



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

XI научна конференция по онкология

**18–20 юни 2021 г.
Хотел *РИУ Правец*,
гр. Правец**

РЕЗЮМЕТА НА ИЗНЕСЕНИ ПЛЕНАРНИ ЛЕКЦИИ И ДОКЛАДИ

IN MEMORIAM

Проф. д-р Страшимир Иванов Каранов



На 67-годишна възраст ни напусна един от най-изявените онколози и хирурзи в нашата страна – проф. д-р Страшимир Каранов, дм.

Завършва медицина през 1978 г. в гр. София. През 1989 г. придобива специалност хирургия, а през 1993 г. – онкология.

Професионалният път и научната кариера на проф. Каранов са неразривно свързани с Националния онкологичен център, понастоящем УСБАЛ по онкология. От 1981г. до 1983г. е редовен аспирант. През 1985 г. получава научна степен „кандидат на медицинските науки” и става научен сътрудник II ст., а през 1989 г. - научен сътрудник I ст. От 1997 г. е старши научен сътрудник II ст. към Хирургична клиника. През 2007 г. му е присъдено научно звание старши научен сътрудник I ст., а през 2011 г. – професор към Отделение по гастроентерология.

Проф. д-р Страшимир Каранов заема редица ръководни постове в Специализираната болница за активно лечение по онкология и в Националния онкологичен център: научен секретар (1998 – 1999 г.), началник на Клиника по обща и абдоминална хирургия, НОЦ – София (1998 – 2000 г.), заместник-директор (1999 – 2000 г.), изпълнителен директор (2000 – 2007 г.), член на Съвета на директорите (2010 – 2013 г.). Той е дългогодишен национален консултант по онкология към Министерство на здравеопазването, председател на Управителния съвет на Българска национална асоциация по онкология. Член е на Научно дружество по хирургия и онкология и на редица международни научни организации. Дълги години е главен редактор на списание „Онкология“.

Проф. д-р Страшимир Каранов е автор и съавтор на множество учебници и ръководства, както и на научни публикации и доклади в чужбина и у нас, свързани с онкологията и хирургията, достъпни на платформата в Регистъра на академичния състав в Република България на Националния център за информация и документация.

През професионалния си път той се занимава активно с обучение на специализиращи лекари. Бил е научен ръководител, рецензент на докторанти и процедури за хабилитация.

С кончината на проф. д-р Страшимир Каранов българската медицинска наука и онкология загуби един изявен учен, достоен лекар и приятел.

Поклон пред паметта му!

IN MEMORIAM

Проф. д-р Галина Чакалова, началник на Клиника по онкогинекология
в УСБАЛО – ЕАД, София



На 60-годишна възраст внезапно ни напусна един от най-изявените онкогинеколози в нашата страна – проф. д-р Галина Чакалова, дм.

Тя завършва медицина през 1984 г., а през 1986 г. придобива специалност по акушерство и гинекология.

Професионалният път и научната кариера на проф. Чакалова са неразривно свързани с Националния онкологичен център, понастоящем УСБАЛ по онкология. В Клиниката по гинекология на УСБАЛО работи от 1987 г., когато след конкурс е назначена за научен сътрудник. Дисертация за придобиване на научна степен „кандидат на медицинските науки“ на тема „Предклиничен рак на маточната шийка“ защитава през 1993 г. През 1994 г. придобива специалност по онкология. През 2002 г. е назначена за началник на отделение в Клиниката по гинекология, а през 2007 г. след конкурс заема длъжността началник на Клиниката по гинекология. През 2007 г. е избрана за доцент, а през 2013 г. за професор по онкология. През 2007–2008 г. изпълнява длъжността началник на стационарен блок на болницата.

През 2010 г. проф. Чакалова придобива магистърска степен в УНСС по бизнес администрация със специалност „здравен мениджмънт“, а през 2013 г. и магистърска степен в МУ по общественото здраве и здравен мениджмънт. Същевременно от 2004 г. е експерт на МЗ по оценка и акредитация на лечебните заведения.

Проф. Чакалова е председател на управителния съвет на Асоциацията по онкогинекология, член на управителния съвет на Асоциацията по онкология, член на Дружеството по акушерство и гинекология, както и на международните научни организации ESGO и BUON. Член е на научния съвет по онкология и на изпитната комисия за държавен изпит по акушерство и гинекология към МФ на СУ.

Член е на Editorial Board на International Journal of Gynecology & Clinical Practices и е секретар на списание „Онкология“.

Проф. Чакалова е автор на монографията „Онкогинекология“, на 35 глави в книги, учебници и ръководства, както и на над 350 научни публикации и доклади в чужбина и у нас, свързани с гинекологията и онкогинекологията. Има над 100 цитирания в чужбина. Тя въвежда в България някои от органосъхраняващите операции при рак на маточната шийка и локалната имунотерапия при HPV и предраковите изменения на маточната шийка (1993 г.)

През професионалния си път се занимава активно с обучение на специализиращи лекари. Била е научен ръководител, рецензент на докторанти и процедури за хабилизация.

Семейството на българските онколози и гинеколози в нейно лице загуби лекар, безрезервно отдаден на медицината и на своите пациенти.

Поклон пред паметта ѝ!

XI-та научна конференция по онкология

**18–20 юни 2021 г.
Хотел РИУ Правец,
гр. Правец**

Програма на конференцията	4
Резюмета основна сесия	13
Резюмета постерна сесия	39
Резюмета от доклади на специалисти по здравни грижи	43

**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)

НАУЧНА ПРОГРАМА				
18 ЮНИ (ПЕТЪК)				
15:00	15:10	ОФИЦИАЛНО ОТКРИВАНЕ	д-р С. Константинов	
			лектор	модератор
15:10	15:25	Злокачествени заболявания през двадесетте години на 21. век	проф. З. Валерианова	проф. Първанова
15:25	15:40	Принос на иновативния напълно дигитализиран в сравнение с конвенционалния ПЕТ/КТ в клиничната онкология	проф. Е. Пиперкова	
15:40	16:10	СИМПОЗИУМ НА BOEHRINGER INGELHEIM <i>Vargatef (nintedanib) – модулиране на ангиогенезата при аденокарцином на белия дроб</i>	д-р Д. Дамянов д-р И. Димова	
16:10	16:40	СИМПОЗИУМ НА TAKEDA <i>ALUNBRIG (brigatinib) за първа линия лечение на ALK+ НДКРБД</i>	доц. Д. Калев	
16:40	17:00	СИМПОЗИУМ НА ROCHE <i>Tecentriq ▼ + карбоплатин + пab-паклитаксел: доказана ефикасност при първа линия лечение на неплоскоклетъчен НДРБД</i>	д-р Д. Дамянов	
17:00	17:15	ПАУЗА		
17:15	17:45	СИМПОЗИУМ НА MERCK <i>Новости в терапевтичния алгоритъм за лечение на локално авансирал и метастичен карцином на пикочен мехур</i>	д-р А. Герасимов	
17:45	18:05	Екстракраниална радиохирургия (SBRT) при лечението на онкологични заболявания	д-р И. Колева	д-р А. Томова

18:05	18:35	СИМПОЗИУМ НА ASTRA ZENECA <i>Озимертиниб (Tagrisso®) като адювантна терапия след пълна резекция на EGFRm НДРБД в ранен стадий – нови възможности за удължаване на ремисията</i>	<i>д-р Д. Дамянов</i>	
18:35	18:55	СИМПОЗИУМ НА ROCHE <i>Нови възможности за индивидуализиране на адювантното лечение при HER2+ рак на гърдата</i>	<i>д-р А. Томова</i>	
18:55	19:10	Неинтервенционално клинично проучване "REFLECT" – локални данни за България	д-р Д. Дамянов	д-р Д. Дамянов
19:10	19:25	Радиохирургия при белодробни метастази в зависимост от локализацията на първичния тумор	д-р П. Вънев	
19:25	19:40	Едновременно лъче-химиолечение при недребноклетъчен карцином на белия дроб – първи резултати	проф. И. Михайлова	
19:40	19:50	Реалната практика в лечението на стадий III неоперабилен НДРБД: Клиничен опит на Отделение по медицинска онкология, АСК Токуда болница	д-р Т. Златанова	
20:00		ВЕЧЕРЯ		

19 ЮНИ (СЪБОТА)				
			лектор	модератор
8:30	8:50	Таргетно новогенерационно секвениране при български пациенти с фамилен рак на гърдата и яйчниците	д-р Р. Додова	проф. И. Гаврилов
8:50	9:10	Следоперативно лъчелечение при карцином на гърдата – рецидиви и метастазиране в зависимост от молекулярния подвид	проф. В. Първанова	
9:10	9:25	Филоиден цистосарком на млечната жлеза – малигнен вариант	проф. Е. Александрова	
9:25	9:35	Отчетена токсичност на фона на лечение с CDK4/6I при авансирал/ метастатичен рак на гърда – ретроспективно проучване	д-р Е. Тазимова	
9:35	9:45	Нов подход за профилактика, скрининг и проследяване при рак на гърдата чрез телемедицина	д-р В. Митова	
9:45	10:15	СИМПОЗИУМ НА SERVIER <i>Opivude: директен удар, право в целта</i>	д-р Л. Симеонова	
10:15	10:30	ПАУЗА		
10:30	11:00	СИМПОЗИУМ НА TEVA Nab- paclitaxel (Pazenir) в лечението на метастатичен карцином на панкреаса	д-р И. Панджарова	проф. Г. Куртева
11:00	11:20	СИМПОЗИУМ НА ROCHE <i>Напредък в лечението на ХЦК</i>	д-р А. Герасимов	
11:20	12:20	СИМПОЗИУМ НА BRISTOL MYERS <i>Променящата се перспектива пред имунотерапията при различните туморни локализации</i>		

		<i>Двойна имуноterapia при I линия бъбречноклетъчен карцином</i>	<i>д-р И. Димова</i>	<i>проф. Г. Куртева</i>
		<i>Дългосрочни ползи от двойната имуноterapia по отношение на преживяемостта при недребноклетъчен карцином на белия дроб</i>	<i>д-р Д. Дамянов</i>	
		<i>Развитие на имуноterapiaта при тумори на глава и шия</i>	<i>д-р М. Колева</i>	
12:20	13:20	ОБЕДНА ПАУЗА		
12:20	13:20	ПОСТЕРНА СЕСИЯ		
13:20	14:20	СИМПОЗИУМ НА PFIZER <i>Новости от St. Gallen и ESMO Breast</i> <i>Клиничен опит с Palbociclib на Клиниката по медицинска онкология</i>	<i>д-р Л. Симеонова</i> <i>д-р А. Герасимов</i>	<i>проф. Г. Куртева</i>
14:20	15:30	СИМПОЗИУМ НА MSD <i>Pembrolizumab в лечението на 1-ва линия метастатичен НДРБД</i> <i>Нови хоризонти при лечението на карцином на глава и шия</i>	<i>д-р Д. Дамянов</i> <i>д-р А. Герасимов</i>	<i>проф. Г. Куртева</i>
15:30	15:45	ПАУЗА		
15:45	16:05	СИМПОЗИУМ НА ROCHE <i>FoundationOne Liquid CDx – изчерпателно геномно профилиране с течна биопсия в подкрепа на персонализирани решения за лечение на пациенти със солидни тумори</i>	<i>проф. Г. Куртева</i>	

16:05	16:35	СИМПОЗИУМ НА SANOFI <i>Мястото на LIBTAYO® при лечение на авансирал плоскоклетъчен кожен карцином (ПККК)</i>	д-р И. Гаврилова	проф. Г. Куртева
16:35	17:35	СИМПОЗИУМ НА ASTELLAS PHARMA <i>КОМПЛЕКСНО ЛЕЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ С ПРОСТАТЕН КАРЦИНОМ – отвъд онкологичното заболяване</i>	проф. Г. Куртева д-р А. Герасимов д-р А. Томова доц. А. Шинков	
17:35	17:50	Лъчелечение при олигометастази след дефинитивно лъчелечение при болни с простатен карцином	проф. И. Михайлова	
17:50	18:05	ПАУЗА		
18:05	18:25	СИМПОЗИУМ НА ROCHE <i>Ролята на геномното профилиране в грижата за пациента с рак на белия дроб</i>	д-р А. Томова	
18:25	18:40	Развитието на онкологичната хирургия и мястото на УСБАЛО. Принципи на онкохирургичното лечение	проф. П. Куртев	проф. П. Куртев
18:40	18:55	Лапароскопска хирургия при злокачествени новообразувания на стомаха	доц. И. Такоров	
18:55	19:10	Редки тумори на гърдата – характеристика и поведение	проф. И. Гаврилов	
19:10	19:25	Клиничен опит в рестадиращи операции при малигнен меланом	д-р И. Гаврилова	
19:25	19:40	Консервативен подход при ендометриален карцином. Случай от практиката и преглед на съвременните терапевтични възможности	д-р С. Константинов	
20:30		ВЕЧЕРЯ		

20 ЮНИ (НЕДЕЛЯ)				
			лектор	модератор
9:00	9:20	Нуклеарномедицинска хибридна диагностика при меркел-клетъчен карцином	д-р Л. Чавдарова	проф. Е. Пиперкова
9:20	9:35	Особености на 18FDG – PET/CT след талк плевродеза при пациенти с малигнено ангажиране на плеврата – предварително съобщение	д-р К. Николова	
9:35	9:50	Принос на дигиталния PET/КТ в неочакваното откриване на второ онкологично заболяване при отчитане на ефекта от инициалното лечение на първичен злокачествен процес	д-р М. Михайлова	
9:50	10:05	Рамнолипидите – биосърфактантни, естествени противоракови средства и възможни инхибитори на автофагията	д-р Б. Николова	
10:05	10:15	Ефективност и токсичност на Панитумумаб в комбинация с химиотерапия при пациенти с RAS див тип метастатичен колоректален карцином	д-р С. Драганова	
10:15	10:30	ПАУЗА		

10:30	10:50	Деветгодишно проследяване на рецидивите и метастазите при пациентки, провели адювантно лъчелечение по повод ендометриален карцином	д-р Б. Генова	доц. С. Бачурска
10:50	11:10	HPV-асоциирани кожни тумори с генитална локализация	д-р Н. Цекова	
11:10	11:25	Пилотно имунохистохимично и ин ситу хибридизационно изследване на HPV-статус при плоскоклетъчен карцином на пенис и вулва	доц. С. Бачурска	
11:25	11:40	Препоръки на Европейската асоциация по урология за лечение на пациенти с немускулно инвазивен карцином на пикочния мехур по време на пандемията с COVID-19	д-р Ж. Сироманов	
11:40	11:55	Саркома Капоши – диагностични и терапевтични предизвикателства в дерматологичната практика	д-р Ю. Магди	
11:55	12:10	МОС микрографична хирургия – обзор, индикации, новости	д-р А. Карамфилова	
12:10	12:20	ОФИЦИАЛНО ЗАКРИВАНЕ	д-р С. Константинов	

НАУЧНА ПРОГРАМА СЕСИЯ СПЕЦИАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ				
19 ЮНИ (СЪБОТА)				
			лектор	модератор
8:45	8:50	ОФИЦИАЛНО ОТКРИВАНЕ		
8:50	9:00	Нискодо	М. Кошутова	Е. Христова Б. Огнянова И. Георгиева
9:00	9:10	Фибросигмоидоскопия на пациенти с онкологично заболяване – ролята на медицинската сестра	С. Сиклунова	
9:10	9:20	Роля на медицинските специалисти (МС) в протокола за стадиране на сентинелните лимфни възли (СЛВ)	Н. Ласкова	
9:20	9:30	Медицинските специалисти (МС) в провеждане на двоен протокол за сцинтимамография (СМГ) и костна сцинтиграфия при болни с РМЖ	М. Богомилова	
9:30	9:40	Роля на онкологичната хирургична сестра	С. Павлова	
9:40	9:50	Сигурност и възможни рискове за пациента в операционен блок	А. Михайлова	
9:50	10:00	Рак на млечната жлеза и бременност	Н. Андреева	
10:00	10:15	Долу маската! Клиничен случай	А. Кирилова	
10:15	10:35	ПАУЗА		

10:35	10:45	Сексуалност при жените с рак на гърдата. Нужда от подкрепа	Н. Веселинова	Е. Христова Б. Огнянова И. Георгиева
10:45	10:55	Специфичната роля на специалиста по здравни грижи при провеждане на едновременно лъче-химиолечение	М. Тодорова	
10:55	11:05	Сестрински грижи в хематологията	В. Димитрова	
11:05	11:15	Психологични фактори за възникване на онкологично заболяване. Ролята на оптимизма за справяне с болестта	Б. Цветкова	
11:15	11:25	Палиативни грижи за онкологично болни деца	П. Дилова	
11:25	11:35	Болката като път	Г. Иванова	
11:35	11:45	COVID-19 и онкология	И. Петкова	
11:45	12:00	Медицински епоними с имена на жени – CHERCHEZ LA FEMME	В. Иванова	
12:00	12:05	ОФИЦИАЛНО ЗАКРИВАНЕ		

**РЕЗЮМЕТА
ОСНОВНА СЕСИЈА**

ЗЛОКАЧЕСТВЕНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРЕЗ 20-ТЕ ГОДИНИ НА 21. ВЕК

Валерианова З.

Национален раков регистър, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Анализиране на най-новите данни за засягане от злокачествени новообразувания в света и в България, публикувани в информационните системи на Global Cancer Observatory (GLOBOCAN 2020), European Cancer Information System и Националния раков регистър.

Материал и методи: Изчислените нови случаи в света през 2020 г. са 19,3 млн. (18,1 млн. без немеланомните кожни карциноми) и почти 10,0 млн. са починалите от рак (9,9 млн. без немеланомните кожни карциноми). Глобално, един на 5 души се разболява от рак през своя живот, а един на 8 мъже и една на 11 жени умира от него. Общият брой на живите 5 години болни с диагнозата рак е 50,6 млн. 10 от най-честите локализации на рака заемат над 60% от всички новодиагностицирани и над 70% от починалите. Ракът на женската гърда е водещо злокачествено заболяване и при двата пола с 2,3 млн. новодиагностицирани (11,7% от всички нови случаи), следван от рака на белия дроб (11,4%), колоректалния карцином (10,0%), рака на простатата (7,3%) и стомаха (5,6%). Водещ сред причините за смърт от рак е белият дроб с 1,8 млн. умирации (18 % от всички починали от рак), след който се нареждат колоректалният карцином (9,4%), ракът на черния дроб (8,3%), на стомаха (7,7%) и женската гърда (6,9%). Общата заболяемост за двата пола е от 2 до 3 пъти по-висока в развитите страни в сравнение с тези в икономически преход, докато смъртността варира под 2 пъти при мъжете и в по-малки граници при жените. Показателите за смъртността при рак на гърдата и маточната шийка при жените е значително по-висока в развиващите се в сравнение с развитите страни (15,0 срещу 12,8 на 100 00, световен стандарт и 12,4 срещу 5,2, съответно). През 2040 г. се очакват 28,4 млн. нови случаи от рак или нарастване с 47% спрямо 2020 г., което ще бъде по-голямо за страните в икономически преход. Причините за това увеличение се свързват с демографски промени. Тенденцията може да бъде допълнително повлияна от нарастване

на рисковите фактори, резултат от глобализацията и икономическия подъем.

Резултати: Изграждането на устойчива инфраструктура за разширяване на мерките за превенция и грижи за онкологично болните в страните в преход са от решаващо значение за глобалния контрол на раковите заболявания. Изчислените нови случаи за България (GLOBOCAN) през 2020 г. са 36485 (36451 без немеланомните кожни карциноми), починалите са 19460, а преживелите 5 години с диагнозата рак са 99322 пациенти. Водещ в структурата на заболяемите и при двата пола е ракът на простатата (13,7), следван от колоректалния карцином (12,6%) и рака на белия дроб (11,8%). При починалите на първо място се нарежда ракът на белия дроб (18,5%), следван от колоректалния карцином (14,1%) и рака на женската гърда (7,9%).

Стандартизираната заболяемост и смъртност на 100000 в страната е по-висока от средната за света (вкл. и за смъртността в Европа) както общо, така и при мъжете и жените. Наблюдаваните случаи от базата данни на Националния раков регистър (NPP) се различават съществено от тези, изчислени за България от международните информационни системи. Причината е съществен спад в броя на новите случаи от рак (хипорегистрация) след 2013 г., поради промени в нормативната уредба на МЗ. Наблюдаваната неблагоприятна тенденция е в резултат на липсата на регламент за съобщаване на новорегистрираните случаи от рак и неясен статут и дейност на NPP. Всичко това се отразява както върху точността и реалния абсолютен брой на болните от рак, така и върху показателите за заболяемост и смъртност. Вместо нарастване на новорегистрираните от рак през последните години, каквото е действителното състояние, се наблюдава значително намаление. Например, за 2019 г. новите случаи от рак в страната са 31225, докато за 2020 г. те намаляват до 23812.

Изводи: В България няма единна държавна политика по отношение на злокачествено-

ните заболявания. Всичко това, на фона на утежнената епидемична обстановка, свързана с коронавирусната инфекция (COVID-19) и липсата на национален план за контрол на рака и на популационна скринингова програма за най-честите локализации (гърда, коло-

ректален карцином и маточна шийка) оказва негативен ефект върху разпространението на злокачествените заболявания, тяхното стадийно разпределение и ниската преживяемост.

ПРИНОС НА ИНОВАТИВНИЯ НАПЪЛНО ДИГИТАЛИЗИРАН В СРАВНЕНИЕ С КОНВЕНЦИОНАЛНАТА ПЕТ/КТ В КЛИНИЧНАТА ОНКОЛОГИЯ

Пиперкова Е.

Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Посочване на приносите на напълно дигитализираната ПЕТ/КТ хибридна скенираща система с прилагане на технологични и софтуерни иновации за подобряване на онкологичната диагноза, водеща до оптимизиране на прилаганите индивидуализирани по-ефективни терапевтични подходи.

Материал и методологичност: Позитронно-емисионната томография, хибридирана с компютърен томограф (ПЕТ/КТ), е клинично доказан диагностичен метод за откриване на неизвестно първично неопластично огнище (НПО) при първично клинично изявена метастатична болест в прецизиране на онкологичната диагноза, стадиране, планиране на лъчелечението, оценката на химиочувствителността на злокачествените тумори, следоперативното изобразяване на остатъчна туморна тъкан, рестадиране, оценка на ефекта от приложената противотуморна терапия и откриване на ранни клинично неприявени рецидиви в периода на дългосрочното проследяване на пациенти с онкологични заболявания. В предложената лекция се представят клиничните приноси и диагностичните преимущества на новото поколение напълно дигитализиран ПЕТ/КТ, хибридиран с многослайсова КТ с ултрависока разделителна способност спрямо прилаганите в рутинната диагностика конвенционални ПЕТ/КТ и се сравняват клинични образи и резултати от количествени опре-

деления.

Резултати: Систематизирани и подкрепени с клинични примери са образни доказателства и количествени измервания като прогностични критерии за по-добри диагностични резултати. Оценени са, от една страна, технологичните преимущества и от друга, софтуерните иновации за преодоляване на различни артефакти, включително от метални импланти в човешкото тяло; постигане на качествени образи с по-ниски дози РФП, с намаляване на лъчевото натоварване на пациентите и персонала; постига се по-висока апаратурна пропускливост при високо качествени резултати и се удовлетворяват изискванията за по-голям брой изследвания на нуждаещи се пациенти със скъсяване времето на скениране на цялостелесни обеми и др. Представят се конкретни примери от клиничната практика и се сравняват образи, получени от напълно дигитален ПЕТ/КТ с такива от аналогов или полудигитален.

Изводи: Напълно дигитализираните ПЕТ, хибридираните с високотехнологични КТ с иновативен хардуер и софтуер дават възможност за преодоляване на ограниченията на конвенционалните ПЕТ/КТ скенери с подобряване на диагностиката и мониторинга на лечението в клиничната онкология.

Ключови думи: Дигитален ПЕТ/КТ, технологични, хардуерни и софтуерни иновации, хибридно туморно изобразяване.

ЕКСТРАКРАНИАЛНА РАДИОХИРУРГИЯ (SBRT) ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Колева И., И. Игнатова, В. Давидкова, Н. Борисова
УМБАЛ „Св. И. Рилски“, София

Цел: Представяне възможностите на екстракраниалната радиохирургия (ЕКРХ) при лечението на онкологични заболявания.

Материал и метод: Екстракраниалната стереотактична радиохирургия (SBRT) е неинвазивен, локален метод за лечение на локализирани тумори или метастатични лезии, разположени извън главния мозък. Представява перкутанно лъчелечение, при което се прилагат едно или няколко на брой облъчвания с високи дневни дози. Термините, които се използват в литература, са Stereotactic body radiation therapy (SBRT) или екстракраниална радиохирургия и Stereotactic ablative radiotherapy (SABR) – аблативна радиохирургия.

Представени са най-честите първични туморни локализации за провеждане на ЕКРХ, които включват: карцином на белия дроб – T1–T2 N0 M0 стадии, с най-голям размер до 5 см без ангажирани лимфни възли и далечни метастази, противопоказан за оперативно лечение; ранни карциноми на черния дроб – размери до 6 см, чернодробна функция Child–Pugh class A, обем на здравия чернодробен паренхим над 700 mL, неподходящи за оперативно лечение, аблация, TACE или без повлияване от TACE; ранни карциноми на простатата – T1-2.N0.M0 стадии, с нисък и умерен риск, Gleason score <7. ЕКРХ намира приложение и при олигometастатичната болест.

Най-честите показания са: метастази в черния дроб; метастази в белия дроб; ме-

тастази в надбъбречните жлези; спинални метастази; метастази в лимфни възли.

Резултати: Прилагането на ЕКРХ при олигometастатична болест дава възможност за отлагане или отмяна на системно лечение. Прилаганите дози при ЕКРХ са в зависимост от обема на облъчваната лезия, нейното разположение и наличието или не на проведено вече конвенционално лъчелечение. Представени са технологичните изисквания за провеждането на ЕКРХ като: високотехнологична апаратура за лъчелечение с възможност за контрол на дихателните движения при необходимост и проследяване обема на облъчване в реално време; при някои локализации с оглед проследяване обема на облъчване е необходимо използването на рентген позитивни маркери – fiducial markers; от изключително значение е прецизната имобилизация на пациента; за максимално прецизиране обема на облъчване планиращите системи използват образи от МРТ и/или ПЕТ-КТ; като задължителен компонент е образно насочено лъчелечение (IGRT- Image- Guided Radiation Therapy) – прецизни образи за локализиране обема на облъчване преди, по време на облъчване или след облъчването.

Изводи: Правилният подбор на пациентите с онкологично заболяване дава възможност за провеждане на ЕКРХ с минимална или приемлива поносима токсичност. Публикуваните резултати от прилагането на ЕКРХ отчитат добър локален контрол без значима ранна и късна токсичност.

РАДИОХИРУРГИЯ ПРИ БЕЛОДРОБНИ МЕТАСТАЗИ В ЗАВИСИМОСТ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИЯТА НА ПЪРВИЧНИЯ ТУМОР

Георгиев Д.¹, Д. Кацаров¹, П. Цонев², П. Вънев¹

¹ Клиника по лъчелечение, УСБАЛО – ЕАД, София

² Клиника по торакална хирургия, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Лечебни резултати от провеждане на радиохирургия при вторични злокачествени заболявания на белите дробове.

Материали и метод: Екстракраниалната радиохирургия (Stereotactic body radiotherapy – SBRT) представлява доставяне на висока доза в 1–5 фракции в малък клиничен мишенен обем извън черепната кухина. Радиобиологичният механизъм е подобен на стандартното лъчелечение чрез увреждане ендотела на кръвоносните съдове, тромбозирание с последващо нарушено хранене на туморните клетки и тяхната смърт. В Клиниката по лъчелечение на УСБАЛО за периода от 07. 2017 г. до 08. 2020 г. е проведено радиохирургично лечение на 99 болни с белодробни метастази от различни първични тумори. Болните са проследявани от 2 до 43 месеца (средно 16 месеца). От тях 51 (51,5%) са мъже и съответно 48 (48,5%) са жени на възраст от 29 г. до 82 г. (ср. възраст – 61,8 г.). Разпределението в зависимост от първичните локализации е, както следва: карцином на ректума – 16 болни (16,2 %), на белия дроб – 15 (15,2 %), на глава и шия – 14 (14,1 %), на гърда – 13 (13,2 %), на бъбрек и сигма по 7 (7,1%), на колона – 3 (3%), на маточната шийка, ендометриум, тимус, панкреас и пикочен мехур по 2 (2 %), на простата и вагина по 1 (1%); малигнен меланом – 4 (4%); саркоми – 6 (6,1%), и НХЛ при 1 (1 %). При всички болни лъчелечението е в 3 до 5 фракции, най-често по схема 5x10 Gy в после-

дователни дни. Използвани са и други схеми с дневна доза от 7Gy до 18Gy (ср. 9,9 Gy).

Резултати: При всички болни е установена средна преживяемост от 27,7 месеца, като 1- и 2-годишната преживяемост са 77,8% и 54,9%. Най-добри показатели относно средно време на проследяване и смъртност са наблюдавани при следните първични локализации на тумора: ректум – ср. 16 месеца, починали 3 (18%), следват болни със сигма карцином – ср. 19 месеца, и бъбречно-клетъчен карцином – ср. 14 месеца. И за двете локализации са починали по 2-ма (28%) от болните. Близки до тях са резултатите при недребноклетъчен карцином на белия дроб със ср. проследяване от 14 месеца и починали 4-ма (27%). Остават незадоволителни резултатите при болни с метастази в белите дробове с първични тумори в областта на главата и шията и при карцином на гърдата. При всички болни е регистриран туморен контрол и лъчев асимптомен пулмонит на контролното изследване с ПЕТ-КТ или КТ 3 месеца след лъчелечението.

Изводи: Независимо от възрастта радиохирургията е безопасен и ефективен онкологичен метод за контрол на белодробни метастази.

При част от болните липсват данни в НРР за стадия на първичния тумор, което прави изводите за преживяемост, свързана с туморния контрол на белодробните метастази, некатегорични.

ЕДНОВРЕМЕННО ЛЪЧЕ-ХИМИОЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕДРЕБНОКЛЕТЪЧЕН КАРЦИНОМ НА БЕЛИЯ ДРОБ – ПЪРВИ РЕЗУЛТАТИ

Михайлова И.¹, Д. Георгиев¹, Р. Иванова¹, И. Панджарова²

¹ Клиника по лъчелечение, УСБАЛО – ЕАД, София

² Клиника по медицинска онкология, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Да се оцени токсичността и поносимостта при прилагане на едновременно лъче-химиолечение при болни с недребноклетъчен карцином на белия дроб.

Материал и метод: Преживяемостта при болни с карцином на белия дроб в III стадий остава незадоволителна от 13–36%. С цел подобряване на лечебните резултати усилията на онколозите са насочени към прилагане на нови терапевтични схеми, като едновременно лъче-химиолечение, последвано от имунотерапия. За периода 2020–2021 г. в Клиниката по лъчелечение са лекувани 5 болни (една жена и четирима мъже) с недребноклетъчен карцином на белия дроб в III А и III В стадий. Хистологичните варианти на туморите са аденокарцином и плоскоклетъчен карцином. Проведено е дефинитивно лъчелечение с техника модулирано по интензитет лъчелечение на апарат линеен ус-

корител до обща доза 60 Gy и едновременно химиотерапия по схема Карбоплатина AUC 2 и Паклитаксел 40 mg/m² – 4 вливания веднъж седмично.

Резултати: Токсичността е оценена по скалата на CTCAE, v.4. При проследените от нас болни е установена хематологична токсичност 1 степен при един пациент и езофагит и трахеит 1 степен при двама болни. Не се е налагало прекъсване на лъчелечението и едновременната химиотерапия при наблюдаваните пациенти.

Изводи: Схемата за едновременно лъче-химиолечение при болни с недребноклетъчен карцином на белия дроб е с добра поносимост, приемлива токсичност и очаквани по-добри лечебни резултати в сравнение със стандартните последователни режими.

Ключови думи: белодробен карцином, едновременно лъче-химиолечение.

РЕАЛНАТА ПРАКТИКА В ЛЕЧЕНИЕТО НА СТАДИЙ III НЕОПЕРАБИЛЕН НДРБД: КЛИНИЧЕН ОПИТ НА ОТДЕЛЕНИЕ ПО МЕДИЦИНСКА ОНКОЛОГИЯ, АСК ТОКУДА БОЛНИЦА

Златанова Т., Ш. Бейхан, В. Милов, Ж. Арабаджиев

Отделение по медицинска онкология, Аджибадем Сити Клиник, УМБАЛ Токуда, София

Цел: Обобщаване на клиничния опит на Отделение по медицинска онкология, АСК Токуда болница, в лечението на стадий III неоперабилен недребноклетъчен рак на белите дробове (НДРБД) за периода 1. 11. 2019–09. 04. 2021 г.

Материал и метод: Според резултатите от клиничното проучване PACIFIC дурвалумаб като 1-годишно приложение след дефинитивно съчетано лъче-химиолечение в стадий III неоперабилен недребноклетъчен рак на белите дробове подобрява общата преживяемост и е новият стандарт за лечение при тези пациенти.

Ретроспективно са проследени общо 28 пациенти с диагностициран стадий III неоперабилен НДРБД, преминали на лечение в Отделение по медицинска онкология на АСК Токуда болница за периода 1. 11. 2019–09. 04. 2021 г. От всички 28 пациенти 77% (n=24) са получили съчетано или последователно химио- и лъчелечение. Само 30% (n=9) са получили съчетано лъче-химиолечение, а 47% (n=15) са получили последователно химиотерапия и дефинитивно лъчелечение.

46% (n=13) са получили поддържаща имуно-терапия с дурвалумаб.

Резултати: Сравняваме реалната практика с утвърдения стандарт на поведение и идентифицираме потенциални пречки за провеждането на съчетано лъче-химиолечение и причини за неприложение на дурвалумаб като поддържаща имуно-терапия. В проучването е включена малка хетерогенна група болни с отворено/единствено рамо на ретроспективно, незаслепено наблюдение, което е най-вероятната причина за дисоциация между получените резултати от реалния живот за приложение на дурвалумаб в лечението на стадий III неоперабилен НДРБД и резултатите в клиничното проучване PACIFIC.

Изводи: Непридържането към утвърдените стандарти се асоциира с по-неблагоприятни резултати в сравнение с утвърдените стандарти. Липсват данни за това как съпътстващите заболявания и общото състояние на пациентите могат да повлияят върху избора на терапевтична интервенция при пациенти с рак на белите дробове.

ТАРГЕТНО НОВОГЕНЕРАЦИОННО СЕКВЕНИРАНЕ ПРИ БЪЛГАРСКИ ПАЦИЕНТИ С ФАМИЛЕН РАК НА ГЪРДАТА И ЯЙЧНИЦИТЕ

Додова Р.¹, С. Кюркчиян¹, Ат. Миткова¹, М. Начева¹, С. Ушева², М. Василева³,
М. Таушанова⁶, Т. Седлоев², С. Христова⁴, С. Вълев⁵, К. Тимчева⁵ и Р. Кънева¹

¹Център по молекулярна медицина, МУ, София

²Клиника по едnodневна хирургия, МБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“

³Отделение по гръдна хирургия, УМБАЛ „Софиямед“

⁴Клиника по обща и клинична патология, УМБАЛ „Александровска“

⁵Клиника по медицинска онкология, МБАЛ „Надежда“

⁶Клиника по медицинска онкология, МБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“

Цел: Анализ на молекулярно генетичен анализ за герминативни мутации с платформа за ново генерационно секвениране MiSeq на Illumina.

Материал и метод: Повече от 27% от онкологичните заболявания при жените са локализирани в гърдата и 5,3% в яйчника. По литературни данни между 10 и 30% от случаите този тип заболявания могат да се дължат на патогенни варианти в гени, асоциирани с онкологични заболявания. До този момент са известни над 20 генни мутации, които се свързват с повишен риск от развитие на рак на гърдата и яйчниците, поради което в проучването бяха включени 100 пациентки с фамилен рак на гърдата и яйчника.

Резултати: При изследването бяха установени 349 варианта в 77 от изследваните 94 гена, разпределени в три основни групи: патогенни и вероятно патогенни (6,59% – 23/349), варианти с неясен клиничен ефект (33,81% – 118/349) и непатогенни (59,59% – 208/349). Процентното разпределение на вариантите, повишаващи риска за развитието на рак на гърдата и яйчника, показва, че в 4,58% (16/349) те са в BRCA1 и BRCA2 гени-

те и в 2% (7/349) в гените ATM, BLM, CHEK2, FANCM, MUTYH, NSD1 и PRF1. Изследването позволи идентифициране на генетичната причина за развитие на заболяването в 23% от случаите. При 16% от пациентите бяха установени известни патогенни/вероятно патогенни варианти в BRCA гените (7% в BRCA1 и 9% BRCA2). При 7% от изследваните пациенти бяха установени мутации в други гени, свързани с предразположението към развитието на фамилен онкологичен заболявания.

Изводи: Резултатите от пилотното проучване показват, че изследването с генни панели е ефективен подход за изясняването на генетични причини за развитието на фамилен рак на гърдата и яйчника. Откриването на генетичната причина за фамилен рак на гърда и яйчници подобрява възможностите за генетична консултация, лечение, проследяване и профилактика при тази група пациенти и техните семейства.

Финансиращи организации: Съвет по медицинска наука към Медицински университет, София, и Фонд за научни изследвания към МОН.

СЛЕДОПЕРАТИВНО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ КАРЦИНОМ НА ГЪРДАТА – РЕЦИДИВИ И МЕТАСТАЗИРАНЕ В ЗАВИСИМОСТ ОТ МОЛЕКУЛЯРНИЯ ПОДВИД

Първанова В., С. Лалова, В. Любомиров
Клиника по лъчелечение, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Оценка на рецидиви, метастазиране и туморна множественост при следоперативно лъчелечение на болни с карцином на гърдата в зависимост от молекулярния подвид.

Материал и метод: Лекувани са 511 болни в Клиниката по лъчелечение за период от 1. 01. 2015 г. до 31. 12. 2018 г. на възраст от 20 до 85 г. (ср. 57,6 г.). Проведено е стандартно лъчелечение след запазваща гърдата операция при 305 (59,6%) от тях и мастектомия при 206 (40,4 %). При 22 (4,3%) от болните са установени метакхронни карциноми на двете гърди. Разпределението по Т и N е: Т1 – 50,1%, Т2 – 38,9%, Т3 – 3,3% и Т4 – 7,7%, като 252 (49,4%) от тях са N+ и 259 (50,6%) са N0. Според хистологичния вид карциномите са: инвазивен дуктален – 85,7% и лобуларен карцином – 10,9%, с дуктален карцином инситу – 1,4%, и с други – 2% от болните. В

зависимост от молекулярния подвид на карцинома разпределението е: Luma_A (ER+ и/или PR+, Her2 -, G1) – 1,6%, Luma_B (ER+ и/или PR+, Her2 -, G2-3) – 71%, Luma_B (ER+ и/или PR+, Her2 +, всяко G) – 8,4%, TNBC (ER-, PR-, Her2-) – 9,2%, и Her2+ (ER-, PR-, Her2 +) са 9,8% от болните. При всички Her2+ болни е провеждано симултантно лечение с Транстузамаб. Оценява се корелацията между молекулярните подвидове с локален контрол и далечно метастазиране по органи и смъртност.

Резултати: За период на наблюдение средно от 56,1 месеца общо при болните са установени локални рецидиви при 7 (1,4%) от тях и далечно метастазиране при 27 (5,6%). Зависимостта от молекулярния подвид на рецидивите, метастазите и туморна множественост е представено на табл. 1.

Таблица. 1

Молекулярен подвид	Б о л н и (511)	Рецидиви (7)	М е т а с т а з и (29)	Множественост за двете гърди (22)
Luma_A	7	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Luma_B_G2-3 (Her2)	364	2 (0.5%)	20 (5.5%)	16 (4.4%)
LumaB_ (Her2 +)	43	0 (0%)	3 (6.9%)	0 (0%)
TNBC	47	2 (4.2%)	4 (8.6%)	3 (6.3%)
Her2 +	50	3 (6%)	2 (4%)	3 (6%)

Независимо от пренебрежимия брой локални рецидиви 2 (0,5%) при болни с Luma_B (Her2-), се установява при 20 (5,5%) далечно метастазиране и при 16 (4,4%) туморна множественост за двете гърди. При лъчеворезистентните карциноми с негативен хормонален статус – TNBC и Her2 + локалните рецидиви са съответно 2 (4,2%) и 3 (6%), като далечното метастазиране достига 4 (8,6%) и 2 (4%), както и рискът за карцином на двете гърди при 3 (6,3%) и 3 (6%) от тях.

Изводи: Съобразно молекулярните подвидове локалните рецидиви при следоперативно лъчелечение на болни с карцином на гърдата са пренебрежимо ниски при хормонално зависимите – 0,5%, и в рамките на 4–6% при карциномите с негативен хормонален статус (TNBC и Her2 +). Това налага бъдещо проучване за оценка на необходимостта от свръхдозироване в областта на туморното ложе при запазваща гърдата операция или на цикатрикса при мастектомия, независимо от стадия.

ФИЛОИДЕН ЦИСТОСАРКОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА – МАЛИГНЕН ВАРИАНТ

Александрова Е.¹, О. Албаяти¹, М. Диманова¹, С. Сергиева², А. Главашки³

¹УСБАЛО – ЕАД, София

²СБАЛОЗ, София

³МБАЛ „ВИТА“, София

Материал и методи: Филоидните тумори на млечната жлеза са редки фиброепителиални неоплазми. Тяхната рядкост води често до трудности и варианти в диагностицирането и лечението им. Най-често филоидните цистосаркоми се развиват във възрастта между 35 и 55 години. Те се характеризират с бърз растеж, понякога достигат значителни размери. Филоидните цистосаркоми са съставени от епителни елементи и свързваща строма с клетъчна атипия и плеоморфизъм с увеличени митози. Филоидните цистосаркоми се представят в три варианта – доброкачествени, гранични и малигнени. Основният път при малигнените варианти за разпространение е кръвният. Засяга се главно белият дроб плеврата, костите, сърцето, но метастази са съобщени и в мозъка, и в надбъбреците. Увеличени аксиларни лимфни възли се откриват в 10–15% от случаите, като позитивните са под 1%.

Резултати: Стандартните хирургични подходи при лечението на тези тумори са органосъхраняваща операция или мастектомия. Органосъхраняваща хирургия се прилага при по-малки тумори и при възможност за осигуряване на чисти резекционни ръбове. В останалите случаи е показана мастектомията. Следоперативно лъчелечение след органосъхраняваща хирургия снижава значително честотата на локалните рецидиви. Химиотерапията се прилага при метастатизиралите случаи. Представяме случай на филоиден цистосарком – малигнен вариант, развил се при 40-годишна жена. Туморът е достигнал гигантски размери и тегло 7,520 кг.

Изводи: Филоидните тумори на гърдата са редки, което често води до трудности и варианти в диагностицирането и лечението им, което налага тимов подход.

Ключови думи: млечна жлеза, малигнен филоидни тумори.

ОТЧЕТЕНА ТОКСИЧНОСТ НА ФОНА НА ЛЕЧЕНИЕ С CDK4/6i ПРИ АВАНСИРАЛ/МЕТАСТАТИЧЕН РАК НА ГЪРДА – РЕТРОСПЕКТИВНО ПРОУЧВАНЕ

Тазимова Е., Т. Златанова, Ч. Андреева, Ж. Арабаджиев

Отделение по медицинска онкология, Аджибадем Сити Клиник, УМБАЛ Токуда

Цел: Ретроспективно проучване на проявена токсичност при пациенти, лекувани с CDK4/6i на 1-ва и поредна линия на лечение с различен хормонален партньор за периода от 09.2019 до 04.2021г. в Отделение по медицинска онкология на АСК УМБАЛ Токуда.

Материал и метод: Въвеждането на CDK4/6i като стандарт на лечение при авансирал рак на гърда доведе до необходимостта от познаване на токсикологичния профил на този клас лекарствени продукти. За описания период са проследени общо 54 пациентки на лечение с CDK4/6i: 28 – на лечение с палбоциклиб (8/29% на 1-ва и 20/71% на 2-ра линия на лечение), 17 – с рибоциклиб (15/88% на 1-ва и 2/12% на 2-ра линия на лечение) и 9 – с абемациклиб (2/22% на 1-ва и 7/78% на 2-ра линия на лечение).

Резултати: При лечение с палбоциклиб са регистрирани: гранулоцитопения Gr1-2 при 9 и Gr3-4 при 9 пациенти; анемия Gr1-2 при 3-ма пациенти; тромбоцитопения Gr1-2 при 3-ма пациенти; чернодробна Gr1-2 – при

1 пациент. При 10 пациенти (36%) не е регистрирана токсичност. При лечение с рибоциклиб са регистрирани: гранулоцитопения Gr1-2 – при 3, и Gr3-4 – при 7 пациенти; анемия Gr1-2 при 4-ма пациенти; чернодробна Gr1-2 при 1 и Gr3-4 при 2-ма пациенти. Без прояви на СС токсичност. При 9 пациенти (53%) не е регистрирана токсичност. При лечение с абемациклиб са регистрирани: гранулоцитопения Gr1-2 – при 3, и Gr3-4 – при 2 -ма пациенти; анемия Gr1-2 – при 4, и Gr3-4 при 1 пациент; тромбоцитопения Gr1-2 при 1; ГИ токсичност (диария) Gr1-2 – при 2, Gr3-4 не е регистрирана. При 5-ма пациенти (56%) не е регистрирана токсичност.

Извод: Проследеният токсикологичен профил на трите представителя на CDK4/6i в нашата клинична практика се доближава до описания в регистрационните клинични изпитвания като вид и честота, като в рамките на това ретроспективно проучване не са се регистрирали нови, неописани досега токсични прояви.

НОВ ПОДХОД ЗА ПРОФИЛАКТИКА, СКРИНИНГ И ПРОСЛЕДЯВАНЕ ПРИ РАК НА ГЪРДАТА ЧРЕЗ ТЕЛЕМЕДИЦИНА

Митова В.¹, И. Гаврилов²

¹Клиника по обща хирургия, УМБАЛ „Лозенец“, София

²Клиника по гръдна хирургия, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Представяне на новосъздадено „приложение в приложението“, част от медицинска платформа, насочено към повишаване на здравната култура относно рака на гърдата, изграждане на алгоритъм за профилактика, скрининг и проследяване на здрави жени, вече диагностицирани с това заболяване пациенти и улесняване на връзката между лекар и пациент с рак на гърдата на професионално ниво.

Материал и метод: С развитието на телемедицината и въвеждането на иновативни методи за контакт между лекар и пациент концепцията за онкологичните заболявания предоставя нови подходи и алтернативи за развитие на скрининг, профилактика, диагностика и проследяване на едно от най-социално значимите онкологични заболявания – рака на гърдата. Ракът на гърдата продължава да бъде водеща причина за смърт сред пациентите с онкологични заболявания. Същевременно с това при значително по-ниска заболеваемост България е с по-висока смъртност и по-ниска 5-годишна преживяемост (с 11,1% по-ниска от средната за Европа според EUROCARE-5).

Резултати: Редица проучвания доказват, че това в голяма степен се дължи на по-напредналият стадий на диагностициране, различията в организацията на здравеопазването, начина на живот, общото здравословно състояние и по-ниската здравна култура на населението, подходите за скрининг, както и предпочитанията за лечение. Ето защо са необходими усилия за подобряване на: здравната информираност на населението, скрининга и диагностиката на това заболяване, съобразявайки се с европейските и световните стандарти. От друга страна, развитието на по-висока ефективност при здравната комуникация (лекар – пациент; лекари от различни медицински специалности) ще доведе до по-пълноценен follow-up на тези пациенти.

Изводи: Създаденото „приложение в приложението“ е нов подход в онкологичното мислене с изцяло социалномедицинска насоченост, който ще повиши значително здравната култура на населението и медицинското взаимодействие с високо ниво на професионализъм чрез използване на всички възможности на електронната среда.

ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОЛИГОМЕТАСТАЗИ СЛЕД ДЕФИНИТИВНО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ БОЛНИ С ПРОСТАТЕН КАРЦИНОМ

Михайлова И., К. Кунин

Клиника по лъчелечение, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Анализ на лечебните резултати при болни с простатен карцином в група с висок риск, провели дефинитивно лъчелечение и впоследствие развили единични далечни метастази (олигометастази).

Материал и метод: Понятието олигометастатична болест е състояние на онкологичното заболяване, което се характеризира с ограничен брой метастази в един или няколко органа и позволява успешно прилагане на локорегионално лечение с радикална цел. За периода 2016–2020 г. са проследени 5-ма болни с простатен карцином в стадий T3a,bN0M0, при които е проведено 6-месечно хормонално лечение, последвано от дефинитивно лъчелечение за областта на малкия таз до обща доза 50 Gy и свръхдозирание за простата и семенни мехурчета до 70 Gy. В

хода на проследяването са установени солитарни далечни метастази в лимфни възли, бял дроб и кости. Проведена е радиохирургия с различно фракционирание BED 70-100 Gy за олигометастазите.

Резултати: При наблюдаваните от нас пациенти е постигнат пълен контрол на метастатичната болест, установено с костна сцинтиграфия или ПЕТ/КТ с ^{68}Ga .

Заклучение: При болните с простатен карцином след проведено дефинитивно лъчелечение и поява на олигометастази прилагането на радиохирургия е терапевтичен подход с отличен локален и биохимичен контрол.

Ключови думи: простатен карцином, олигометастатична болест, лъчелечение.

РАЗВИТИЕТО НА ОНКОЛОГИЧНАТА ХИРУРГИЯ И МЯСТОТО НА УСБАЛО. ПРИНЦИПИ НА ОНКОХИРУРГИЧНОТО ЛЕЧЕНИЕ

П. Куртев,
УСБАЛО – ЕАД, София

Проследява се основаването и развитието на онкохирургичното лечение в света, причината за появата на онкохирургията като клон от хирургията, развитието ѝ в България, приносът на УСБАЛО и мястото на водещи

хирурзи като проф. Бочо Кръстев, д-р Иван Руменов, проф. Станко Киров, проф. Злати Дудунков, проф. Валентин Димитров и др. Разглеждат се основните принципи при различните локализации.

ЛАПАРОСКОПСКА ХИРУРГИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ НОВООБРАЗУВАНИЯ НА СТОМАХА

Такоров И.¹, Д. Вълчева¹, Ц. Луканова¹, С. Симеоновски¹, М. Абрашева²

¹ Първа клиника по коремна хирургия, ВМА – София

² Катедра по анестезиология и интензивно лечение, ВМА – София

Цел: Представяне опыта на Първа клиника по коремна хирургия във ВМА и анализ на резултатите, постигнати при извършване на тотална и субтотална резекция на стомаха, съчетана с D2 лимфна дисекция при злокачествени заболявания на стомаха.

Материали и методи: Лапароскопските техники в стомашната хирургия набират все повече популярност поради предимствата на миниинвазивната хирургия. Публикувани са множество проучвания, сравняващи конвенционалния и лапароскопския подход, които доказват предимствата на лапароскопския метод по отношение на травматичност, системен възпалителен отговор, болничен престой, кръвозагуба, ранно възстановяване и др., докато при сравняване броя на изолираните лимфни възли и онкологичната радикалност не се установява съществена разлика. Като единствени недостатъци на лапароскопската хирургия може да се изтъкнат: необходимостта от апаратура, зависимостта от механични съшиватели и по-дългата обучителна крива, но нито един от тях не е във вреда на пациента.

Представяме 23-ма пациенти (13 жени, 10 мъже) със средна възраст 63,5 години, лекувани в ПККХ на ВМА за периода от 01. 2019 до 01. 2021 г. При 60,8% от

случаите е извършена тотална лапароскопска гастректомия с интракорпорална анастомоза, а при останалите 39,2% – субтотална лапароскопска гастректомия. При всички пациенти оперативната интервенция включва щателна D2 лимфна дисекция. Три от случаите са оперирани след проведена неоадювантна химиотерапия, а при един е осъществена блокова резекция гастректомия с дистална спленопанкреатектомия.

Резултати: Средното оперативно време е 320 мин., като не е установена съществена кръвозагуба. Средният болничен престой е 10,4 дни. Не е наблюдавана инсуфициенция на езофаго-йеюноанастомозата. Финалният хистологичен резултат показва наличие на стомашен карцином при 18 пациенти (78,3%), множествен НЕТ при 3-ма, гастроинтестинален стромален тумор – при един от пациентите, и интраепителна неоплазия – при един пациент. Средният брой на изолираните лимфни възли е 28,7.

Изводи: Лапароскопската резекция при злокачествени новообразувания на стомаха е свързана с по-малка оперативна травма и по-бързо възстановяване без компромис с онкологичната ефективност на интервенцията.

РЕДКИ ТУМОРИ НА ГЪРДАТА – ХАРАКТЕРИСТИКА И ПОВЕДЕНИЕ

Гаврилов И.¹, В. Митова², Е. Александрова¹, Н. Марков¹, И. Полихронев¹, Д. Ал Зайат¹,
О. Ал Баяти¹, Т. Атанасов³

¹ Клиника по гръдна хирургия, УСБАЛО – ЕАД, София,

² Клиника по обща хирургия, УМБАЛ „Лозенец“, София,

³ Национален раков регистър, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Да представим широк спектър от редки тумори на гърдата, показващ епидемиологичните и клиничните им характеристики, както и оптималното поведение при тях.

Материал и методи: Ракът на гърдата е хетерогенно заболяване, което показва широк спектър от морфологични фенотипове, оформящи неговите клиничен ход и прогноза. Голямото хистологичното разнообразие обаче често води до затруднение в разпознаването на редица редки тумори от групата и съответно неправилното им лечение. Новите подходи, базирани на профилиране на генната експресия, позволяват идентифициране на молекулярно дефинирани класове на рака на гърдата с ясно изразени биологични характеристики и клинично поведение. В проучването включихме редки епителни и неепителни тумори, част от които лекувани в нашата клиника.

Резултати: Особена група при редките

тумори на гърдата са тези от неепителен произход, включващи мезенхимни тумори (саркоми) и лимфоми. От тях саркомите обхващат под 1% от всички злокачествени тумори на гърдата, а лимфомите – едва 0,5%. От епителните редки тумори основно място заемат: секреторен, папиларен, метапластичен, медуларен, муцинозен (колоиден, муко-епидермален), аденоиден кистичен рак и др. Процентно честотата на солидния папиларен карцином е 1,7%, докато при секреторния карцином отчитаме едва 0,15%.

Изводи: Редките тумори на гърдата представляват новообразувания с различни клинични характеристики, от които произлизат и особеностите им при лечението, прогнозата и проследяването. Необходимо е обаче познаването им като отделни нозологични единици, за да се избегнат пропуски в лечението им, което би довело до значително увеличаване на риска от рецидиви и влошена преживяемост при пациентите.

КЛИНИЧЕН ОПИТ В РЕСТАДИРАЩИ ОПЕРАЦИИ ПРИ МАЛИГНЕН МЕЛАНОМ

Гаврилова И.¹, В. Георгиев², Л. Чавдарова³

¹ Клиника по онкодерматология, УСБАЛО – ЕАД, София

² Клиника по обща и коремна хирургия, УСБАЛО – ЕАД, София

³ Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: История, показания и клиничен опит при рестадиращи операции на болни с малигнен меланом.

Материал и методи: Малигненият меланом е сериозно злокачествено заболяване с постоянно покачваща се честота на заболяемост. Разпространява се по лимфен път в регионалния лимфен басейн в 80% от случаите в първите 2 години. При прогресия на заболяването в 52% от пациентите се наблюдава ангажиране само на регионални лимфни възли, 30% лимфни и хематогенни метастази и 18% само хематогенни метастази. Биопсията на стражевия лимфен възел (БСЛВ) е оперативна техника за ранно рестадиране, въведена за първи път от Доналд Мортън през далечната 1982 г. Добила популярност повече при рака на млечната жлеза, в наши дни тя намира своята преломна роля при локализации като кожен малигнен меланом и Merkel- клетъчен карцином. През 2017 г. беше въведена в приложение 8-ма TNM класификация AJCC за стадиране на малигнения меланом с ключови промени в категория N и специален фокус върху дефиницията на метастази в лимфни възли. С въвеждането ѝ се установи, че двойно повече пациенти биват диагностицирани в III клиничен стадий с голяма разлика в 5- и 10-годишната преживяемост в различните подгрупи. Ерата на регистрация и реимбурсация на редица иновативни терапии за адювантно лечение в III стадий повиши и осмисли нуждата от ранно откриване на високорисковите пациенти в стадия на микрометастатично лимфно засягане. Последното е възможно само посредством своевременно и прецизно извършена сентинелна биопсия на стражевия лимфен възел.

Резултати: Новите възможности за адювантно лечение доведоха до разширяване на индикациите за провеждането на БСЛВ.

Според препоръките на ESMO от 2019 г. всички пациенти с дебелина на първичния тумор над 0,8 мм по Бреслоу и наличен признак улцерация подлежат на рестадираща оперативна интервенция (БСЛВ) при липса на клинични и образнодиагностични съмнения за метастатично ангажиране на регионалния басейн. Следваме стриктно формулиран алгоритъм за ранно престадиране на всички пациенти според международните препорки с изпълнение на БСЛВ в два етапа. В първи етап се извършва ексцизионна биопсия на първичния тумор в отстояние 5 мм здрава тъкан, за да се избегне компрометиране на ембрионално предопределения на всеки пациент анатомичен лимфен дренаж. Във втори етап, след минимум 2 седмици и не по-късно от 2 месеца от първия, се извършва изотопно маркиране в звено по нуклеарна медицина с ^{99m}Tc-Nanocolloid и топографско локализиране на сентинелния възел посредством лимфосцинтиграфия и SPECT/CT диагностика. Интраоперативно, в рамките на 24–48 часа, маркираният стражеви лимфен възел се локализира с детектор – гама сонда, според отчетената активност на изотопа.

Изводи: Клиничният опит на екипа, прецизно извършените етапи на БСЛВ в аксиларната, ингвиналната и шийната област позволява откриване на микрометастази от 1-2 мм в условия на минимален морбидитет и риск от фалшиво негативни резултати. Възможността за ранно откриване и престадиране от I и II в III клиничен стадий на пациентите с малигнен меланом и ранното провеждане на адювантно лечение подобрява преживяемостта без прогресия и намалява риска от далечни метастази при над 50% от пациентите. Именно затова прецизното познаване и изпълнение на техниката е от съществено значение за нейната успеваемост.

КОНСЕРВАТИВЕН ПОДХОД ПРИ ЕНДОМЕТРИАЛЕН КАРЦИНОМ. СЛУЧАЙ ОТ ПРАКТИКАТА И ПРЕГЛЕД НА СЪВРЕМЕННИТЕ ТЕРАПЕВТИЧНИ ВЪЗМОЖНОСТИ

С. Константинов, С. Бачурска
УСБАЛО – ЕАД, София

Карциномът на ендометриума е най-честият злокачествен тумор, който гинекологичните трябва да лекуват, и заема второ място след карцинома на млечната жлеза при жената. Въпреки че се среща основно във времето след менопаузата и периода около нея, в 2–14% от случаите засегнатите са жени под 45-годишна възраст. Желанието за запазване на фертилността при част от тях налага различен подход от златния стандарт – хистеректомия с двустранна аднексектомия.

Представен е случай на 34-годишна пациентка с ендометриоиден аденокарцином на ендометриума, при която се направиха серия от хистероскопски резекции и бяха приложени гестагени. Прави се преглед на условията, при които подобно лечение е възможно, наличните терапевтични средства и резултатите, съобщавани в проведени проучвания.

Ключови думи: ендометриален карцином, консервативно лечение, хистероскопска резекция.

НУКЛЕАРНОМЕДИЦИНСКА ХИБРИДНА ДИАГНОСТИКА ПРИ МЕРКЕЛ-КЛЕТЪЧЕН КАРЦИНОМ

Чавдарова Л.¹, И. Гаврилова², Е. Пиперкова¹

¹ Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО – ЕАД, София

² Клиника по онкодерматология, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Представяне на възможностите на съвременната нуклеарна медицина (НМ) за точно стадиране и проследяване на МКК, използвайки различни радиофармацевтици, таргетиращи специфични биологични характеристики и процеси.

Материал и метод: Меркел-клетъчният карцином (МКК) е рядък кожен тумор с висок риск за рецидив и дисеминация още в първите 2–3 години след поставяне на диагнозата. Невроендокринният произход, агресивното му поведение, вероятността за откриване на клинично дълго неприявени микроскопски метастази в лимфни възли предопределят нуждата от мултидисциплинарна експертиза. В изложението представяме 3 клинични случая на пациенти с МКК, преминали стадиращи и проследяващи процедури в Клиниката по нуклеарна медицина на УСБАЛО.

Резултати: При двама пациенти е проведена сентинелна лимфна сцинтиграфия (СЛС) с хибридна SPECT/CT (Symbia T16, Siemens) с успешно картиране на сентине-

лен лимфен възел (СЛВ), последвано от биопсия. Пациентите са проследени с най-ново поколение напълно дигитална 18F-FDG-PET/CT (Biograph Vision, Siemens) с отчитане на терапевтично повлияване, поява на нови лезии и насочване на последващото лечение – оперативно, лекарствено и лъчелечение (ЛТ). При един пациент е проведена рестадиреща PET/КТ след оперативно лечение за планиране на предстояща ЛТ, контролна 99mTc-Tektrotyd-SPECT/CT след нея, с отчитане на терапевтичен ефект и проследяване с 68-Ga-DOTATATE-PET/CT в ДЛЗ.

Изводи: Нуклеарномедицинските методи са неизменна част от интердисциплинарния алгоритъм за поведение при МКК с точно стадиране и ранно насочване на лечение, в това число с включване на анти-PD-L1 моноклонални антитела при метастазирало авансирало заболяване.

Ключови думи: Меркел-клетъчен карцином, сентинелна лимфосцинтиграфия, SPECT/CT, PET/CT.

ОСОБЕНОСТИ НА 18FDG – PET/CT СЛЕД ТАЛК ПЛЕВРОДЕЗА ПРИ ПАЦИЕНТИ С МАЛИГНЕНО АНГАЖИРАНЕ НА ПЛЕВРАТА – ПРЕДВАРИТЕЛНО СЪОБЩЕНИЕ

Николова К., Е. Пиперкова, Л. Чавдарова, М. Михайлова
Клиника по нуклерна медицина, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Представяне на особеностите на 18FDG – PET/CT образите след талк плевродеза (ТП) при пациенти с малигнено ангажиране на плеврата.

Материал и метод: Талк плевродезата често е метод на избор за лечение на пациенти с малигнено ангажиране на плеврата. Всички 8 пациенти са контролирани с 18FDG – PET/CT в различни срокове след проведено то лечение (от 1 месец до 1 година). Анамнестично талкът е приложен чрез видео асистирана торакоскопия (VATS). Той предизвиква възпалителна реакция, която води до прилепване на висцералната и париеталната плевра.

Резултати: Депозитите на талка показват високо натрупване на 18-FDG, най-често линейно, отколкото нодуларно, повече дорзобазално. В повечето случаи това остава непроменено във времето за дълъг период в резултат на хроничните грануломатозни реакции и други възпалителни промени, което не винаги е признак за активно малигнено заболяване.

Изводи: Познаването на гореспоменатите плеврални промени може да подпомогне разграничаването на индуцираното от ТП възпаление от плевралното злокачествено заболяване и да се избегне фалшиво положителна интерпретация на 18FDG - PET/CT изследвания.

ПРИНОС НА ДИГИТАЛНИЯ ПЕТ/КТ В НЕОЧАКВАНТО ОТКРИВАНЕ НА ВТОРО ОНКОЛОГИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ ПРИ ОТЧИТАНЕ НА ЕФЕКТА ОТ ИНИЦИАЛНОТО ЛЕЧЕНИЕ НА ПЪРВИЧЕН ЗЛОКАЧЕСТВЕН ПРОЦЕС

Михайлова М.¹, Е. Пиперкова¹, Л. Чавдарова¹, К. Николова¹, С. Бачурска²

¹Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО – ЕАД, София

²Клиника по обща и клинична патология, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Цел на презентацията е посочването на приноса на диагностичните възможности на дигиталния ПЕТ/КТ в случайно откриване на второ онкологично заболяване при отчитане на ефекта от инициално лечение на първичен злокачествен процес в периода на проследяване.

Материал и методи: Непрекъснатото нарастване на новите случаи на онкологични заболявания и все по-честото откриване на клинично неприявени онкологични заболявания налагат прилагането на високочувствителни и специфични диагностични подходи. Хибридните дигитални ПЕТ/КТ скенери позволяват функционално изобразяване на активно пролиферативни неопластични лезии до 1 ml туморен обем и клетъчна пролиферация под 2 mm.

Представят се 3 клинични случая с отчитане на терапевтичния ефект с пълна ремисия на онкологичното заболяване на ПЕТ/КТ. Пациентите са проследявани с най-новото технологично поколение напълно дигитален 18F-FDG PET/CT (64 slices, Siemens, Biograph Vision 450) с интерпретация на получените ПЕТ-функционални, КТ-плътностно-размерни и насложени структурни и функционални образи с изчислени количествени индекси за степен на малигненост и туморен обем (SUVmax, TLG, MTV и Deauville score

1-5).

Резултати: При една пациентка с първичен карцином на бъбрека след оперативно лечение на ПЕТ/КТ е отчетен пълен контрол на основното заболяване, но се открива повишено патологично включване на 18FDG в лявата млечна жлеза със сигнификантни стойности на SUV max, впоследствие хистологично верифициран интрадуктален карцином на млечната жлеза (РМЖ). При втората пациентка с РМЖ е отчетен пълен терапевтичен отговор след проведеното лечение, но на последващ ПЕТ/КТ е установена формация в левия бял дроб. След биопсия е доказан хистологично дребноклетъчен карцином на белия дроб. При третата пациентка с карцином на млечната жлеза в хода на проследяването 10 години след успешно комплексно лечение се установява обемна туморна формация в колон асценденс и множество чернодробни метастази. Хистологично е потвърден дебелочревен карцином.

Заключение: Навлизането на новото поколение дигитални ПЕТ/КТ скенери повиши диагностичната точност и ранното откриване на клинично неприявени онкологични заболявания.

Ключови думи: Позитронно-емисионна компютърна томография (ПЕТ/КТ), втора онкологична локализация.

РАМНОЛИПИДИТЕ – БИОСЪРФАКТАНТИ, ЕСТЕСТВЕНИ ПРОТИВОРАКОВИ СРЕДСТВА И ВЪЗМОЖНИ ИНХИБИТОРИ НА АВТОФАГИЯТА

Семкова С.¹, Г. Антов^{1,2}, И. Илиев^{1,3}, П. Лефтеров⁴, Н. Христова⁵, Л. Начева⁵, И. Стойнева⁶, Л. Кабаиванова⁵, Я. Цонева¹, Г. Станева¹, Б. Николова^{1*}

¹Институт по биофизика и биофизика и биомедицинско инженерство, БАН

²Институт по физиология на растенията и генетика, БАН

³Институт по експериментална морфология, патология и антропология с музей, БАН

⁴Факултет по науки за образованието и изкуствата, СУ „Св. Климент Охридски“

⁵Институт по микробиология „Акад. Стефан Ангелов“, БАН

⁶Институт по органична химия в център по фитохимия, БАН

Цел: Изследване *in vitro* на противораковата активност на моно- и ди-рамнолипиди (RL-1 & RL-2) срещу рак на гърдата при човека и анализ на комбинацията с класическия цитостатик – цисплатина.

Материали и методи: Редица биологично активни вещества са доказани като алтернатива на конвенционалните противоракови лекарства.

Клетъчните линии от рак на гърдата (MCF-10A, MCF-7 и MDA-MB-231) са третирани с RL и в комбинация с цисплатина. Жизнеспособността се анализира с помощта на МТТ анализ, а изследването на автофагията се извършва чрез оцветяване с акридин оранж.

Резултати: За разлика от здравите клетки, и двете тествани ракови линии проявяват чувствителност към третирането с RL. Този ефект е придружен от влияние върху свързания с автофагията процес на образуване на

кисели лизозоми. Само за тройно негативната клетъчна линия на рак на гърдата (MDA-MB-231) се наблюдава синергичен ефект на комбинираното лечение (10 μ M цисплатина и 1 мкг/мл RL-2).

Изводи: Въз основа на проучвания за реорганизация на мембранните модели на двуслойни системи в присъствието на RL и данните за по-голямо количество липидни салове в мембраните на раковите клетки, отколкото в нетуморогенните, ние предлагаме механизъм на реорганизация на мембраната – образуване на ендозома. Накратко, за да има синергичен ефект, е необходимо едновременно да има цисплатина, RL-2 и положителна кривина.

Проучването е осъществено с финансиране от ФНИ по договор ДН11/2 от 14. 12. 2017 г. на Б.Н.

ЕФЕКТИВНОСТ И ТОКСИЧНОСТ НА ПАНИТУМУМАБ В КОМБИНАЦИЯ С ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С RAS ДИВ ТИП МЕТАСТАТИЧЕН КОЛОРЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ. ОПИТЪТ НА ОТДЕЛЕНИЕТО ПО МЕДИЦИНСКА ОНКОЛОГИЯ НА АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК, БОЛНИЦА ТОКУДА

Драганова С., А. Контилев, К. Орешков, Ж. Арабаджиев

Отделение по медицинска онкология, Аджибадем Сити Клиник, УМБАЛ Токуда

Цел: Анализирание на преживяемостта без прогресия и поносимостта на лечение при болни с метастатичен колоректален карцином, лекувани на първа и втора линия според локализацията на дебелочревния карцином и метастатичния товар.

Материали и методи: Панитумумаб е напълно човешко моноклонално антитяло, таргетиращо рецептора на епидермалния растежен фактор (EGFR). Индикациите за приложението му са в комбинация с химиотерапия на първа- и втора линия на лечение и като монотерапия при рефрактерни на химиотерапия случаи. Анализирани са ретроспективно медицинската документация на 56 пациенти с хистологично верифициран карцином на дебело черво или ректум и е потвърдена липсата на мутации в RAS гените. Всички включени пациенти са в IV стадий и в пърформанс статус 0, 1 и 2. Лечението е провеждано с ФОЛФОКС, ФОЛФИРИ или 5-ФУ/ЛВ + Панитумумаб в периода от 08.2017 до 04.2021. Разпределението по пол е 30 жени (54 %) и 26 мъже (46 %); според първичната локализация на тумора – ляв колон – 39% от случаите, десен колон – 25%, ректум – 36%. 33,61% (33 от пациентите) са с чернодробни метастази, 12,22% (12 от тях) са с белодробни метастази и 9,17% (12 болни) са с перитонеални метастази. 78,6% (44 болни)

са получили Панитумумаб в комбинация с химиотерапия на първа линия, при 12,22% (12 от пациентите) Панитумумаб е прилаган на втора линия.

Резултати: В нашето проучване средната стойност на преживяемост без прогресия (mPFS) при първа линия е 9,4 месеца, при втора линия – 7,3 месеца. Най-добър отговор – пълен отговор е отчетен при 7,17% (4 болни); частичен отговор – 21,43% (12 болни); стабилно заболяване – 44,64% (25 болни); прогресия – 26,79% (15 болни). Според локализацията mPFS е 7,7 месеца за ляв колон, 7,2 месеца за десен колон и 10,5 месеца за ректум. Най-често докладваните токсичности са кожната (при 56,88% в степен 1–2, при 16,07% – степен 3, при 32,14% не е наблюдавана кожна токсичност) и хипомагнезиемия (при 10% в степен 2), не са наблюдавани остри инфузионни реакции.

Изводи: Въпреки малкия брой пациенти, нашите данни по отношение на ефективност и толерантност от приложението на Панитумумаб в комбинация с химиотерапия са окуражаващи и сравними с резултатите от регистрационните клинични изпитвания. Нашите данни потвърждават, че приложението на Панитумумаб е ефективно и безопасно в реалната клинична практика.

ДЕВЕТГОДИШНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА РЕЦИДИВИТЕ И МЕТАСТАЗИТЕ ПРИ ПАЦИЕНТКИ, ПРОВЕЛИ АДЮВАНТНО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОД ЕНДОМЕТРИАЛЕН КАРЦИНОМ

Генова Б.¹, В. Първанова¹, Е. Петкова¹, Л. Узунова²

¹Клиника по лъчелечение, УСБАЛО – ЕАД, София

²НРР, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Деветгодишно проследяване на рецидивите и метастазите при пациентки, провели адювантно лъчелечение по повод ендометриален карцином в Клиниката по лъчелечение на УСБАЛО.

Материал и метод: За периода от 1. 01. 2008 г. до 31. 12. 2012 г. са провели следоперативно лъчелечение (ЛЛ) 699 болни с ендометриален карцином (ЕК), от които 463 (66,2%) с брахитерапия, със съчетано перкутанно ЛЛ и брахитерапия 144 (20,6%) или със самостоятелно перкутанно ЛЛ при 92 (13,2%). Средното време за проследяване е 7,7 години. Средната възраст е 60,4 г. (от 34 до 88 г.). В T1a стадий с миометрална инвазия <1/2 в миометриума са 415 болни, T1b с инвазия >1/2 в миометриума – 111 болни, T2 – 90, T3 – 57, N1 – 25 болни.

Резултати: Към 1. 04. 2021 г. са установени 11 локални рецидива, като при 7 са в съчетание с метастази, а изолирани само при 4 болни. Десет от пациентките, или 90,9%, с локален рецидив са починали средно 2,6 г. след появата на рецидива. Най-често срещаните далечни метастази са в лимфни възли (обикновено парааортални) при 25%, бял дроб – при 23%, в костите – при 14%, перитонеума – 12%, в черния дроб – при 4%, кожата – 2%, и при 18% от болните на други места. Въпреки малкия брой болни за периода (3) се очертава тенденция за отлично повлияване от радиохирургия при олигOMETASTATИЧНА

болест в белия дроб. Общо починали са 221, или 31,6% от лекуваните болни, като от ЕК са 167 (23.9%), от друго заболяване, включително и друго онкологично заболяване, са 54, или 7%. Средната възраст на починалите от ЕК е 64,3 г. – по-висока от общата средна възраст за групата – 60,4 г. По хистологичен вид починалите се разпределят така: ендометриодиден аденокарцином – 122 болни, папиларен аденокарцином – 20 болни, аденосквамозен карцином – 15 болни, светлоклетъчен карцином – 3, недиференциран карцином – 1, стромален сарком – 1. Общо неблагоприятните хистологии са представени при 25 % от групата на починалите болни в сравнение с тези хистологии при 17% при всички болни.

Изводи: При проследяваните пациентки, провели адювантно ЛЛ по отношение на ЕК, възрастта над 60 години е лош прогностичен фактор. Неблагоприятният хистологичен вид се свързва в по-голяма степен с риск от метастазиране и смърт от онкологичното заболяване. Наблюдава се тенденция при олигOMETASTATИЧНИ болни с белодробни метастази за добро повлияване от провеждането на радиохирургия. Появата на локален рецидив обикновено е в съчетание с далечни метастази и е свързана с лоша прогноза и летален изход до 3-та година, което определя важноста на правилното лечебно поведение.

HPV-АСОЦИИРАНИ КОЖНИ ТУМОРИ С ГЕНИТАЛНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ

Цекова Н.¹, С. Бачурска², Д. Николова³

¹ Клиника по дерматология, УСБАЛО – ЕАД, София

² Клиника по обща и клинична патология, УСБАЛО – ЕАД, София

³ II САГБАЛ „Шейново“, София

Цел: Проучване на клинико-епидемиологични характеристики и рискови фактори на пациенти, диагностицирани с HPV-асоциирани кожни тумори с генитална локализация.

Материал и метод: HPV-инфекциите са най-разпространени полово предавани заболявания. Те могат да протичат асимптоматично, да се проявят под формата на остри кондилими или да доведат до проява на инвазивни цервикални, вулварни, пенилни и анални неоплазии. Анкетен метод, клиничен преглед и хистопатологичен анализ на пациенти за 5-годишен период.

Резултати: Изследването демонстрира пропорционално полово разпределение. Млади и пациенти в средна възраст са диагностицирани по-често с бенигнени или ин-

траепителни лезии, докато възрастни пациенти – с малигнени такива (плоскоклетъчен карцином). Бенигнените лезии най-често са асоциирани с нискорискови щамове на HPV, докато интраепителните (VeiN, PeiN) – с високорискови. Сред рисковите фактори се открояват имунната супресия, най-често HIV-асоциирана и медикаментозно индуцирана, промискуитет и липсата на циркумцизия.

Изводи: HPV-инфекцията е строго асоциирана с кожни тумори с генитална локализация и изследване на HPV-статус има допълнително диагностични, клинично и прогностично значение.

Ключови думи: HPV-инфекция, генитални кожни тумори.

ПИЛОТНО ИМУНОХИСТОХИМИЧНО И ИН СИТУ ХИБРИДИЗАЦИОННО ИЗСЛЕДВАНЕ НА HPV-СТАТУС ПРИ ПЛОСКОКЛЕТЪЧЕН КАРЦИНОМ НА ПЕНИС И ВУЛВА

Бачурска С.¹, К. Нейков², Г. Чакалова³, С. Константинов³, Н. Цекова⁴

¹Клиника по обща и клинична патология, УСБАЛО – ЕАД, София

²Клиника по урология, УСБАЛО – ЕАД, София

³Клиника по онкогинекология, УСБАЛО – ЕАД, София

⁴Клиника по онкодерматология, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Проучване за надеждността на двойния метод, който комбинира оценка на p16 експресия на протеин чрез имунохистохимия и вирусна интеграция в гостоприемника чрез in situ хибридикационен метод (ISH).

Материал и метод: Последните научни данни показват, че плоскоклетъчните карциноми с генитална локализация, асоциирани с човешкия папиломен вирус (HPV), се очертават като отделна подгрупа сред раковите заболявания на гениталната област с различна епидемиология, хистопатологични характеристики, терапевтичен отговор на химио-лъчевото лечение и клиничен резултат. Все още няма международен консенсус относно методите за идентификация, които да се използват в клиничната практика. Изследвани са материалите на 11 пациенти с плоскоклетъчен карцином на пениса и вул-

вата, оперирани в Клиниките по урология и онкогинекология на УСБАЛО. Позитивна експресия на p16 е установена при 7 пациенти. Наличие на вирусни частици на HPV 16 са идентифицирани при 2-ма, на HPV 6 – при нито един от изследваните пациенти.

Резултати: HPV ин ситу хибридикационен метод е късен инструмент за детекция на вирусни частици. От друга страна, p16 е изключително точен и надежден диагностичен метод за установяване на вирустрансформиращи клетъчни промени. Той добавя прогностична стойност, осигурявайки възможност за персонализиран терапевтичен подход.

Ключови думи: p16, имунохистохимия, in situ хибридикация, плоскоклетъчен карцином, вулва, пенис.

ПРЕПОРЪКИ НА ЕВРОПЕЙСКАТА АСОЦИАЦИЯ ПО УРОЛОГИЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ С НЕМУСКУЛНО ИНВАЗИВЕН КАРЦИНОМ НА ПИКОЧНИЯ МЕХУР ПО ВРЕМЕ НА ПАНДЕМИЯТА С COVID-19

Сироманов Ж., С. Рангелов, Р. Мирчов, Д. Гайдаров

Отделение по урология и андрология, Болница „Вита“ – София

Цел: Адаптиране на препоръките на Европейската асоциация по урология (EAU) към българското здравеопазване.

Материал и методи: След първия случай на пациент с COVID-19 на 08. 03. 2021 г. българското здравеопазване се сблъска с пандемия, с каквото не се е сблъсквало в модерната си история. През това време на няколко пъти страната ни бе поставяна в локдаун, съответно плановите операции на няколко пъти бяха прекратявани и след това възобновявани. EAU раздели пациентите на няколко групи според вида, степента на диференциация и локализацията на карцинома на пикочния мехур. Всяка група е с разли-

чен приоритет на лечение, като се обособи и група за спешните пациенти.

Резултати: Екипът на Отделението по урология и андрология в болница „Вита“ адаптира препоръките на EAU и изработи алгоритъм за лечение на база индивидуален подход за всеки пациент.

Изводи: Липсата на достатъчно медицинска информация и готовност в началото на пандемията постави лекарите и пациентите в неизгодна ситуация. Това наложи създаване на нови методи за организация и поведение на медицинските специалисти според нуждите на всеки пациент.

САРКОМА КАПОШИ – ДИАГНОСТИЧНИ И ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА В ДЕРМАТОЛОГИЧНАТА ПРАКТИКА

Магди Ю.¹, К. Мишовска², С. Бачурска³, Н. Цекова¹

¹Клиника по онкодерматология, УСБАЛО – ЕАД, София

²Клиника по медицинска онкология, УСБАЛО – ЕАД, София

³Клиника по обща и клинична патология, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Представяне на клинични случаи на пациенти, диагностицирани с Капоши саркома, анализ на етиологичните фактори и алгоритъм на терапевтично поведение.

Материали и методи: Капоши саркомът е злокачествен мултифокален неопластичен процес. Произхожда хистогенетично от ендотела на кръвоносните и лимфните съдове и е с преимуществено кожно засягане. Заболяването е свързано с човешки херпесен вирус 8 и е най-честото ХИВ-свързано злокачествено заболяване. Капоши саркомът в повечето случаи започва с кожни лезии и впоследствие се разпространява и ангажира вътрешните органи.

За периода 2019–2020 г. в нашата клиника са диагностицирани петима пациенти с Капоши саркома – всичките мъже на средна възраст 52 години. Само един от диагно-

стицираните случаи е в асоциация с ХИВ инфекция. Диагнозата се базира на клиничната картина, която бе представена от еритемо-ливидни нодули с различни размери, локализирани по кожата на трункуса, горни и долни крайници. При всичките пациенти бе проведено хистологично и имунохистологично изследване.

Резултати: Поради множествените лезии при 4-ма пациенти се проведе лъчетерапия на по-големите по размер лезии с последваща химиотерапия. При пациента с ХИВ инфекция кожните лезии претърпяха обратно развитие след включване на аниретровирусна терапия.

Изводи: Изясняването на нови етиологични и патогенетични фактори може да доведе до прилагането на нови и по-ефективни терапевтични подходи.

МОС МИКРОГРАФИЧНА ХИРУРГИЯ – ОБЗОР, ИНДИКАЦИИ, НОВОСТИ

Карамфилова А.¹, С. Бачурска¹, Л. Хилен², М. Абдул Хамид², В. Уинепенинкс²,
Н. Келенерс-Смит³

¹Клиника по обща и клинична патология, УСБАЛО – ЕАД, София, България

²Клиника по обща и клинична патология, Университетски медицински център,
Маастрихт, Нидерландия

³Клиника по дерматология, Университетски медицински център,
Маастрихт, Нидерландия

Цел: Показания за приложение на микро-
графичната хирургия Мос.

Материал и метод: Мос микрографичната
хирургия е високоефективен метод за ради-
кално лечение на кожни неопластични лезии
в областта на главата и шията. Същността ѝ
се базира на поетапна хирургична резекция,
последвана от прецизно картографиране на
резекционните линии и пълната им хистоло-
гична оценка.

Резултати: В днешно време тя се е утвър-
дила като най-ефективната интервенция за

лечение на злокачествени кожни тумори с
оптимален прогностичен и естетичен ефект.
Тази техника намира основно приложение
в лечението на базоцелуларния карцином в
областта на лицето.

Изводи: Ролята на патолога е от ключово
значение за постигане на максимален ради-
кален резултат. Обещаващо е приложение-
то на телемедицина и изкуствен интелект в
тази област.

Ключови думи: Мос микрографична хи-
рургия, кожни тумори.

**РЕЗЮМЕТА
ПОСТЕРНА СЕСИЯ**

COMPARISON OF THE OF POSSIBLE ANTITUMOR BIOACTIVITY OF TWO RED ALGAL STRAINS PORPHYRIDIMUM SORDIDUM AND PORPHYRIDIMUM CRUENTUM

Ivanova J.¹, Vasileva I.¹, Kabaivanova L.², Nikolova B.³, Tsoneva, Y.³

¹*Institute of Plant Physiology and Genetics, Bulgarian Academy of Sciences*

²*The Stephan Angeloff Institute of Microbiology, Bulgarian Academy of Sciences*

³*Institute of Biophysics and Biomedical Engineering, Bulgarian Academy of Sciences*

The aim of the research was to isolate, purify and test the possible antitumor properties of exopolysaccharides from two red microalga (Rhodophyta) - *Porphyridium sordidum* and *Porphyridium cruentum*.

For this study, the unicellular red microalga *Porphyridium cruentum*, strain VISCHER 1935/107 and red microalga *Porphyridium sordidum* strain were obtained from the Trebon collection, Czech Republic and investigated. The semi-continuous cultivation was conducted in special vessels (200 ml). Microalgae were grown at 26 °C and aeration with 2%CO₂, illumination 8000 lux.

Two carcinogenic lines - high metastatic MDA-MB 231 and low metastatic MCF-7, and one normal cell lines were tested in the in vitro experiments. After the cultivation, the microalgal polysaccharide was dialyzed for purification. Polysaccharide concentrations used were: 10, 25, 50, 75 and 100 µg/ml, applied on 1x10⁵ cells. MTS test (Promega) was performed for cell survival and proliferation. Results were estimated after 48 h.

Inhibition of cell proliferation of cell lines: high metastatic MDA-MB 231, low metastatic

MCF-7 and normal MCF-10A by the isolated from the red microalga *Porphyridium sordidum* exopolysaccharide was estimated. The effect was dose dependent. At concentration 50µg/ml on the high metastatic MDA-MB 231 cell line the registered inhibition was 35% and at 75 µg/ml it was 40%. For the low metastatic MCF-7 cell line the effect of inhibition was less expressed - up to 30%, using concentration of 75µg/ml. The results obtained with the polysaccharide from the second microalga *P. cruentum* showed slightly lower efficiency.

The polysaccharide synthesized and released into the surrounding medium by the red unicellular algae showed promising properties as possible anticarcinogenic agent. Viability test performed showed stronger effect of the isolated polysaccharide from *Porphyridium sordidum* on the high metastatic breast cancer cell line MCF-7 and almost no inhibitory effect on the normal cell line. Further studies could elucidate the mechanism of action of this bioactive compound.

Acknowledgement: This work was supported by the BNSF, Grant DN 11/2.

NATURAL BIOACTIVE SUBSTANCES FROM ALGAE AND BACTERIA TESTED AS CYTOTOXIC AGENTS FOR USE IN BIOMEDICINE

Kabaivanova L.¹, Ivanova J.², Nikolova B.³, Vasileva I.², Nacheva L.¹, Christova N.¹, Tsoneva, Y.³

¹The Stephan Angeloff Institute of Microbiology, Bulgarian Academy of Sciences

²Institute of Plant Physiology and Genetics, Bulgarian Academy of Sciences

³Institute of Biophysics and Biomedical Engineering, Bulgarian Academy of Sciences

The purpose of this study was to evaluate potential cytotoxic effects of the algal heteropolysaccharide as well as glycolipid of bacterial origin on cancer cell lines as an alternative by finding novel, nontoxic compounds from natural sources, possessing high degree of specific, but low general cytotoxicity.

Cell viability (MTT – test) and cytoskeleton integrity (immunofluorescence of actin) of tumor and non-tumor cell lines after application of isolated microalgal heteropolysaccharide and bacterial glycolipid were followed. Electroporation was applied to facilitate substance delivery through plasma membrane and potentiate the effect of the tested substances.

The lowest tested concentration of the polysaccharide (10 µg/ml), isolated from the red microalga *Rhodella reticulata* induced reduction of cell viability by 34%. Higher concentrations (100 µg/ml) led to about 60% viability decrease. Concentrations of 50 µg and 100 µg induced reorganization of actin filaments and loss of cells polarization, visualized by immunofluorescence. Application of 75 µg/ml polysaccharide in combination with 200V/

cm electroporation induced 40% decrease in viability of MDA-MB231 cells and changes in cell morphology.

High metastatic breast cancer cell line MDA-MB 231 was treated for 24h with 15 µM; 25 µM; 35 µM; 45 µM; 50 µM; 60 µM of the bacterial trehalose lipid from *Nocardia farcinica*, respectively. The response was dose dependent upon the applied treatment. Calculated IC₅₀ = 46.919 µM. The effect on normal cell line was negligible.

The polysaccharide synthesized by the microalga and the bacterial glycolipid showed promising properties as possible anti-carcinogenic agents. Microorganisms are potentially prolific sources of highly bioactive secondary metabolites that might represent useful leads in healthcare. The obtained bioactive substances could be further tested as new anticancer drugs into practice as therapeutic agents of biological origin, which is justified by their lower toxicity and hence greater safety than synthetic pharmaceuticals.

Acknowledgement: This work was supported by the BNSF, Grant DN 11/2.

ПРЕДИМСТВА НА ТЕХНОЛОГИЧНО УСЪВЪРШЕНСТВАНТО НОВО ПОКОЛЕНИЕ НАПЪЛНО ДИГИТАЛНИ (D)PET/СТ СКЕНЕРИ В ПОДОБРЯВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ИЗОБРАЖАВАНЕ ЗА ПО-ДОБРА КЛИНИЧНА ДИАГНОЗА

Петров С., Е. Пиперкова

Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Посочване и класифициране на най-съвременните технически и технологични подобрения на новото поколение дигитални dPET/СТ с преодоляване на артефакти спрямо конвенционалните с цел подобряване качеството на изображенията и намаляване на параметричните ограничения за постигане на по-добра клинична диагноза.

Материали и методи: От ключово значение в клиничната нуклеарна медицина е внедряването на нови, високотехнологични скенери за повишаване точността на клиничната диагноза. Напълно дигиталните позитронно-емисионни томографи (dPET/СТ), хибридизирани с ultra-high resolution (UHR), многосрезови компютърни томографи са с най-високочувствително, целотелесно, функционално изобразяване, насложено върху анатомичните структури. За периода 2020–2021 г. с въвеждането на последното поколение напълно дигитален хибриден dPET/СТ скенер в Клиниката по нуклеарна медицина на УСБАЛО са приложени нови технологични подходи, утвърдени са нови методологични алгоритми, преодоляващи артефакти и технически ограничения на аналоговите PET/СТ с пъти по-висококачествени образи в ежедневната диагностична дейност.

Резултати: Класифицирани са групите предимства за по-качествено изобразяване:

1. *Дигитална технология* с time of flight (TOF), с 214 ps в сравнение с над 500 ps при аналоговите PET/СТ, сензорна система на

възприемане и възпроизвеждане на импулсите спрямо ограничения брой фотомножители и „мъртви пространства“ при аналоговите, уникална плътна кристална решетка, осигуряваща много високата разделителна способност, многократно по-широко зрително поле ≥ 6 ринга, отворът на гентрито е без аналог, усъвършенствано поколение рентгенова тръба на СТ и др.

2. *Методи за преодоляване на артефакти:* 2.1. Използване на функцията „Итеративно намаляване на метални артефакти“ (IMAR) значително подобрява качеството на СТ изображението при наличие на метални импланти; 2.2. Алгоритми за корекция на разсейването (RELATIVE) и (ABSOLUTE) преодолява артефакти от движение на пациента по време на придобиването на данни или при източник на висока активност, водещо до индуцирана фотопенична област, затрудняваща образната интерпретация.

Изводи: Непрекъснатата колаборация на медицинските и техническите специалисти, познаването на високотехнологичните предимства на дигиталните пред полудигиталните и аналоговите PET/СТ, ежедневният качествен контрол и оптималното прилагане с детайлно познаване на софтуера и хардуера са ключът за постигане на максимално качествени, „истински“ образи с по-висока информативност и диагноза.

Ключови думи: артефакти, PET/СТ, dPET/СТ, IMAR, RELATIVE, ABSOLUTE.

РЕЗЮМЕТА ОТ ДОКЛАДИ НА СПЕЦИАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

НИСКОДОЗОВА КОМПЮТЪРНА ТОМОГРАФИЯ ПРИ СКРИНИНГ И ДИАГНОСТИКА НА ПАТОЛОГИЧНИ ПРОМЕНИ В ГРЪДНИЯ КОШ

Кошутова М., А. Денчева

УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Определяне на диагностичната способност при нискодозовата компютърна томография (КТ) в сравнение с КТ със стандартна доза и изграждане на стратегии за намаляване на дозата въз основа на различни клинични проучвания и публикувани доклади.

Материал и методи: Съществува широк спектър от фактори, които могат да повлияят върху дозата на облъчване пряко или непряко, което може да доведе до безопасно намаляване на дозата, без това да повлияе на качеството на изображението. Първо и най-важно, трябва да се посочи, че дозата на облъчване за пациента може да бъде значително намалена чрез внимателно спазване на подходящи техники като:

1. Правилно центриране на пациента чрез поставяне на гърдите в центъра на зрителното поле;
2. Намаляване на обема на сканирането без засягане качеството на изображение;
3. Модулация на анодния ток на тръбата (от 150 mAS на 20-50 mAS);
4. Рентгенологичен скрининг на ненужни

искания за КТ изследвания.

Резултати: Намаляването на дозите на облъчване е забележително – между КТ със стандартна доза (150 mAs) и 50%–70% намалена доза, са съответно 15,6–21,4 mSv и 7,8–10,7 mSv, без съществен компромис с качеството на изображението между КТ сканиране на гръдния кош, получено при 25 mAs и 150 mAs.

Изводи: Основните рискове при изследванията, свързани с йонизиращи лъчения за пациента, се дължат на стохастични ефекти, които могат да доведат до индуциране на злокачествени заболявания и генетични ефекти при потомството на облъчените субекти. Целта на всички диагностични техники, базирани на йонизиращи лъчения, трябва да бъде премахване на детерминирани ефекти и намаляване честотата на стохастичните ефекти. Използването на нискодозови протоколи в ежедневната практика значително намалява рисковете, свързани с използването на йонизиращи лъчения, без това да влияе значително на качеството на изображенията.

РОЛЯТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА ПРИ ФИБРОГАСТРОСКОПИЯ НА ПАЦИЕНТИ С ОНКОЛОГИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ

Сиклунова С., А. Начева
УСБАЛО – ЕАД

Цел: Проследяване ролята на медицинската сестра при фиброколоноскопия в онкологичната практика.

Материал и методи. Фиброгастроскопията е метод за директно оглеждане на лигавицата на хранопровода, стомаха и дванадесетопръстника посредством специален огъваем оптичен уред с диаметър около един сантиметър – фиброгастроскоп. Той се въвежда след локална (лидокаинова) анестезия в глътката. Изображението се получава посредством система от фиброоптични нишки, които отвеждат образа до телевизионен монитор.

Резултати: Съвременната ендоскопия дава възможност за точна диагноза при карцином на стомаха, лечение на доброкачествени и злокачествени заболявания на хранопровода не само поради директно оглеждане, но и поради комбинирането на метода с различни изследвания, като вземане на материал за хистология или Бръш биопсия за цитологично изследване; микробиологично доказване на различни микроорганизми, развиващи се по повърхността на лигавицата или под нея – гъбички на хранопровода (Candidosis), *Helicobacter pylori* и други инфекции, които са с особено значение при HIV позитивни пациенти. Не на по-

следно място е възможността за извършване под визуален контрол на някои ендоскопски терапевтични процедури.

Спешната ранна (до 12-ия час) диагностика е основен метод за диагноза на кръвоизливите от горния гастроинтестинален тракт; откриване на причините на стомашните кръвоизливи, ендоскопско връзково лигиране на варици, мукозна резекция и аргон плазмена коагулация, протезиране на хранопровод, отстраняване на чужди тела, попаднали в хранопровода, за разширяване на следвъзпалителни стриктури, така нареченото ендоскопско бужирание, спиране на кървене от стомаха и дванадесетопръстника. Освен оглед, може да се вземе и материал за биопсия с помощта на щипка. Използват се ендоскопски методи на лечение за премахване на полипи чрез полипектомия.

Изводи: Широките показания на метода – фиброколоноскопия при онкологични заболявания, налагат тясна специализация на медицинската сестра.

Ключови думи: Фиброгастроскопия, гастроскоп, медицинска сестра, пациент, хранопровод, стомах, дванадесетопръстник, диагноза, щипкова биопсия, полипектомия, карцином на стомаха.

РОЛЯТА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ В ПРОТОКОЛА ЗА СТАДИРАНЕ НА СЕНТИНЕЛНИТЕ ЛИМФНИ ВЪЗЛИ

Ласкова Н., Л. Кирилова
УСБАЛО – ЕАД

Цел: Демонстриране важността на медицинския специалист (МС) при провеждане на нуклеарномедицинския (НМ) диагностичен протокол за картиране и селективно отстраняване на сентинелни лимфни възли (СЛВ) при болни с малигнен меланом (ММ) и рак на млечната жлеза (РМЖ).

Материал и методи: Сентинелната лимфосцинтиграфия с картиране на СЛВ е основен метод за предоперативно първично стадиране с хирургична гама-сонда – картиране и интраоперативно селективното отстраняване за хистологична верификация на ЛВ с висок риск от метастатично ангажиране при ММ и ранен рак на млечната жлеза (РМЖ). Методът следва алгоритъм на провеждане на лимфосцинтиграфията на СЛВ и показва екипната роля на МС – медицинските сестри и рентгеновите лаборанти.

Резултати: МС записват пациентите за изследване по телефона или лично, след лекарско назначение, посрещат и оформят административните и медицинските документи на болните в деня на изследването. Медицинските сестри позиционират изследваните на масата на SPECT/CT, непосредствено след интрадермалното инжектиране на 37-74 MBq ^{99m}Tc - Nanocol от лекар специалист по НМ около първичния тумор или оперативния цикатрикс (при ММ) и 120 мин. за второ скениране. Рентгеновите лаборанти въвеждат утвърдените за всяко скенира-

не протоколи на SPECT/CT Symbia 16 slices CT, Siemens (Acquisition protocols). След приключване на всяко скениране медицинските сестри асистират на лекаря да очертае с багрило проекционното място (картиране) на изображения хиперфиксационен СЛВ, а рентгеновият лаборант следи на монитора съпадението на активността, натрупана в СЛВ, с радиомаркера, с който лекарят топографира препокриването на двете огнища. Рентгеновият лаборант изпраща на лекаря електронно записаните образи за обработка. МС предупреждават пациентите да не отмиват маркираните с багрило огнища на кожата им и комплектоват написаните от лекаря заключения и CD записаните образи, след което ги предават в заявлялата изследването хирургична клиника.

Изводи: Екипната работа на медицинските сестри и рентгеновите лаборанти в провеждането на диагностичния протокол за стадиране и картиране на СЛВ е отговорна, специализирана и с висока степен на сертифицирана квалификация и колаборация при спазване правилата за добра медицинска практика при работа с високотехнологична апаратура с източници на йонизиращи лъчения (ИИЛ).

Ключови думи: малигнен меланом (ММ) и ранен рак на млечната жлеза (РМЖ), СЛВ, ^{99m}Tc - Nanocol- SPECT/CT.

МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ В ПРОВЕЖДАНЕ НА ДВОЕН ПРОТОКОЛ ЗА СЦИНТИМАМОГРАФИЯ И КОСТНА СЦИНТИГРАФИЯ ПРИ БОЛНИ С РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА

Богомилова М., Н. Борисова
УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Представяне ролята на медицинския специалист в провеждане на двоен протокол за първично стадиране на РМЖ с ранна сцинтимамография (СМГ) и късна ЦКС след инжектиране само на една доза 370-740 MBq ^{99m}Tc -MDP.

Материал и методи: Посочва се алгоритъмът на изпълнение на протокола от МС, който включва: записване на пациентите за изследване в посочен ден и час, указания за вида на необходимите здравни и медицински документи, разяснения за липса на специална подготовка на пациентите. МС приема пациента и обяснява хода на изследването. След като той е удовлетворен от обясненията, подписва информирано съгласие. Ранната СМГ започва веднага или до 10–15 мин. след i.v. инжектиране на 370–740 MBq/70kg ^{99m}Tc -MDP в контралатералната ръка на засегнатата млечна жлеза или във венозен съд по гърба на стъпалото. МС позиционира пациента на масата на SPECT/CT, легнал по гръб с ръце нагоре, в режим SPECT/CT в наддиафрагмален обем, с обхващане на млечните жлези, регионалните ЛВ и гръдния кош. След 2-рия час се провежда ЦКС по стандартизиран протокол, разширяван при клинична индикация със SPECT/CT. Следва изготвяне на заключения и образен материал. МС комплектова и предава на пациента медицинските заключения и цялата доку-

ментация.

Резултати: Целотелесната костна сцинтиграфия (ЦКС) е „златен стандарт“ за стадиране на рака на млечната жлеза (РМЖ) с ранно откриване на клинично неприявени костни метастази. След i.v. въвеждане на остеопрония ^{99m}Tc -MDP той постъпва в кръвта и на ранно скениране се изобразяват огнища на патологична васкуларизация и перфузия, каквито се откриват в злокачествените тумори. В Клиниката по нуклеарна медицина на УСБАЛО Е. Пиперкова е въвела двоен протокол за първично стадиране на РМЖ с оценка степента на васкуларизация и съдова перфузия на първичния тумор в млечната жлеза (ранна сцинтимамография – СМГ) и последвала ЦКС – късен скен.

Изводи: Ролята на медицинския специалист е незаменима и отговорна. Изискват се екипна работа със специализирана сертифицирана подготовка, с висока степен на сложност на работа с най-високи медицински технологии с ИЙЛ, както и здравни грижи за създаване на доверие и комфорт на изследваните в духа на добрата медицинска практика.

Ключови думи: сцинтимамография (СМГ), целотелесна костна сцинтиграфия (ЦКС), SPECT/CT, ^{99m}Tc -MDP, рак на млечната жлеза (РМЖ).

РОЛЯ НА ОНКОЛОГИЧНАТА ХИРУРГИЧНА СЕСТРА

Павлова С., Цв. Петрова
КОЦ Враца – ЕООД

Цел: Разширената роля на онкологичната сестра в рамките на динамично развиващ се обхват на онкологичните грижи в отговор на променящите се нужди на раково болните и техните семейства.

Материал и метод: Ракът е втората водеща причина за смърт в световен мащаб и е отговорен за 9,6 милиона смъртни случая през 2018 г. В световен мащаб около 1 на 6 смъртни случая се дължи на рак. Приблизително 70% от смъртните случаи от рак са в страни с население с ниски и средни доходи. Около една трета от смъртните случаи от рак се дължат на 5-те водещи поведенчески и диетични риска: висок индекс на телесна маса, нисък прием на плодове и зеленчуци, липса на физическа активност, употреба на тютюн и употреба на алкохол. Работата на медицинска сестра е изключително отговорна – тя предполага и изисква бърза мисъл и способност за вземане на спешни решения. Професията „медицинска сестра“ е предизвикателство за лицата, които я упражняват.

Резултати: Директната грижа за пациен-

тите предопределя социалната роля на тази професия като съществена за бранша. Тази професия е благородна и ценена от пациентите, които са имали досег до важната роля на медицинската сестра в оздравителния период. Онкологичната сестра е специализирана медицинска сестра, която се грижи за пациенти с рак. Хирургичните онкологични сестри изпълняват жизненоважни функции в подготовката, лечението на симптомите, следоперативното възстановяване, обучението и последващите грижи за хирургични пациенти. Хирургичната онкологична сестра предоставя подробен преглед и грижи за хирургични пациенти с рак – от диагностиката до тяхното изписване.

Изводи: Онкологичната сестра заема важна роля в предоставянето на качествени медицински грижи на високорискова и сложна популация пациенти, тъй като тя е неразделна част от интердисциплинарните екипи за медицински грижи.

Ключови думи: онкохирургия, комплексни сестрински грижи.

КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА И БРЕМЕННОСТ

Андреева Н., П. Василева

УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ – ЕАД, Плевен

Цел: Представяне на грижите и лечението при установен карцином на млечната жлеза по време на бременност.

Материал и метод: Карциномът на млечната жлеза е един от най-честите злокачествени тумори, диагностицирани по време на бременност. Честотата му е между 1/3 000 до 1/10 000 раждания.

Резултати: Ракът на млечната жлеза, свързан с бременността, често се открива в

по-напреднал стадий поради диагностичните трудности, породени от физиологичните промени в гърдите през гестационния и лактационния период.

Изводи: За успешното лечение на заболяването от първостепенно значение е прилагането на мултидисциплинарен терапевтичен подход и грижи за жената.

Ключови думи: карцином, млечна жлеза, лечение, бременност.

ДОЛУ МАСКАТА! КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Кирилова А., Д. Николова

УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Представяне на клиничен случай на пациент с огромна туморна формация, обхванала цялата долна устна. Предизвикателство пред медицинските сестри е следоперативният период.

Материал и методи: Предпазната маска се използва както за предпазване от вируси и бактерии, така и за прикриване на кожни дефекти по долната част на лицето, а именно на устните. Прилагане на оперативен метод за извършване на свободна пластика.

Резултати: Заздравяването е процес, повлиян от много фактори – наличие на инфекция, придружаващи заболявания, повишен обем на ексудат, които могат да забавят про-

цеса на оздравяване. Поддържането на чиста устна кухина и редовни превръзки с Бактиграс на оперативната рана е предпоставка за захранване на пластиката и отстраняване на дефекта.

Изводи: Лечението на рани изисква интензивен мултидисциплинарен подход, фокусиран върху пациента. От лекарите и специалистите по здравни грижи се изисква тясно да си сътрудничат, за да се гарантира правилното и бързо възстановяване на пациента.

Ключови думи: медицинска сестра, клиничен случай, пациент, пластика.

СЕКСУАЛНОСТ ПРИ ЖЕНИТЕ С РАК НА ГЪРДАТА. НУЖДА ОТ ПОДКРЕПА И ПОМОЩ

Веселинова Н., П. Димитрова
КОЦ – Враца, ЕООД

Цел: Установяване мнението на жените за посещение на групите за взаимопомощ и доколко те са склонни да разговарят с партньора си за проблемите, които настъпват.

Материал и методи: Заболеваемостта от рак на гърдата се увеличава с напредване на възрастта след 35 години и достига своя пик при 65–69-годишните. Често жени с тази диагноза се притесняват от този „нов изглед“ на тялото си и губят своето самочувствие. Често не знаят как отново да бъдат жени, майки и любими.

Някои проучвания показват, че по-младите жени имат повече проблеми с приспособяването към стреса от рака на гърдата и неговото лечение. Младите жени могат да бъдат по-засегнати от проблемите на сексуалността. Някои от тях все още мислят за създаване на семейство или да имат деца и се притесняват как ракът и лечението му могат да повлияят на това. Други може би вече са създали семейства и може да се притесняват как могат да бъдат засегнати. Да се говори за секс и сексуалност е доста трудно. Много жени смятат тази тема за деликатна и избягват да говорят за нея. Диагнозата и терапиите, през които преминават, повлияват различно върху организма на всяка жена, а проблемите могат да се появят както в нача-

лото на лечението, така и след години.

При проведено проучване се установи, че голям процент жени не желаят да говорят за преживяното и предпочитат да затворят всички негативи в себе си. Пряката анонимна анкета дава възможност за бързо събиране на много и разнообразна информация. Предвижда се да бъдат пряко анонимно анкетираны не по-малко от 100 жени с цел осигуряване на представителност и достоверност на резултатите съгласно общоприетите норми в социологията и статистиката.

Резултати: Основен инструмент за събиране на информация са разработените анкетни карти за всяка една целева група, със заложен пояснителни текстове, които да улеснят анкетираните. Въпросникът съдържа въпроси от затворен и отворен тип. Анкетните карти включват стандартно конкретни въпроси от затворен тип с възможност за избор на отговор, като на част от въпросите е предвидено посочване на повече от един отговор.

Изводи: Пряката анонимна анкета дава възможност за бързо събиране на много и разнообразна информация по въпросите на секса и сексуалността.

Ключови думи: рак на гърдата, сексуалност, анкетно проучване.

СПЕЦИФИЧНАТА РОЛЯ НА СПЕЦИАЛИСТА ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ ПРИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЕДНОВРЕМЕННО ЛЪЧЕ- И ХИМИОЛЕЧЕНИЕ

Тодорова М., А. Цветанова

УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ – ЕАД, Плевен

Цел: Оказване на адекватни, висококачествени и индивидуални здравни грижи на пациенти, провеждащи съчетано ЛХЛ, отговарящи на специфичните изисквания, особено в условията на високотехнологична съвременна медицина.

Материали и методи: Според съвременните световни и национални стандарти около 75% от всички болни са потенциални „кандидати“ за едновременно лъче- и химиолечение (ЛХЛ). Новият метод, който е активно въведен като неотменим стандарт в световен мащаб в последните 5–6 години, не съкращава времето за лечение, но гарантира по-висока антитуморна терапевтична ефективност. Наблюдение, статистически, документален метод и др.

От началото на 2018 г. в Отделение по лъчелечение към УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ – ЕАД започна комбинирано ЛХЛ по световен стандарт. Иновативната методика включва подлагане на лъчелечение с венозно приложим химиотерапевтик (Ербитукс или Циспла-

тин). Професионалистите по здравни грижи осъществяват първата линия от комуникацията между пациента и лекарите по време на провеждане на ЛХЛ. Носят специфичната отговорност за прилагането и провеждането на назначените консултации, контролни прегледи, назначените медикаменти в предписаната доза и последователност.

Резултати: Доброто менажиране от страна на здравните специалисти за справяне със страничните реакции подобрява качеството на живот на провеждащите ЛХЛ. Оказва се психо-емоционална подкрепа на болния и членовете на неговото семейство при адаптацията към възникналия здравен проблем и към променената социална среда.

Изводи: Специалистите по здравни грижи играят важна роля в мултидисциплинарния екип за осигуряване и провеждане на пълен и качествен курс на ЛХЛ.

Ключови думи: специалисти по здравни грижи, здравни грижи, лъче- и химиолечение.

СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ В ХЕМАТОЛОГИЯТА

Димитрова В., Цв. Найденова

УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ – ЕАД, Плевен

Цел: Осигуряване на качествени здравни грижи за пациентите с хематологични заболявания.

Материал и методи: Хематологичните заболявания са сред най-тежките в човешката патология. Болните са с намален физически капацитет и понижен имунитет. Животът им е постоянно застрашен от фатален кръвоизлив или инфекция.

Резултати: Повечето от хематологичните заболявания протичат хронично и прогресси-

ращо, което допълнително обременява психиката на болните и налага индивидуален подход към грижите, полагани за пациента, и отношението към неговите близки.

Изводи: Комуникацията лекар – медицинска сестра, позитивните взаимоотношения и вземането на решения в полза на пациента водят до ефективни здравни грижи.

Ключови думи: сестрински грижи, хематологични заболявания, взаимоотношения.

ПСИХОЛОГИЧНИ ФАКТОРИ ЗА ВЪНИКВАНЕ НА ОНКОЛОГИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ. РОЛЯТА НА ОПТИМИЗМА ЗА СПРАВЯНЕ С БОЛЕСТТА

Цветкова Б.
КОЦ-ЕООД, Враца

Цел: Анализ на основните закономерности, потвърждаващи връзката между онкологичните заболявания и психологичните фактори.

Материал и методи: Въпросът за патогенезата, протичането и лечението на онкологичните заболявания е предмет на множество изследвания в областта на медицината, биологията, фармакологията, клиничната и поведенческата психология и други науки. Комплицираният проблем за причините за онкологичните заболявания, на пръв поглед ясен и детерминиран в определени аспекти, остава също така и неразрешим. Мислейки за него, неминуемо се докосваме до тясната му връзка с личностния фактор, средата, конфликтите и условията, в които човек живее и се развива.

Резултати: Множество значими изследвания през последните две десетилетия излагат данни, потвърждаващи връзката между онкологичните заболявания и психологичните фактори, като установяват три основни закономерности: първата – началото на болестта съвпада по време със значими травмиращи събития в живота на индивида; втората – лечението на онкологичното заболяване е стресогенно; третата – личностните модели за справяне по време на ле-

чението повлияват не само качеството на живот на пациента, но и прогнозата. Често онкологичните заболявания свидетелстват за това, че през живота си индивидът е имал неразрешими проблеми, които са се засилвали или усложнявали от серия стресови ситуации, случили се в периода от шест месеца до година и половина преди възникването на рака. Типичната реакция на онкоболните на тези проблеми и стрес се характеризира с усещане за безпомощност и отказ от борба. Тези емоционални състояния привеждат в действие редица физиологични процеси, които потискат естествените защитни механизми на организма и създават условия за възникването на тумори.

Изводи: Емоционалното и физическото състояние на пациента са неразривно свързани и едното винаги дава отражение на другото. Призивът към всички нас е: Зареждайте се ежедневно с оптимизъм, мечтайте, търсете добрата страна на живота, не се поддавайте на негативизма и не се вглъбявайте във всеки възникнал проблем, защото „Силата на човешкия дух и мъдростта са средства, с които тялото би могло да преодолее болестта“.

Ключови думи: онкологично заболяване, стрес, психологични фактори.

БОЛКАТА КАТО ПЪТ

Иванова Г., Г. Зонова

УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Анализ на концепцията за тотална болка, която има физическо, психологическо, социално и духовно измерение.

Материал и методи: Болката е субективно чувство и е един от най-честите и мъчителни симптоми. Близко 40% от онкоболните изпитват болка още в момента на диагностицирането. Постепенно процентът нараства с напредване на заболяването. Болката е симптомът, от който болните се боят най-много.

Резултати: Болката се различава по сила и продължителност. Прагът на болка варира в различни интервали при различните хора. Локализацията на болката може да бъде трудно дефинируема поради дифузията ѝ ха-

рактер. Болката и страданието вървят ръка за ръка. В последните години се утвърждава концепция за тотална болка, която има физическо, психологическо, социално и духовно измерение. Следователно болест означава нарушаване на една хармония. Не можем да лекуваме физически симптом, без да изследваме и духовния му аспект. Болестта и болката не са пречка, случайно изникнала на пътя ни. Те са самият път, по който човек върви към здравето си.

Изводи: Нашето тяло, ум, дух и душа са свързани. Тялото е огледало на душата ни и всяко заболяване е призивът на душата, който те моли да слушаш!

COVID-19 И ОНКОЛОГИЯ

Петкова И., И. Георгиева

УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – ЕАД, Плевен

Цел: Представяне ролята на специалистите по здравни грижи при установяване на съмнителни и/или положителни за коронавирусна инфекция пациенти с онкологични заболявания.

Материал и методи: Пандемията от COVID-19 постави човечеството пред сериозно изпитание, за преодоляване на което централна роля имат медицинските специалисти. Първите случаи на заболяването бяха регистрирани в УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – ЕАД, Плевен.

Резултати: Наблюденията показват, че лечебните заведения допринасят за разпространението на инфекцията със засягане както на пациентите, така и на медицинския персонал чрез съчетаване на основните рискови фактори – източници на инфекция и увредени пациенти с множество придружа-

ващи заболявания в условията на интензивен контакт. Установено е, че максимално функционално възстановяване на пациента се постига с качествени здравни грижи, осъществени от медицинските сестри. Те максимално допринасят за подобряване на състоянието на пациентите.

Изводи: Спазването на основните правила ще доведе до намаляване честотата на предаване SARS – CoV-2 при наличието на съмнителни и/или положителни за коронавирусна инфекция пациенти с онкологични заболявания.

Възстановяването на вече заразените пациенти е дълъг и продължителен процес, който се съпътства от значимата роля на специалиста по здравни грижи.

Ключови думи: специалисти по здравни грижи, COVID-19, онкология.

МЕДИЦИНСКИ ЕПОНИМИ С ИМЕНА НА ЖЕНИ – CHERCHEZ LA FEMME

Иванова В.

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

Цел: Епоними в медицината с женски имена.

Материал и методи: Епоним (от старогръцки *epi* – над, *opota* – име, даващ име) е личност – реална, митологична или измислена, която дава името си на определено понятие. Медицината изобилства от епоними, които служат като мнемоници, придават краткост и колорит на медицинските изрази и разбира се, увековечават паметта за големите умове на медицината.

Резултати: Тази презентация е посветена на най-известните сред тях, носещи имена на безсмъртни жени от митологията, религията и изкуството, както и на реални жени – учени, лекари, медицински сестри, описали за пръв път синдром или болест, наречени с техните имена.

Изводи: Сред изобилието от епоними в медицината, женските имена са малцинство.

Публикуването на материали в сп. „Онкология“ да следва следните изисквания:

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 Веселина Първанова или на e-mail: parvanovavesselina@gmail.com. Обръщайте се към проф. Първанова на тел. 02 80 76 151.

АБОНАМЕНТЕН ТАЛОН ЗА СПИСАНИЕ „ОНКОЛОГИЯ“ 2021 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

BIC на банката: CECBBGSF

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