендометриален стромален сарком); смесени епително-мезенхимни тумори (карциносарком, аденосарком); тип 2 неендометриоиден ендометриален карцином – серозен, светлоклетъчен, муцинозен карцином на матката. Въпреки песимистичната прог-

ноза на тези тумори, хирургичното лечение е основно за повечето от тях, а парааорталната лимфна дисекция е неотменна част от това лечение.

Изводи:

1. Хирургичното лечение е основно и пръв избор за всички редки тумори на матката, като лимфната дисекция е задължителна.
2. Повечето проучвания са малки ретроспективни анализи.
3. Алгоритмите на лечение, основани на научни доказателства, са изведени от ретроспективни проучвания върху малък брой пациенти.
4. Квалификацията на хистопатолога и хистологичната диагноза са от съществено значение за лечението и прогнозата на редките тумори на матката.

ВЕНОЗЕН ТРОМБОЕМБОЛИЗЪМ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ЕНДОМЕТРИАЛЕН КАРЦИНОМ

Йорданка Ямакова¹, Неделина Куртелова², Росен Петков²

¹УСБАЛО, София,

²МБАЛББ „Света София“, София

При рак на ендометриума венозният тромбоемболизъм (ВТЕ) е едно от основните усложнения в следоперативния период или по време на курса на следоперативна терапия с честота между 9,8–57,1%.

Цел на презентацията: Да дискутира ВТЕ при пациенти с ендометриален карцином (ЕК): честотата и времето на изява, рисковите фактори, диагностиката и лечението.

Материал и методи: Анализ на литературните данни за проблема ВТЕ при пациенти с ЕК и представяне на клиничен случай.

Резултати: Стадият, видът на ЕК и непровеждането на лечение са независими рискови фактори за ВТЕ. Презентацията разглежда коморбидностите, които имат значение за ВТЕ. Повишен риск от тромбоемболично събитие има през първата година от диагностицирането на ЕК. При хемодинамично стабилни пациенти с ЕК и подозрение за ВТЕ диагностичният процес протича в 3 етапа:

– първи етап – оценка на клиничната ве-

роятност за ВТЕ. Основава се на анамнезата и клиничната симптоматика. Използват се стандартизираните системи Wells и Geneva;

– втори етап – D-димер тест. При пациентите с ЕК може да се използва и като предоперативен скрининг за откриване на „тих“ ВТЕ, чиято честота е около 9%;

– трети етап – образни диагностични методи: КТ пулмоангиография, вентилационно/перфузионна сцинтиграфия, ехокардиография, ултразвуково изследване на дълбоки вени, торакален ултразвук.

Акцент на презентацията е алгоритъмът на поведение при онкологични пациенти с ВТЕ. Той се изгражда на базата на клиничната оценка, диагнозата, оценката на риска, лечението и оценката на клиничния ход при пациенти с ЕК.

Заклучение: Високата честота на ВТЕ при пациенти с ЕК изисква добро познаване на проблема, своевременно диагностициране и лечение.

ДОКЛАДИ

ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ АВАНСИРАЛ ОВАРИАЛЕН КАРЦИНОМ – СЪВРЕМЕННИ АСПЕКТИ. BRAC 1 И BRAC 2 МУТАЦИИ ПРИ БОЛНИ С КАРЦИНОМ НА ЯЙЧНИКА

Г. Чакалова

Клиника по гинекология, УСБАЛО

Увод: При злокачествени тумори на яйчника са установени мутации в BRAC гените при около 20%–25% от болните, като се наблюдават предимно при болни с нискодиференциран серозен карцином. Настъпи промяна на терапевтичния стандарт в лечението на авансиран овариален карцином и при установени BRAC мутации може да се оптимизира лечението. Поставихме си за цел да проучим честотата на BRAC мутациите при болни с различни хистологични видове на злокачествени тумори на яйчника.

Материали и методи: Изследвани са BRAC 1 и BRAC 2 мутациите при 27 поредни болни, оперирани в клиниката по гинекология на УСБАЛО. Разпределението по стадии е както следва: I стадий – 5 болни (IA – 3 болни и IC – 2 болни), II A стадий – 1 болна, III стадий – 19 болни (IIIA – 1 болна и IIIC – 18 болни), и IVB стадий – 2 болни. При 4 болни са установени метастази в тазовите ЛВ. Според хистологичния вид на тумора болните са разпределени, както следва: нискодиференциран серозен аденокарцином – 13 болни, нискодиференциран аденокарцином – 11 болни, муцинозен карцином – 1 болна, светлоклетъчен карцином – 1 болна, и малигнен Бренеров тумор – 1 болна. Изследването за BRAC мутации е извършено на тъканен ма-

териал в лаборатория *TopGene*, Китай.

Резултати: При 10 болни (37%) са установени BRAC мутации, а при 17 болни (63%) не са установени. При 1 пациентка са установени и BRAC 1, и BRAC 2 мутации. От изследваните 54 проби за BRAC 1 и BRAC 2 мутации в 11 проби (20%) за установени мутации, а в 43 проби (80%) не са установени мутации. BRAC 1 мутации са установени при 6 болни (22%) и не са установени при 21 болни (78%), а BRAC 2 мутации са установени при 5 болни (18%) и не са установени при 22 болни (82%).

От 10 болни с BRAC мутации 8 са в IIIC стадий (при 1 болна са установени и двете мутации), 1 в IA стадий и 1 в IC стадий. От 10 болни с BRAC мутации, 6 са със серозен карцином (при 1 болна са установени и двете мутации), 3 са с аденокарцином и 1 със светлоклетъчен рак.

Изводи: Получените от нас данни показват, че честотата на BRAC 1 и BRAC 2 мутациите е еднаква и се наблюдава при повече от 1/3 от болните.

Преобладават болните с нискодиференциран серозен карцином и тези в IIIC стадий.

Изследването за BRAC мутации трябва да се насърчава, защото оптимизира лечението на болни с рак на яйчника.

ПРОУЧВАНЕ ДИАГНОСТИЧНИТЕ И ТЕРАПЕВТИЧНИТЕ ВЪЗМОЖНОСТИ НА ЕЛЕКТРОБРИМКОВАТА ЕКСЦИЗИЯ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

*Св. Славов, Б. Славчев, С. Кедикова, Е. Тюфекчиева, Цв. Попова, Н. Петракиева
I-ва гинекологична клиника, СБАЛАГ „Майчин дом“ ЕАД*

Електробримкова ексцизия на маточната шийка е един от най-съвременните терапевтични методи в борбата с предраковите изменения на маточната шийка. Техниката има клинично приложение повече от 20 години и се налага като бърз, технически лесно приложим и ефективен метод. Независимо от това, твърде силно все още е застъпено приложението на класическия подход – конизация на маточната шийка. Това налага необходимостта от разработване и предоставяне на все повече доказателства за предимствата на електробримковата ексцизия за лечение на предраковите изменения, с което тя се явява и ефективно средство за вторична профилактика на рака на маточната шийка.

За да се оценят предимствата и недостатъците на електробримковата ексцизия на МШ, сравнени с класическата конизация, се проведе ретроспективно и проспективно клинично проучване за периода 2012–2015 година, обхващащо пациентки на възраст между 10–69 години. Участниците в проучването се разделиха в две основни групи: гр.1 – LLETZ – 552 жени, и гр.2 – Conisatio – 200 жени (141 със сепарирано абразио по време на конизацията). Приложиха се следните диагностични методи: гинекологичен преглед, цитонамазка, колпоскопия, насочена биопсия и хистопатологично изследване. Конизациите бяха извършени в I-ва гинекологична клиника на СБАЛАГ „Майчин дом“, а LLETZ процедурите – в МЦ „Д-р Божидар Славчев“.

Анализирахме здравния статус на пациентките и проучихме състоянието на епитела на маточната шийка при обособените групи пациентки. Проучихме и сравнихме диагностичните и терапевтичните възможности на двете ексцизионни техники и оценихме диагностичната стойност на сепарирания пробен кюретаж, извършван по време на класическа конизация.

Данните са въведени и обработени със статистическия пакет IBM SPSS Statistics 22.0. За ниво на значимост, при което се отхвърля нулевата хипотеза, бе прието $p < 0.05$.

По отношение анализ на здравното съ-

стояние на изследваните групи се оказва, че най-високата честота на ексцизионни техники е в третата и четвъртата декада от живота.

Във връзка с предоперативното състояние на епитела при обособените групи пациентки се оказва, че е статистически значимо по-висок делът на по-нискостепенните изменения в групата с LLETZ.

Сравнявайки диагностичната стойност на методите LLETZ и конизация, настоящото проучване стига до извода, че те са напълно сравними.

По отношение на терапевтичния ефект на разглежданите процедури в проучването се установи, че LLETZ се свързва с по-нисък процент на остатъчна болест и персистенция в сравнение с конизацията.

Разглеждайки резултатите от сепарирано пробно абразио, съпътстващо оперативната конизация, се оказва, че последното е напълно лишено от клинична стойност.

По отношение влиянието на оперативната техника върху близките и далечните терапевтични резултати в двете групи се оказва, че тя няма значение за ефективността на процедурите – както за LLETZ, така и за конизация.

Въпреки липсата на статистическа представителност, възрастта на пациентките и тежестта на епителните изменения се оказваха най-съществените предиктивни фактори за персистенция на CIN след ексцизионна терапия на маточната шийка.

Като цяло от резултатите на настоящото проучване може да се заключи, че LLETZ е надежден, високоефективен и безопасен метод за лечение на CIN.

Някои автори все още препоръчват конизацията като метод на избор в случаите, когато зоната на трансформация е разположена в цервикалния канал и е недостъпна за оглед, както и когато се подозира инвазивен процес или жлезиста интраепителна неоплазия.

Недвусмислено е становището, че конизацията се асоциира с повишен морбиден риск в сравнение с други методи на терапия, осо-

бено що се отнася до акушерските последици.

Предвид добре известните практически условия за извършване на класическа конизация, свързани с болничен престой, осигуряване на операционна зала с оперативен

екип от квалифициран персонал и не малък набор инструменти и пособия правят LLETZ все по-предпочитана методика като съвременен диагностичен и терапевтичен избор при лечение на CIN.

СЛУЧАЙ НА БЪРЗО РЕЦИДИВИРАЩ ТУМОР НА ВУЛВАТА

Г. Чакалова
УСБАЛО

Представен е случай на пациентка на 72 години с диагноза Карцином на вулвата T2NxM0 (лява лабия), оперирана в КОЦ на 22. 04. 2016 г., като е направена радикална вулвектомия. Хистологичен резултат № 5980-82 от 25. 04. 2016 г. – недиференциран спиноцелуларен карцином. Следоперативно е провела перкутанна лъчетерапия само 40 Gr за лява ингвинална област. На 25. 02. 2020 г. е оперирана в КОЦ заради локален рецидив в областта на интроитус вагине, като е извършена екстирпация на рецидива. Хистологичен резултат № 2447-2450 от 04. 03. 2020 г. – умерено диференциран плоскоклетъчен карцином с вретеновидно клетъчна диференциация. ИХХ – р63 – позитивен (+), Цитокератин АЕ1/АЕ3 – негативен (-), Дезмин – негативен (-). Решение на онкологичен комитет № 2956 от 06. 03. 2020 – за диспансерно наблюдение и КАТ. От направения КАТ на 24. 03. 2020 г. се установява персистенция на туморния процес в областта на влагалището и е насочена към УСБАЛО. При постъпването гинекологичният преглед показва: ВПО – състояние след радикална вулвектомия. В долната 1/3 на влагалището по задната стена и латерално вляво се палпира туморна лезия с размери 5x6 см. ПВКУ – гладко, матката не е уголемена, аднекси – б.о. Решение на онкологичен комитет № 1847 от 02. 04. 2020 г. – подлежи на оперативно лечение. На 06 .04. 2020 г. болната беше оперирана, като се направи радикално отстраняване на тумора на влагалището с резекция на ректума. Хистологичен резултат № 7076-77 от 07. 04. 2020 г. – недиференциран плоскоклетъчен карцином. На 14. 04. 2020 г. болната беше изписана без персистенция на туморния процес и възстановен чревен пасаж. Решение на онкологичен комитет № 1975 от 13. 04. 2020 г. – подлежи на диспансерно наблюдение. На 04. 05. 2020 г. пациентката се явява на контролен преглед с оплакване от болки, кървене и фебрилитет. Гинекологичният преглед показва: ВПО –

състояние след радикална вулвектомия – туморна формация вляво с размери 13x6 см, достигаща и инфилтрираща сфинктер ани и преминаваща към долната 1/3 на влагалището по задната стена и латерално вляво. Туморът е в разпад, кърви спонтанно, а при допир, кървенето се засилва. Решение на онкологичен комитет № 2220 от 04. 05. 2020 г. – подлежи на лъчелечение с хемостатична цел. Hb – 115. Болната е хоспитализана на 05. 05. 2020 г. за провеждане на лъчетерапия 5 x 4 Gr. От направеният КАТ на 05. 05. 2020 г. се установява персистенция на туморния процес в областта на вулвата и влагалището с инфилтрация на ануса. Заради фебрилитет (38°C) и левкоцитоза (30 000) е включено антибиотично лечение. Поради нехарактерните за спиноцелуларен карцином бърза прогресия на тумора и макроскопския му вид, се поиска ревизия на последните хистологични препарати. Ревизия на хистологични препарати № 7076-77 от 07. 04. 2020 г. – материал от влагалище – инфилтрация от карциносарком. От направената ИХХ: SMA – позитивен (+), Цитокератин АЕ1/АЕ3 – огнищно позитивен (+), Дезмин – негативен (-), Ег – негативен (-), S100 – негативен (-). С потвърждаването на карциносарком с ИХХ се обясниха бързите рецидиви на тумора. Лечебен ефект от проведената лъчетерапия с последваща химиотерапия при този хистологичен вид не следва да се очаква. Болната беше консултирана с хирург и се взе решение след приключване на лъчелечението с хемостатична цел да се пристъпи към задна екзентерация. Пациентката приключи ЛТ на 12. 05. 2020 г., като реализира 5x4 Gr. Пациентката категорично отказа предложеното ѝ оперативно лечение – задна екзентерация, и беше изписана. Пациентката почина на 14. 05. 2020 г.

Представеният случай показва трудната хистологична диагноза на редките злокачествени тумори на вулвата и бързото развитие на карциносарком на вулвата.

ПСИХИЧНО ФУНКЦИОНИРАНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ОНКОЛОГИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ

А. Милушева

УСБАЛ по онкология, София

Най-точната концепция за качеството на живот като ключов фактор е взаимодействието на лекаря и пациента и се характеризира с добре познатия принцип: **„Необходимо е да се лекува не болестта, а пациента“**, формулиран от Хипократ.

Психосоматиката е специфично научно и медицинско направление, което установява връзката между душевните преживявания и реакциите на организма. Появата и развитието на заболявания са силно повлияни от стресови състояния. Наличието на психо-хормонални и психо-вегетативни връзки в случай на соматична патология е доказан факт.

В многобройни психосоматични проучвания на пациенти с рак е показана връзката на емоциите, централната нервна и имунната система.

Смята се, че определен процент на предразположеност към развитие на болестите са наследствени, но експертите трябва да вземат предвид ефекта на стреса. Ракът е мултифакторно заболяване и може би причините за нарастващия тумор са именно от психичен характер.

Често ракът показва, че някъде в живота

на човек е имало нерешени проблеми, които се засилват или усложняват поради поредица от стресови ситуации, възникнали от шест месеца до година и половина преди появата на рака. Типична реакция на пациент с рак на тези проблеми и стресове е усещането за безпомощност, отказ от борба. Тази емоционална реакция води до задействане на поредица от физиологични процеси, които потискат естествените защитни механизми на организма и създават условия за появата и развитието на тумор.

Множество значими изследвания през последните две десетилетия излагат данни, потвърждаващи връзката между онкологичните заболявания и психологичните фактори, като установяват три основни закономерности:

1. Началото на болестта съвпада по време със значими травмиращи събития в живота на индивида;
2. Лечението на онкологичното заболяване е стресогенно;
3. Личностните модели за справяне по време на лечението повлияват не само качеството на живот на пациента, но и на прогнозата.

ИНВАЗИВЕН СТРАТИФИЦИРАН МУЦИН-ПРОДУЦИРАЩ КАРЦИНОМ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА: ПРЕДСТАВЯНЕ НА СЛУЧАЙ И ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРАТА

Димитър Методиев¹, Весела Иванова²

¹Патохистологична лаборатория, МБАЛ „Надежда“ – Болница за женско здраве;
Лаборатория по невропатология, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“, София,

²Катедра по обща и клинична патология, МФ, МУ, София;
УМБАЛ „Александровска“, София

Съвременни проучвания показват, че ембрионални клетки от зоната на трансформация, претърпели HPV-асоцирана канцерогенеза, могат да дадат начало на високостепенна интраепителна лезия на маточната шийка, наречена стратифицирана муцин-продуцираща интраепителна лезия (stratified mucin-producing intraepithelial lesion – SMILE). Появяват се и научни съобщения за инвазивен цервикален карцином със сходни на SMILE морфологични характеристики. Lastra et al. предлагат наименованието „инвазивен стратифициран муцин-продуциращ карцином“ (invasive stratified mucin-producing carcinoma – ISMC) и класифицирането му като „нов“, отделен хистологичен субтип цервикален карцином.

Авторите представят случай на 39-годишна пациентка с карцином на маточната шийка, демонстриращ хистологични белези на ISMC, съчетан със SMILE. Клинично карциномът е с агресивен, летален биологичен ход, с множествени метастатични лезии, включително на необичайни за цервикален рак локализации – панкреас, щитовидна и околощитовидни жлези. Акцент е поставен върху възможната връзка SMILE–ISMC. Дискутират се сходните морфологични характеристики и идентичният имунохистохимичен профил между двете лезии. Обсъждат се диференциално-диагностични аспекти на ISMC с други редки хистологични форми на карцином на маточната шийка.

ДИАГНОСТИЧНИ ЗАТРУДНЕНИЯ НА ОВАРИАЛЕН КАРЦИНОМ ПРИ ПАЦИЕНТКИ С ЧЕРНОДРОБНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ – ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР С ПРИНОС НА ДВА КЛИНИЧНИ СЛУЧАЯ

А. Гановска, С. Ковачев

Клиника по обща и онкологична гинекология, Военномедицинска академия – София

Ракът на яйчника е често срещано гинекологично заболяване и заема второ място сред гинекологичните тумори. Преживяемостта и прогнозата за пациента се определят от стадия на заболяването. Място в диагностиката и лечението на овариалния карцином има туморен маркер СА 125. Независимо от това СА 125 не е специфичен маркер за овариалните карциноми, тъй като може да бъде повишен при редица доброкачествени и злокачествени заболявания. Диагностични затруднения се появяват при пациентки с декомпенсирана чернодробна недостатъчност.

Представяме два клинични случая на пациентки с различни заболявания и повишени стойности на СА 125. При първия клиничен случай се касае за пациентка с асцит и повишени туморни маркери с декомпенсирана

чернодробна недостатъчност, при която при подготовка за чернодробна трансплантация се установи карцином на яйчника. Вторият клиничен случай е на пациентка с повишени туморни маркери, асцит и съмнение за овариален карцином, но след диагностична лапароскопия се установи макронодуларна чернодробна цироза с неясна етиология.

Повишените стойности на СА 125 и наличието на асцитна течност при пациенти с хронично чернодробно заболяване и декомпенсирана чернодробна функция водят до затруднения при диагностицирането на евентуално съпътстващ овариален злокачествен процес.

Необходим е мултидисциплинарен подход при тези пациенти с цел постигане на оптимални резултати както в диагностиката, така и в лечението на основното заболяване.

ЧЕСТОТА, ЛИМФНО И ЛОКАЛНО РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА СЕРОЗЕН ЕНДОМЕТРИАЛЕН КАРЦИНОМ – РЕТРОСПЕКТИВНО ИЗСЛЕДВАНЕ

С. Ковачев, А. Стойчева, С. Гицова, А. Гановска, В. Николова

Клиника по обща и онкологична гинекология – Военномедицинска академия, София

Серозният рак е рядък хистологичен подвид на рака на ендометриума. Той представлява само 10% от новодиагностицираните ендометриални карциноми, но е причина за повече от една трета от рецидивите и 40% от смъртните случаи, свързани с рак на ендометриума. Целта на това изследване е да установи честотата, лимфното и локалното разпространение на серозен ендометриален рак.

Материал и методи. Изследването е еднотрансно и ретроспективно за периода 2014–2019 г. и включва 123 жени с ендометриален карцином в FIGO – I до IV стадий, установен клинично, хистологично и с образни изследвания, възраст – 39–84 г. При всички пациентки е проведено хирургично лечение: радикална хистеректомия тип В или С, тазова лимфна дисекция с или без парааортална лимфна дисекция. Използвани са данните от историята на заболяването на пациентките, оперативните протоколи и хистологичните резултати, достъпни в болничната електронна система. След определяне честотата на хистологичните подтипове в изследването останаха само пациентки с 2 хистологични типа ендометриален карцином: аденокарцином и серозен карцином. Техните резултати бяха обработени и сравнени.

Резултати. От 123 (100%) с ендометриален карцином включени в изследването хистологично с аденокарцином са 106/86,2%, серозен карцином 9/7,3%, карциносарком 4/3,3%, светлоклетъчен 4/3,3% и с плоскоклетъчен – 0/0%. В изследването оста-

наха и бяха обработени резултатите на 115 (100%) жени: n-106/92,2% с аденокарцином и n-9/7,8% със серозен карцином. При тези пациентки са извършени 8 радикални хистеректомии тип В1, 80 тип В2, 4 тип С1 и 23 тип С2. В групата жени с аденокарцином са извършени 95 тазови и 11 тазови и парааортални лимфни дисекции, респективно при тези със серозен карцином – 1 тазова и 8 тазови и парааортални. При пациентките с аденокарцином лимфни метастази няма при 90/78,3%, само тазови се откриват при 9/7,8%, тазови и парааортални при 7/6,1%. В групата на серозния рак лимфни метастази нямат 2/1,7%, тазови имат 4/3,5%, тазови и парааортални – 2/1,7%, и само парааортални – 1/0,9%. Открива се статистически значима (< 0.00001) разлика по отношение на лимфните метастази на двата хистологични типа ендометриален карцином. Локално разпространение извън маточната кухина се открива при 24/20,9% от жените с аденокарцином и при 6/5,2% от тези със серозен. Открива се статистически значима ($p = 0.003881$) разлика по отношение на локалното разпространение на двата хистологични типа ендометриален карцином.

Заклучение

Установената от нас честота на серозен ендометриален рак от 7,3% е по-ниска от световната такава. Пациентките със серозен ендометриален рак имат статистически значими по-често лимфни метастази и локално разпространение в сравнение с тези с ендометриален аденокарцином

ERAS (ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY) СИСТЕМАТА И НЕЙНОТО ПРИЛАГАНЕ (ОДИТ) ПРИ ОТВОРЕНА ГИНЕКОЛОГИЧНА ХИРУРГИЯ – ПЪРВИ РЕЗУЛТАТИ ОТ НАШЕ ПРОСПЕКТИВНО ПРОУЧВАНЕ

Йонка Иванова, Явор Корновски

МУ – Варна ; МБАЛ „Св. Анна – Варна“ АД, Гинекологична клиника

Цел: Да се проучи приложимостта на ERAS програмата и времето за постигане на пълно функционално възстановяване на пациенти след отворена гинекологична хирургия, както и да се представи нашият първи опит с прилагането на ERAS протоколи в ежедневната гинекологична оперативна дейност.

Клиничен контингент: От 01. 07. 2020 г. започна проспективно проучване за приложимостта на ERAS протоколи в гинекологията и създаване на модели за следоперативно възстановяване в Гинекологична клиника на МБАЛ „Св. Анна – Варна“ АД. За периода 01. 07–31. 07. 2020 г. бяха включени 10 пациенти, подложени на отворена хирургия, оперирани по протоколи ERAS.

Пациентите са със следните диагнози: myoma uteri-5; ca endometrii-2; kysta ovarii-2; ca ovarii-1. Видовете операции са следните: LHT sine adnexes bill-2; LHT cum adnexes bill-5; LHT cum adnexis sin-1; LHR class II cum adnexes bill et lymphonoductectomia paraaortalis-1; LHR class III cum adnexes bill et lymphonoductectomia pelvis et paraaortalis. Видовете лапаротомия са, както следва: срединна лапаротомия – 9; лапаротомия a modo Pfannenstiel-1

Методи: Приложени и описани са всички мероприятия, включени в протоколите на ERAS в гинекологията. Тези процедури касаят деня преди операцията, деня на операцията (Д 0) и първите 3 следоперативни дни. Отчитат се следните показатели: болка, гадене, повръщане, ранно раздвижване, перорален прием на течности, Hb, кръвна захар, хемоперитонеум, фебрилитет, усложнения на оперативната рана (хематом, абсцес, де-

хисценция), нарушен чревен пасаж (субилеус, илеус). За всеки един пациент е създадена карта за проучване, отчитаща различните показатели в различните дни в периоперативния период.

Резултати: В деня на операцията (Д0) отчитането на болката (по скалата 0-10) показва: 0 – 9 пациенти, 3 – 1 пациентка; гадене – 1 пациентка (10%); повръщане – 1 (10%), ранно раздвижване – 10 (100%); перорален прием на течности – 10 (100%), хемоперитонеум – 0 ; Hb-разликата от изходния и следоперативния варира от 1 до 16 единици, а следоперативният Hb варира от 101 до 139; разликата в кръвна захар (преди и след операция) е в посока хипергликемия и варира от 0,86 до 7,14, а следоперативната кръвна захар е от 4,81 до 13,84. В първи следоперативен ден (Д1) болката е отчетена като 0 (по скалата 0–10) за всички 10 пациенти; възстановен чревен пасаж – 10 (100%); двигателна активност – 10 (100%), перорален прием на течности (1–1,5 л) – 10 (100%); захранване (диета 1) – 10 (100%), хемоперитонеум – 0; фебрилитет (37,5) – 1 (10%). Втори и трети следоперативен ден (Д2 и Д3): фебрилитет (>37,8)-0; усложнения на оперативната рана – 0; нарушен чревен пасаж – 0; двигателна активност – 10; болка „0“ – 10.

Изводи: Началните резултати от въвеждането на ERAS системата при пациенти, подлежащи на отворени гинекологични операции, са обнадеждаващи и показват модели на бързо и неусложнено възстановяване. Прилагането на отделните елементи и мероприятия на протоколите изисква строг контрол, одит и отчитане на показателите.

РЯДЪК СЛУЧАЙ НА КАРЦИНОСАРКОМ НА ЯЙЧНИК С МАСИВНО ЛИМФОГЕННО МЕТАСТАЗИРАНЕ

Явор Корновски¹, Стоян Костов², Станислав Стоилов², Йонка Иванова¹,
Станислав Славчев¹, Екатерина Трендафилова¹, Деян Дженков³

¹ МУ – Варна ; МБАЛ „Св. Анна – Варна“ АД; Гинекологична клиника

² МБАЛ „Св. Анна – Варна“ АД; Гинекологична клиника

³ МУ – Варна; УМБАЛ „Св. Марина“, Клиника по обща и клинична патология

Представен е случай на 53-годишна жена без придружаващи заболявания и запазено общо състояние с двустранни кисти на яйчниците, суспектни за малигнени и без данни за асцит.

Интраоперативно освен кистозните яйчникови формации се установиха обемни пакети парааортални лимфни възли, плътно срастнали с долна празна вена, коремна аорта, долна мезентериална артерия и превертебралната фасция. Експресната хистология доказа диагнозата яйчников карцином, която по-късно на траен препарат бе уточнена като карциносарком на яйчник и липса на туморни клетки в перитонеалния смив. Единствената проява на авансирания процес бе ретроперитонеалната лимфогенна дисеминация. Извърши се екстирпация на всички лимфни пакети, като се лигира а. mesenterica inf, лява и дясна овариална вена се лигираха при вливането им съответно в долна празна вена и лява ренална вена. Интраоперативно настъпи лезия на v. cava

inferior, която се заши с бавно резурбируем конец 4/0. Ранният следоперативен период протече гладко, но след 15-ия ден се наложи рехоспитализация по повод усложнения, които по-късно бяха овладени.

Изводи: Образните методи на диагноза като ЯМР на малък таз могат да пропуснат изолирана парааортална патология. При клиничен I или II стадий карцином на яйчника е много важно, освен перитонеална, да се извърши и ретроперитонеална инспекция и стадиране. При III–IV стадий овариален карцином първичната хирургия без остатъчен тумор се асоциира с най-голяма преживяемост. Този тип екстензивна хирургия води до висока честота на усложнения (интра- и следоперативни) и трябва да се извършва при млади (<60 г.) и физически добре подготвени и здрави пациенти, както и в специализирани центрове с добре обучени и подготвени екипи. Изолираната масивна ретроперитонеална дисеминация може да е проява на рядък яйчников тумор.

СКАЛПЕЛНА КОНИЗАЦИЯ ПРИ БРЕМЕННОСТ II ТРИМЕСТЪР И КАРЦИНОМ НА ШИЙКАТА – ПРИНОС С ЕДИН СЛУЧАЙ

Явор Корновски¹, Станислав Стоилов², Павел Добрев³, Йонка Иванова¹,
Екатерина Трендафилова¹, Стоян Костов², Станислав Славчев¹

¹ МУ – Варна; МБАЛ „Св. Анна – Варна“ АД; Гинекологична клиника

² МБАЛ „Св. Анна – Варна“ АД; Гинекологична клиника

³ КОЦ – Бургас, Онкогинекологично отделение

Представен е случай на 33-годишна пациентка, мултипара, бременна в 13–14 г. с. и с желание за запазване на бременността. Пациентката е с поставена диагноза са *colli uteri in situ* с вътрежлезно ангажиране след прицелна биопсия по повод абнормна цитонамазка. На колпоскопия се установява тежък атипизъм (HGSIL), навлизащ в цервикалния канал, при което не може да се изключи инвазия. На УЗД се установява плод с нормална морфология и сърдечна дейност в 14 г. с.; дължина на цервикалния канал 38 мм. Извърши се скалпелна конизация с предварително наложен серклаген конец по Mc Donald, след която конецът се затегна.

Конизацията по време на бременност е рискована операция, която може да се усложни с неовладяемо кръвотечение и опасност от инфекция, хориоамнионит, преждевременно пукане на околоплодния мехур както в ран-

ния следоперативен период, така и по-късно и да доведе до аборт или преждевременно раждане.

Тази процедура в условия на бременност е оправдана и индицирана като диагностична за определяне на инвазия в случаите, когато чрез колпоскопия или биопсия не може да се изключи инвазивен карцином. Според ръководството на БДАГ съвместно с БАОГ конизацията по време на бременност се съчетава с едновременно налагане на серклаг по Mc Donald. Оптималният срок за тези процедури е II-ри триместър.

Случаят е демонстративен за ролята и значението на колпоскопията за определяне на лечебната тактика при бременни с абнормна цитология, както и за приложимостта на конизацията и цервикалния серклаг в една манипулация при бременни, суспектни за инвазивен карцином.

КАРЦИНОМ НА ВУЛВАТА – II СТАДИЙ ПО FIGO – ШИРОКА, ЛОКАЛНА ЕКСЦИЗИЯ, РЕЗЕКЦИЯ НА УРЕТРА И ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ДЕФЕКТА – НАША МОДИФИКАЦИЯ

Явор Корновски¹, Станислав Стоилов², Никола Дончев³, Йонка Иванова¹,
Стоян Костов², Станислав Славчев¹, Екатерина Трендафилова¹

¹ МУ – Варна; МБАЛ „Св. Анна – Варна“ АД; Гинекологична клиника

² МБАЛ „Св. Анна – Варна“ АД; Гинекологична клиника

³ МУ – София, студент, стажант-лекар

Карциномът на вулвата засяга предимно жени в напреднала и старческа възраст, разпространява се бързо – както локорегионално, така и лимфогенно. Предвид възрастта на пациентите и спецификата на туморна локализация върху ВПО пациентите дълго време игнорират или се срамуват да споделят проблема си и това води до засягане на важни анатомични структури, разположени на ограничено пространство, близо една до друга (влагалище, анус, уретра). Засягането на тези органи от туморния растеж е причина в голяма част от случаите диагнозата да се поставя в II-III стадий по FIGO. От друга страна, напредналата възраст, коморбидността, нарушения нутритивен статус и спецификата на локалния статус (менопауза, атрофия, условия за бактериална контаминация) обуславят трудното зарастване на оперативната рана. Не на последно място, за да се получи адекватна от онкологична гледна точка радикалност, особено при големи тумори се отварят големи дефекти, за чието зарастване се изисква използване на кожа и подкожие по съседство като пластичен материал. Към сложността на хирургичното лечение при голяма част от случаите се прибавя и резекцията на дисталната

уретра с цел осигуряване на поне 2 см отстояние на резекционната линия от тумора. Всички тези фактори в съвкупност правят оперативното лечение на карцинома на вулвата голямо предизвикателство и изискват специфични грижи както при подготовката за операция, така и в следоперативния период. Във връзка с гореизложеното ще представим случай на локално авансират рак на вулвата при 73-годишна жена. Пациентката е подготвена за операция с антикоагуланти и протеинови добавки, представени са основни моменти от радикалността на хирургичната намеса, включително резекция на уретрата. Първичното и неусложнено зарастване на раната зависят от два фактора: шевове между влагалище и кожа да са без напрежение (tension-free) и да се избегне контаминация от урина или фекалии, както и от вторична бактериална флора, развиваща се в условия на атрофичен вулвовагинит и нарушена киселинност на влагалището. С цел по-бързо и неусложнено зарастване на оперативната рана е представена наша модификация с използване на кожа, при което кожно-влагалищните шевове се затягат без напрежение. Представена е и спецификата на следоперативните грижи за раната.

ИНТРАОПЕРАТИВНА КОНСУЛТАЦИЯ (ГЕФРИР) В ГИНЕКОЛОГИЧНА ПАТОЛОГИЯ – ИНДИКАЦИИ, МЕТОДИ, ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА

С. Бачурска

Клиника по обща и клинична патология, УСБАЛО – София

Основната цел на интраоперативна консултация (гефрир) в гинекологична патология е установяване или потвърждаване на диагноза по време на операцията, както и определяне на степента на заболяването, за съдействие на хирурга при определяне на оптимален хирургичен подход.

Тази разработка разглежда основните

индикации за гефрир в областта на гинекологична патология и описва как да се обработят материали, за да се получат оптимални резултати. В допълнение са обобщени и описани диагностични предизвикателства и спомагателни тестове, свързани с интраоперативна консултация при гинекологична патология.

СЛУЧАЙ НА САРКОМ НА МАТКАТА И РАК НА АПЕНДИКСА – СПТМ

Проф. Г. Чакалова¹, Е. Ангелова²

¹ Клиника по гинекология,

² Клиника по коремна хирургия, УСБАЛО

Първичната туморна множественост (ПТМ) е често срещана при болни с рак на яйчника и рак на ендометриума, от една страна, и рак на млечната жлеза и рак на дебелото черво, от друга. Обикновено тя е метакромна (МПТМ). Синхронната първична туморна множественост (СПТМ) е значително по-рядко срещана, тъй като рядко се диагностират едновременно два различни тумора на два различни органа.

Представен е случай на болна на 71 години, постъпила в клиниката по гинекология на УСБАЛО за оперативно лечение след решение на онкологичен комитет с хистологично доказан ниско диференциран аденокарцином на ендометриума. На 03. 08. 2020 г. е оперирана. Интраоперативно се установи уголемена матка колкото м. л. 2, нормални аднекси и туморна формация в областта на апендикса с диаметър 6 см. Беше извършена радикална хистеректомия с аднексите с двустранна тазова лимфна дисекция и апендектомия.

Хистологичен резултат 20/14509 – 04. 08.

2020 г. – стена на апендикс с огнищна инфилтрация от аденокарцином; първичен карцином на апендикса с мукоцеле; влагалище – б. о.; маточна шийка – б. о.; матка с лейомиом; тумор – инфилтрация до ½ от маточното тяло от анапластичен стромален сарком; леви и десни аднекси – б. о.; тазови лимфни възли вляво – 9 бр. с хроничен лимфаденит; тазови лимфни възли вдясно – 6 бр. с хроничен лимфаденит. Болната беше стадирана като T1N0M0 по отношение на саркома на матката и T1NxM0 по отношение на рака на апендикса. Следоперативния период протече гладко. Болната беше изписана с решение № 4366 от 17. 08. 2020 г. на онкологичен комитет за провеждане на адювантна химиотерапия с Епирубицин и Ифосфамид. В процеса на проследяване на онкогинекологичното заболяване следва да се проследява и с Ca 19-9 за рака на апендикса. Прогнозата за пациентката е лоша. В достъпната литература не установихме съобщение за друг случай на СПТМ на сарком на матката с рак на апендикса.

ЗАБАВЕНА ОПЕРАЦИЯ ЗА МЕТАСТАЗИ В ЛИМФНИ ВЪЗЛИ ОТ КАРЦИНОМ НА ЕНДОМЕТРИУМА

Г. Чакалова, П. Костова, Р. Стоянов
Клиника по гинекология, УСБАЛО

Увод: Лечението на рак на ендометриума е оперативно, като обемът на операция е тотална хистеректомия с аднексите и тазова-парааортална лимфна дисекция. Лимфна дисекция може да не се прави само при болни с нисък риск за рецидив (болни в 1А стадий с високо диференциран ендометриоден карцином). Адювантната лъчетерапия също се определя в зависимост от степента на риск.

Представяме болна на 57 години на която през март 2017 г. в друго лечебно заведение е направено абразно с хистологичен резултат № 891 – 30. 03. 2017 г. – умерено диференциран папиларен аденокарцином. След решение на онкологичен комитет е оперирана в същото лечебно заведение на 04. 05. 2017 г., като е направена тотална хистеректомия с аднексите. Хистологичен резултат № 1222 – 04. 05. 2017 г. – умерено диференциран ендометриоден аденокарцином с инфилтрация с повече от $\frac{1}{2}$ на миометриума; лейомиом; маточна шийка – хроничен цервицит; аднекси двустранно – б. о. Болната е стадирана като T1cN0M0 – I стадий. На онкологичен комитет № 14 от 09. 05. 2020 г. е решена за провеждането на съчетана перкутанна и интравагинална брахитерапия. От 20. 06. 2017 г. до 25. 07. 2017 г. е провела интравагинална брахитерапия 6 x 5 Gr. Заради обострен улцерозен колит е взето решение да не се провежда перкутанната лъчетерапия. През юли 2018 г. болната е оперирана заради карцином на пикочния мехур, като е направен ТУ ТУР. Хистологичен резултат № 7017 – 04. 07. 2018 г. – вилозен аденокарцином на пикочния мехур предимно интерстициален тип с интрацелуларна слузопродукция. Следоперативно до юли 2019 г. е провеждала интравезикална химиотерапия (аплициране на Епирубицин в пикочния мехур). При направен КАТ са установени метастатични лимфни възли параилиачно вляво. Пациентката е провела 8 курса ХТ с Гимзар и Карбоплатина до март 2020 г. На контролен КАТ на 10. 07. 2020 г. е установена прогресия на метастазите в ЛВ – вляво метастаза с ангажиране на левия псоасен мускул с раз-

мери 56/52 мм в аксиален план и надлъжен размер 87 мм, и параилиачни ЛВ с размери 33/28 мм до бифуркацията на аортата и реналните съдове. Десните ЛВ са с размери 10 мм. Установена е и лека хидронефроза на левия бъбрек. Химиотерапевтите са озадачени от прогресията на заболяването на фона на химиотерапията (за лечение на рак на пикочния мехур) и едва тогава приемат, че метастазите в лимфните възли най-вероятно са от рака на ендометриума. Болната е насочена за консултация към клиниката по гинекология на УСБАЛО. На онкологичен комитет № 4031 от 30. 07. 2020 г. е решена за тазова лимфна дисекция и второ ниво вляво. На 10. 08. 2020 г. болната постъпва в клиниката и е оперирана на 11.08.2020 г. Ин ситу – вляво метастатични лимфни възли във фоса обтуратория и до мускулус псоас (възел на Cloquet- Rosenmuller), до бифуркацията на артерия илиака комунис. Направи се тазови лимфна дисекция вляво до бифуркацията на аортата и реналните съдове, като се екстирпират 8 броя лимфни възли. Вдясно лимфните възли не са уголемени и се направи тазова лимфна дисекция, като се екстирпират 4 броя лимфни възли. Хистологично 20/15095-102 от 12. 08.2020 г. – вляво – 8 броя ЛВ, от които 5 са с метастази с характеристиката на нискодиференциран светлоклетъчен аденокарцином с транскapsуларна инвазия и туморни депозити в околните меки тъкани (метастази от рак на ендометриума). Вдясно са изследвани 4 броя ЛВ без метастази. От направената имунохистохимия 20-15095 с p53 се установи p53 (+) позитивна експресия – метастазите са от нискодиференциран серозен аденокарцином.

Следоперативният период протече гладко. Болната е стадирана като T1vN1M0 – III стадий. На онкологичен комитет № 4464 от 20. 08. 2020 г. подлежи на следоперативно лъчелечение. Болната беше изписана в добро общо състояние на 21. 08. 2020 г. и насочена за провеждане на лъчетерапия. Случаят представлява интерес заради множеството грешки, свързани с лечението на пациентката:

1. Неправилно извършен оперативен обем на първата операция – не е извършена лимфна дисекция при болна с висок риск;
2. Неправилно определен хистологичен вид на тумора – първоначално умерено диференциран папиларен аденокарцином, после умерено диференциран ендометриден аденокарцином, а се оказа нискодиференциран светлоклетъчен аденокарцином;
3. Неправилно стадиране след първата операция;
4. Неправилен отказ от провеждане на следоперативната перкутанна лъчетерапия;
5. Неправилно започване на химиотерапия заради метастази в ЛВ от рак на пикочния мехур, без да се предположи, че метастазите са от рак на ендометриума и да се насочи за оперативно лечение и хистологична верификация;
6. Липса на колаборация между лъчетерапевт, химиотерапевт и онкогинеколог.

Всичко това е довело до неправилни и ненужно проведени 8 курса ХТ и до забавяне на операцията за метастази в лимфните възли от карцином на ендометриума с 3,5 години.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ НА БАОГ ЗА КОЛПОСКОПСКА НОМЕНКЛАТУРА И ПРОМЕНИ В ОБУЧЕНИЕТО ПО КОЛПОСКОПИЯ И ДЕСТРУКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ПРЕДРАКОВИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА ШИЙКАТА НА МАТКАТА, ВЛАГАЛИЩЕТО И ВУЛВАТА

Работна група: д-р И. Карагьозов, проф. С. Ковачев, д-р С. Славов, доц. П. Костова

Предложение за обсъждане и приемане на актуалната колпоскопска номенклатура (Рио-2011) за официална в българската гинекологична практика и включването ѝ в обучението по колпоскопия, заедно с промени в практическото обучение за приложение на деструктивните техники и тяхното докумен-

тиране.

Одобреното от БАОГ предложение ще бъде представено на БДАГ за утвърждаване като допълнение към съществуващите препоръки (гайдлайн), както и в учебната програма на курсовете по колпоскопия и деструктивно лечение в страната.

СПЕШНИ СЪСТОЯНИЯ В ОНКОГИНЕКОЛОГИЯТА

*Р. Велев, А. Начева
II-ра СБАЛАГ „Шейново“*

В презентацията се разглеждат състоянията, които пораждат спешност и изискват неотложна намеса при пациенти с онкогинекологични заболявания. Това са състояния, предизвикани от самото онкологично заболяване, както и неговите усложнения. Показани са възможните подходи и обичайните терапевтични процедури.

Във втората част се разглеждат и спешни състояния и процеси, възникнали вследствие на лечебните процедури, които се прилагат при тези пациенти, както и техните усложнения, които включват не само хирургични такива, но и усложнения, възникнали вследствие на лъчетерапия и химиотерапия.

ГРАНУЛАРНОКЛЕТЪЧЕН ТУМОР НА ПИКОЧНИЯ МЕХУР. СЛУЧАЙ ОТ ПРАКТИКАТА

И. Карагъзов, Б. Попова, С. Оручева, И. Крумов
Болница „Вита“

Грануларноклетъчният тумор, или познат още като тумор на Абрикосов, е рядко мезенхимно новообразование, което може да се развие в различни части от тялото. Дисфункция в метаболизма на швановите клетки е основната хипотеза за развитието на тумора. Засяга по-често женския пол (3:1) и негроидната раса. Голяма част от грануларноклетъчните тумори са бенигнени, като помалко от 2% са злокачествени, но с много лоша прогноза. Различни образни изследвания се използват в диагностиката, като най-

често се установяват единични и по-рядко множествени нодули с различни размери и органа локализация.

Интраоперативната експресна хистология е с ограничени възможности – най-често установява тумор с мезенхимен произход и евентуално съмнение за малигненост. Окончателната диагноза се базира на критериите на Фанбург-Смит и на имунохистохимично изследване. Представяме случай на 30-годишна пациентка с грануларноклетъчен тумор на пикочния мехур.

ЛЕЗИЯ НА ПРОКСИМАЛЕН УРЕТЕР СЛЕД РАДИКАЛНА ХИСТЕРЕКТОМИЯ С ПАРААОРТАЛНА ЛИМФНА ДИСЕКЦИЯ – ДИАГНОСТИЧНИ ЗАТРУДНЕНИЯ И ПРОБЛЕМИ НА ХИРУРГИЧНОТО ЛЕЧЕНИЕ

д-р И. Карагъзов, проф. Сл. Томов, д-р Б. Попова, д-р С. Оручева, д-р И. Крумов

Репродуктивните органи и пикочните пътища са тясно свързани анатомично и ембриологично. Познаването на анатомичните особености играе важна роля за предотвратяване на увреждане на пикочните пътища по време на гинекологична хирургия. Основният подход за превенция е внимателната хирургична дисекция и познаването на топографията на структурите на пикочните пътища в рамките на хирургичното поле. Най-често ятрогенно увреждане се наблюдава в

пикочния мехур и дисталния уретер с честота около 60%. По-рядко се увреждат проксимален уретер и бъбреците. Установените интраоперативно увреждания се възстановяват лесно и без съществени последствия, докато неразпознатите, освен диагностично и хирургично предизвикателство, могат да причинят тежки усложнения. Представяме случай на 34-годишна жена след радикална хистеректомия, с неразпознато интраоперативно високо увреждане на уретер.

МЯСТО НА ХИСТЕРОСКОПИЯТА В ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО НА АТИПИЧНАТА ПОЛИПОИДНА АДЕНОМИОМА

Александър Любенов, Десислава Кипрова, Славчо Томов, Григор Горчев

УМБАЛ „Св. Марина“ – Плевен

Медицински университет – Плевен

Атипичният полипоиден аденомиом (АПА) е доброкачествен полипоиден тумор, който включва както епителни, така и мезенхимни лезии. Следователно АПА трябва да се диференцира от ендометриален полип, субмукозен лейомиом, ендометриоиден аденокарцином, аденосаркома и карциносаркома. Докато при жени в менопауза сеплата хистеректомия е лечение на избор, при млади жени локалната резекция и внимателното следоперативно проследяване може да представлява подходящо лечение. Консервативното хистероскопско лечение с използ-

ване на четириетапна техника, при която всяка стъпка се характеризира с патологичен анализ, е подходяща алтернатива както за пациентки, желаещи да запазят фертилитета си, така и за такива с висок риск за хистеректомия. Въпреки това честотата на рецидивите на АПА е висока и могат впоследствие да се развият злокачествени тумори. Това налага прецизно изследване на всички получени проби, което е от решаващо значение за хирурга при избора на най-доброто лечение и определяне на неговата радикалност.

ХИСТОЛОГИЧНА КЛАСИФИКАЦИЯ НА РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА – ИНФОРМАТИВНОСТ

А. Йорданов, Ч. Цветков, Д. Стратева, Н. Янев, В. Кирилова, И. Илиев

Клиника по онкогинекология, УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ ЕАД, гр. Плевен

Ракът на маточната шийка (РМШ) се разглежда като едно относително хомогенно заболяване. Смята се, че над 98% от него възниква в резултат на инфекция с HPV. Разделя се на три основни групи, като най-голямата от тях (80–85 %) се пада на плоскоклетъчния карцином. Останалите 15–20% се поделят между аденосквамозен и аденокарцином. Всеки един от тези типове има своите биологични и клинични особености, свързани както с преживяемостата, така и с необ-

ходимите методи за лечение. Всяка една от тези групи РМШ хистологично се разделя на хистологични субтипове, които допълнително проявяват специфични характеристики и трябва да се има предвид, когато се поставя диагнозата РМШ. Хистологичното разграничаване на плоскоклетъчен, аденосквамозен и аденокарцином не би трябвало да е достатъчно за определяне на терапевтичното поведение и диагноза.

КАКВО Е МЯСТОТО НА ПРЕДОПЕРАТИВНАТА ЛЪЧЕТЕРАПИЯ ПРИ РАКА НА ШИЙКАТА НА МАТКАТА В БЪЛГАРИЯ

Ч. Цветков, А. Йорданов, Д. Стратева, Н. Янев, В. Кирилова, И. Илиев

Клиника по онкогинекология, УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ ЕАД, гр. Плевен

Предоперативната лъчетерапия за рак на шийката на матката се отрича като тактика за лечение на заболяването в съвременните гайдлайни и ръководства. Въпреки това тя все още се прилага в България.

Цел: Целта на настоящото проучване е да се анализират резултатите от провеждането на предоперативна лъчетерапия при рак на

шийката на матката в Клиника по онкогинекология при УМБАЛ „Д-р Георги Странски“, гр. Плевен за период от 8 години.

Заключение: Предоперативната лъчетерапия е приложима понастоящем в нашата страна, което е свързано с увеличаване честотата на заболяването и диагностицирането му в напреднал стадий.

ПУБЛИКУВАТ СЕ САМО МАТЕРИАЛИ НА РЕДОВНИ АБОНАТИ НА СПИСАНИЕ „ОНКОЛОГИЯ“

Редколегията на списание „Онкология“ умолява авторите да спазват следните технически изисквания, с което ще се ускори и улесни значително издаването:

1. Ръкописите се представят в два идентични екземпляра, написани на стандартни машинописни страници (до 30 реда, 60 – 66 знака на ред) на качествена хартия с размер А4. Краткото информативно заглавие се пише с главни букви, като над него се оставят празни пет реда. Имената на авторите се пишат под заглавието с малки букви в следния ред: инициалите на първите две имена, пълно фамилно име, място на работа. Когато авторите работят на различни места, те се означават с цифри след фамилното име и със същите цифри на местоработата. Материалите се предоставят задължително и на дискета (вж. по-долу). Всички ръкописи трябва да завършват с имената, пълния пощенски адрес, телефон и по възможност електронна поща на отговорния автор за кореспонденция.

2. Оригинални статии: трябва да съдържат научен принос(и) и да имат обем до 7 страници, включващи таблиците и илюстрациите, литературните източници (до 20 на брой) и резюметата. Те се структурират така: кратък увод, материали и методи, резултати, обсъждане, заключение и изводи, библиография, резюмета на български и английски език, ключови думи на двата езика.

3. Обзори: трябва да са посветени на най-модерни проблеми на онкологията или да са означени като учебно-пропедевтични (за млади и специализиращи онколози), да имат обем до 15 страници, включващи таблиците и илюстрациите, литературните източници (до 50 на брой) и резюмета на български и английски език, ключови думи на двата езика.

4. Клинични случаи: посветени на описание на клинични случаи със специален интерес и да не надхвърлят 5 страници, до 3 фигури, до 20 литературни източника и резюмета на български и английски език, ключови думи на двата езика.

5. Писма и коментари: посветени на публикувани резултати от научни изследвания, на резюмета от различни форуми по онкология и да съдържат собствено мнение и оценка, с обем до 2 страници, без фигури и до 5 литературни източника, без резюмета.

6. Резюметата на български и английски език: трябва да съдържат до 250 думи и до шест информативни ключови думи, подредени по азбучен ред, подходящи за индексирание. Те трябва да са структурирани така: заглавие, автори, цел на изследванията, материал и методи, резултати и заключение.

7. Библиографията се дава на отделна страница, авторите се цитират в текста с номер в скоби по реда на срещането им в текста и се подреждат в списъка също по реда на срещането им. Всеки източник е на нов ред, пълно цитиране по стандарта на Index Medicus. Не трябва да се цитират литературни източници, които са под печат, непубликувани данни или лични съобщения. За цитирани статии в периодични списания се дава фамилното име и инициалите на първия автор, инициалите и фамилното име на останалите автори (ако са до трима автори включително, се изписват всичките, ако са над трима, се изписва само първият автор с et al.), пълното заглавие, списанието, съкратено по Index Medicus, година на публикуване, том, страници (първа и последна).

За цитирани книги: автор(и) по същия начин като при списанията, заглавие на книгата, редактор(и), място на издаване, издателство, година, страници (първа и последна).

8. Илюстративният материал (диаграми, фигури, формули, черно-бели снимки 9x12) се представя на отделни листове с кратки заглавия, минимален обяснителен текст или легенда на български език. Те трябва да бъдат максимално контрастни, годни за непосредствено полиграфско възпроизвеждане. На гърба на всеки лист

се записва с молив името на автора, заглавието на статията и ако е необходимо, се означава със стрелка „горе“ и „долу“. В лявото бяло поле се означава желаното място за поместване на всяка илюстрация. Таблиците се дават или в текста, или на отделен лист, като се спазват изискванията за илюстрациите.

9. Електронен ръкопис: предоставянето на текста на дискета е задължително. Използват се стандартни дискети от 3,5“, във всяка версия на Word дискетата трябва да има етикет с името на автора(ите), заглавието на статията, името на файла и версията на Word.

10. Материалите се рецензират от членовете на редколегията на сп. „Онкология“, а при необходимост – и от поканени рецензенти. Статиите с повече от един автор следва да бъдат подписани върху хартиения вариант от всички членове на авторския колектив.

Отпечатаните материали отразяват възгледите на техните автори, а не задължително на редколегията. Всички ръкописи се изпращат с препоръчана поща на адрес: 1715 – София, ул. „Пловдивско поле“ №6, проф. д-р Галина Чакалова – д.м., секретар на списание „Онкология“, или на електронен адрес galiacha@abv.bg.

АБОНАМЕНТЕН ТАЛОН ЗА СПИСАНИЕ „ОНКОЛОГИЯ“ 2020 г.

УСБАЛО – ЕАД, София – 1756, ул. „Пловдивско поле“ №6

Независимо от датата на абонамента – получавате всички броеве от началото на годината!

Бих желал(а) да получавам списание „Онкология“

имена на абоната:

адрес: пощенски код:

Към настоящия талон приложете копие от банков превод на стойност 30 лв., платени по сметка: Банка: ЦКБ АД

Банкова сметка: BG19 CECB 9790 10F7 2327 00

ВІС на банката: CECB BGSF

И ИЗПРАТЕТЕ НА АДРЕС: УСБАЛО – ЕАД, 1756 – София, ул. „Пловдивско поле“ № 6, БИБЛИОТЕКАТА, г. с. Атанасова

За въпроси, свързани с абонамента и получаване на списанията се обръщайте към г. С. Атанасова, тел. 02-8076-223.