



ОНКОЛОГИЯ

51

ONCOLOGIA

1/2023

УНИВЕРСИТЕТСКА СПЕЦИАЛИЗИРАНА БОЛНИЦА ЗА
АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПО ОНКОЛОГИЯ – ЕАД

РЕЗЮМЕТА НА ДОКЛАДИ

XIII НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ОНКОЛОГИЯ

16-18 юни 2023 г.
ГРАНД ХОТЕЛ ПЛОВДИВ
гр. Пловдив

ISSN:0369-7649

РЕЗЮМЕТА НА ДОКЛАДИ

XIII НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ОНКОЛОГИЯ

16–18 юни 2023 г.

ГРАНД ХОТЕЛ ПЛОВДИВ

гр. Пловдив

1. Резюмета основна сесия	3
---------------------------------	---

2. Резюмета сестринска сесия	42
------------------------------------	----

РЕДАКЦИОННА КОЛЕГИЯ НА СПИСАНИЕ „ОНКОЛОГИЯ“:

ПРОФ. С. СЪБЧЕВА – ГЛАВЕН РЕДАКТОР
ДОЦ. С. БАЧУРСКА – СЕКРЕТАР

ЧЛЕНОВЕ: ПРОФ. З. ВАЛЕРИАНОВА
ПРОФ. И. МИХАЙЛОВА
ПРОФ. Е. ПИПЕРКОВА
ПРОФ. В. ПЪРВАНОВА
ДОЦ. Л. ДЖОНГОВ

РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ:

ПРОФ. И. ЧЕРНОЗЕМСКИ – почетен член
АКАД. Г. ГОРЧЕВ
ПРОФ. Р. БАЛАНСКИ
ПРОФ. Н. ВЛАДОВ
ПРОФ. И. ГАВРИЛОВ
ПРОФ. Г. КАЛАЙДЖИЕВ
ПРОФ. К. НЕЙКОВ
ПРОФ. Т. ХАДЖИЕВА
ПРОФ. А. ЧЕРВЕНЯКОВ
ДОЦ. А. КОНСУЛОВА
ДОЦ. П. КОСТОВА
ДОЦ. М. ПЕНКОВ
ДОЦ. К. ПОПОВ
ДОЦ. И. ТРИФОНОВА

IN MEMORIAM



Проф. д-р ИВАН ЧЕРНОЗЕМСКИ, ДМН

На 90-годишна възраст ни напусна светлата личност за българската медицина и наука, проф. д-р Иван Черноземски, посветил живота си на онкологията, задълбочен учен, създател на Националния онкологичен център (НОЦ) върху основите на Научно-изследователския институт по онкология в България, изградил нова мултидисциплинарна онкологична школа в страната и основоположник на Онкологичната доктрина, черпейки знания и опит от предците в онкологията. Той непрекъснато надграждаше във всички райони на страната работеща национална диспансерна онкологична мрежа, развиваща се в духа на най-съвременните достижения на онкологичната наука, клинична практика, диспансеризация, профилактика и ранна диагностика, с точен, иновативен Национален раков регистър в духа на европейските традиции. Проф. Черноземски обедини онкологичните диспансери в единна работеща общност с НОЦ с непрекъснат обмен на знания, повишаване на квалификация, бързо разпространение на новостите на национални и регионални научни форуми, с широко отворена врата за участие и работа в европейските и световните международни организации по клинична и експериментална онкология.

Завършва медицина, работи като лекар, придобива специалности по патология и онкология с присъдени научни звания: доктор по медицина и доктор на медицинските науки.

Своя професионален път започва като участъков лекар (1957–1959 г.), а от 1960 до 1963 година е докторант в Научно-изследователския институт по онкология. Изминава пътя на научен сътрудник (1964–1968 г.); старши научен сътрудник (1969–1984 г.); професор (1984 г.); директор на Националния онкологичен център (1987–1989 г. и 1995–2000 г.); министър на здравеопазването (1990–1991 г.); член на Съвета на директорите на УСБАЛО (2000–2009 г.); национален консултант по онкология (2000–2006 г.), член на Висшия медицински съвет към Министерството на здравеопазването – от 2006 г.

Научните му открития и приноси към науката са в областта на химическите канцерогени и канцерогени от околната среда; онкоепидемиология и рискови фактори за различните онкологични заболявания; клетъчна биология и рак; клетъчна пролиферация, диференциация при неопластичната прогресия; добра клинична практика (GCP), предклинични и клинични проучвания за по-добро лечение и контрол на онкологичните заболявания.

Резултатите от научните си проучвания публикува в над 200 статии в различни специализирани медицински издания и множество монографии. Широката му езикова култура, с владение на английски, руски и френски език, му позволява публикационна дейност в международния световен научен печат и участие в международни научни форуми. Всичко това винаги е изисквал и от своите ученици и сътрудници.

Професор Черноземски членува в Българско онкологично дружество; в Европейската асоциация за изследване на рака (European Assn. for Research of Cancer (EARC); Европейското дружество по мутагенеза (European Mutagenicity Socy (EEMS); основател и председател е на Българската асоциация по клинични проучвания (2003–2006 г.), почетен (пожизнен) председател на Българска национална асоциация по онкология, 2007 г.

Големи са заслугите му към обществото. Ръководител е на редица национални и международни комитети: председател на Българския национален комитет на УНИЦЕФ, 1990–1997 г. (почетен председател от 1997 г.); председател на Фонда за лечение на деца в чужбина (2004–2010 г.); член на фондация „21. век“ (1997–1999 г.); експерт на СЗО – Международната агенция за борба с рака, Лион (1974–2006 г.); вицепрезидент на Европейското бюро на Световната здравна организация (1991–1992 г.); учредител и председател на фондация „Борба с рака“ (1990 г.); на фондация „Светът“ (1992 г.); участва в учредяването на Международна изследователска фондация Хасуми – България (2006 г.); учредител на клуб „Млад онколог“ (2005 г.)

Проф. Иван Черноземски е удостоен с най-високите отличия на нашата страна: Орден „Стара планина“ I степен, „Кирил и Методий“ I степен, „Лекар на България“, „Медик на годината за цялостен принос в борбата с онкологичните заболявания“. През 2012 година, министърът на здравеопазването връчи на проф. д-р Иван Черноземски присъдения от СБАЛ по онкология златен медал за цялостен принос в областта на онкологията.

България изпрати в дългия път към вечността радетел, ръководител и приятел в борбата с рака. Пътят му ще бъде продължен.

Почивайте в мир, светла е Вашата памет, проф. Черноземски!

**РЕЗЮМЕТА
ОСНОВНА СЕСИЈА**

ОНКОЛОГИЧНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ В БЪЛГАРИЯ ПРЕЗ ПРИЗМАТА НА ЕВРОПЕЙСКИЯ ПЛАН ЗА БОРБА С РАКА И ПРОФИЛА НА РАКА ЗА СТРАНАТА, 2023 Г. НА ЕВРОПЕЙСКАТА КОМИСИЯ

З. Валерианова, Т. Атанасов

Национален раков регистър, УСБАЛО – ЕАД, София

Четирите ключови области на действие с 10-те водещи инициативи и множеството подкрепящи начинания на Европейския план за борба с рака са насочени главно към нови аспекти на профилактиката, ранното откриване, диагностиката и лечението, както и подобряване качеството на живот на онкологично болните. Основната цел на плана е ракът да стане споделен политически, оперативен и научен приоритет за страните членки на ЕС. Значимостта на плана се определя от разпространението на заболяването понастоящем и тенденциите за нарастване на новите случаи и умиранията от рак в бъдеще. Очаква се новодиагностицираните да се увеличат с почти 25% до 2035 г., което ще направи злокачествените заболявания най-честата причина за смърт в ЕС. Водещите инициативи при четирите ключови области са свързани главно с предотвратяване на рака на маточната шийка, причинен от човешкия папиломен вирус (HPV); подобряване и осъвременяване на онкологичния скрининг; създаване на Европейска мрежа на националните всеобхватни онкологични центрове; равен достъп до диагностика и лечение за всички; разширяване на познанията за рака на всички нива; инициатива „Подобър живот за онкоболните“; създаване на Регистър на неравнопоставеността за рака – идентифициране на тенденциите, различията и неравенствата между държавите членки и регионите; подпомагане на децата с онкологични заболявания; разширяване и нови подходи при научните изследвания, иновациите, дигиталната и персонализирана медицина – Център за знания и Европейска инициатива за образна диагностика за рака.

На фона на приоритизирането на раковите заболявания в Европа анализът на данните за България показва доста негативни тенденции понастоящем и за в бъдеще. Страната е с най-ниски изчислени възрастово стандартизираните показатели на заболяемостта от

рак в ЕС. Това е резултат от незадоволителната ранна диагностика и от проблеми с регистрацията на новите случаи от рак. Освен това България е единствената страна, която отчита нарастване на смъртността при двата пола през последното десетилетие. Тя е една от малкото държави в Европа, където не се прилага ефективен национален план за борба с рака. Повечето рискови фактори при заболяването – тютюнопушене, консумация на алкохол, наднормено тегло и затлъстяване, показват по-неблагоприятни тенденции в сравнение с другите страни. Това е резултат от неефективните превантивни политики, свързани със здравето и ограничените ресурси за интервенции в общественото здравеопазване. В допълнение, много смъртни случаи могат да бъдат предотвратени чрез по-високите нива на ваксинация за HPV. Липсата на национална програма за профилактика на популационно ниво и ранно откриване на рака на гърдата, маточната шийка и колоректалния карцином рефлектира върху ниските показатели на скрининга и високите социално-икономически различия за включване на населението в него. България е сред страните в ЕС с най-ниска петгодишна преживяемост при основните локализации на рака, въпреки подобрението на показателите. Няма разработени и наблюдавани индикатори за качество на живот и палиативни грижи. Разходите за рак в България са сред най-ниските в ЕС, независимо от стръмното нарастване за нови лекарства. В страната липсват специфични национални политики, насочени към рисковите групи или тези с ограничен достъп до здравни услуги. Основен приоритет е въвеждането на национален план за борба с рака, който да анализира съществуващите тенденции и неравенства и е основа за всеобхватна и устойчива стратегия и мониторинг на качеството на грижите при вземането на политически решения.

ПОВИШАВАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНАТА СТОЙНОСТ НА ПЕТ/КТ С ПОДБОР НА ПО-СПЕЦИФИЧНИ РФП: 68GA-FAPI VS.18F-FDG; 68GA-PSMA И 68GA-DOTA

Е. Пиперкова, Л. Чавдарова

Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел на лекцията е да представи нови възможности за повишаване на диагностичната точност и прогностичност на хибридната PET/CT и приносът ѝ в цялостния високотехнологичен образен диагностичен алгоритъм за първична диагностика, стадиране и рестадиране на редица тумори, като основно преимущество спрямо конвенционалните образно-диагностични методи е визуализирането на „живота“ на туморните клетки и биологичното им поведение в целотелесен план с възможност за оценка на много малки първични тумори, откриване на неизвестно първично огнище (НПО), стадиране и рестадиране с определяне на прогнозата на пациента, изобразяване на ранен метаболитен отговор на лечението, ранен биохимичен рецидив при дългосрочно проследяване.

18F-FDG е най-широко прилаганият РФ при повечето солидни тумори и лимфо-пролиферативни малигнизации, като се причислява към групата на т.нар. „неспецифични туморотропни радиофармацевтични препарати (РФ)“ чрез оценка на глюкозния метаболизъм и енергийна консумация на тумора, в зависимост от степента на експресия на GLUT-1- и GLUT-2-протеини и биологичната му пролиферативна агресия.

Търсенето на различни механизми и биологичноактивни молекули за радионуклидна детекция със специфично метаболитно изобразяване на туморите е основен домен на нуклеарно-медицинската радиофармаколо-

гия, диагностика и тераностични подходи.

Лекцията предлага познание за високите диагностични възможности на нови, по-специфични за определени злокачествени тумори РФ с маркирани антигени като 68Ga-PSMA за диагностика, стадиране и рестадиране, с откриване на биохимични рецидиви при карцином на простатната жлеза (КПЖ), маркирани соматостатинови рецептори – 68Ga-DOTA, за мониторинг на невро-ендокринни и невро-ектодермални тумори (НЕТ и НЕКДТ) и тумор-асоциираните фибробласти (CAFs), като фибробласт-активиращ протеин (FAP) – 68Ga-FAPI, който се предлага като алтернатива на 18F-FDG за диагностика на повечето солидни тумори. Материалът и метаболитните образни диагностични методи, прилагани в клиничната онкология, са представени с различни образно-диагностични примери, доказващи значението на по-специфичните РФ за подобряване на диагностичната и прогностична точност на PET/CT.

В заключение се посочва голямото диагностично значение на приложението на все по-широк асортимент от по-специфични РФ за метаболитното хибридно PET/CT изобразяване на различните по своята биологична същност злокачествени новообразувания, за подобряване на персонализираното лечение и прогнозата при онкологично болните.

Ключови думи: PET/CT, 18F-FDG, 68Ga-FAPI, 68Ga-PSMA, 68Ga-DOTA

ХИРУРГИЯ ПРИ РАК НА ГЪРДАТА В ЧЕТВЪРТИ СТАДИЙ – ЗА И ПРОТИВ

И. Гаврилов¹, В. Митова², Н. Марков¹, И. Полихронов¹, Ом. Ал Баяти¹, Т. Атанасов³

¹ Клиника по гръдна хирургия, УСБАЛ по онкология, София

² Клиника по хирургия, УМБАЛ „Лозенец“, София

³ Национален раков регистър

Цел: Метастатичният рак на гърдата (РГ) de novo IV стадий представлява между 6–10% от всички диагностицирани случаи. Стандартът за клинично поведение и лечение при тези пациенти е системната терапия. Традиционно локорегионална хирургия се извършва само за локален контрол при разязвяване и/или кървене. През последните години обаче както ретроспективни, така и проспективни проучвания демонстрират прогностичната ефикасност на хирургията при пациенти с рак на гърдата в IV стадий, оценявайки въздействието на първичната туморна резекция върху общата преживяемост (OS) при тези пациенти.

Аргумент: Извършихме мета-анализ, за да оценим дали хирургията при de novo IV стадий пациенти с РГ допринася за удължаване на OS и подобряване на качеството на живот (QoL), съобразявайки се с последните тенденции, включени в 18-th St. Gallen International Breast Cancer Conference 2023. Анализирахме рандомизирани проучвания ECOG2108 (САЩ-Канада), JCOG

1017 (Япония), POSYTIME (Австрия), Tata Memorial (Индия) и MF07-01 (Турция). Включените нерандомизирани проучвания са: TBCRC (САЩ) и MF14-01 (Турция). При проучванията са използвани различни дизайни. От значение за оценка на OS е вида и броя на метастазите, фокусирайки се специално върху олигометастазите. QoL е оценено посредством въпросниците на EORTC QLQ-C30 и QLQ-BR23, обхващащи резултатите на изходно ниво, 6, 12, 18 и 24 месеца.

Заключение: Хирургичното лечение при пациенти с РГ в de novo IV стадий остава дискусатилен въпрос. Необходимо е изкачване на резултати от недокладваните до момента проучвания, както и извършване на допълнителни такива с включени критерии за стратификация и балансиране на групите. Към момента хирургия при тези пациенти не се прилага рутинно в клиничната практика, но може да се извършва при избрани пациенти с доказано подобряване на OS и/или QoL.

НОВОСТИ ОТ КОНГРЕСА НА EUROPEAN SOCIETY RADIATIONONCOLOGY ESTRO 2023, ВИЕНА

И. Михайлова

УСБАЛО – ЕАД, София

В презентацията ще бъдат предствени основните теми, докладвани на годишния конгрес на Европейското общество по радиационна онкология (ESTRO), проведен във Виена през месец май 2023 г.

Акцентите на презентациите от научния форум са върху персонализирано лъчелечение, комбинирани подходи – лъчелечение и имунотерапия, биомаркери и предиктивни модели, повторно облъчване, лъчелечение с протони и flash облъчване, изкуствен интелект и други нови предизвикателства в радиационната онкология.

Логото на конгреса – „От иновациите към действието“, се основава на новостите в лъ-

челечението и се фокусира върху това как да въвеждаме и прилагаме научните изследвания в практиката.

Новата визия на ESTRO до 2030 г. „Optimal Health for All, Together“ – „Оптимално здраве за всички, заедно“, подчертава амбицията на обществото ESTRO да укрепи допълнително радиационната онкология като основен партньор в мултидисциплинарните грижи за пациентите с онкологични заболявания и да гарантира достъпно и висококачествено лъчелечение за всички, които се нуждаят.

Ключови думи: ESTRO 23, лъчелечение

ПРОСТАТНОСПЕЦИФИЧЕН АНТИГЕН – ПРОГНОСТИЧНА СТОЙНОСТ ЗА ЛЕЧЕБНИТЕ РЕЗУЛТАТИ НА ИНИЦИАЛНАТА СТОЙНОСТ, СТОЙНОСТИТЕ НА 6-ИЯ МЕСЕЦ И НА НАДИРА ПРИ ПРОСЛЕДЯВАНЕТО СЛЕД ДЕФИНИТИВНА БРАХИТЕРАПИЯ НА ПРОСТАТЕН КАРЦИНОМ

Генова Б., В. Първанова, А. Балабанова

Клиника по лъчелечение с дейност брахитерапия, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Разглеждане на прогностичното значение на стойностите на простатноспецифичния антиген (ПСА) за лечебните резултати при провеждане на интерстициална брахитерапия с висока мощност на дозата и проследяването след това – инициална стойност и ПСА при диагнозата на болестта, стойността на 6-ия месец след лечението и на постигнатата най-ниска стойност в хода на проследяването – надир.

Материал и метод: За периода от април 2011 г. до януари 2019 г. в Клиниката по лъчелечение са лекувани 90 болни с дефинитивна БТ с висока мощност на дозата (временен имплант). Средната възраст е 66,5 г. (53÷78 г.) По групи на риск се разпределят: нисък – 54 (60%) и умерен риск поради наличие на 1 негативен фактор – 36 (40%) болни. Началното ПСА е средно 8,6 ng/ml (0,88 – 17). Проследяването е в рамките на 16 до 129 месеца (ср. 84 месеца или 7 години). При всички болни с дата 01. 2022 г. е проследен биохимичния туморен контрол (БхТК) чрез стойности на ПСА.

Резултати: Пациентите са разпределени в три групи спрямо инициално ПСА – < 4 ng/ml, 4-10 ng/ml и >10 ng/ml и е проследен БхТК при тях. При стойности на иПСА < 4 ng/ml 7-годишният БхТК е 100%. При пациентите с нисък и умерен риск не се наблюдава статистически значима разлика в лечебните резултати – 7-годишен биохимичен контрол, съответно 87% и 86,1%. След проведената интерстициална брахитерапия с висока мощност на дозата ПСА спада бавно и продължително във времето, като най-голям е спадът през първите 6–8 месеца. Изследвано е значението на ПСА в този времеви период – 1-и, 3-и и 6-и месец. При анализа се оформят три интервала за ПСА: $\leq 0,02$ ng/ml; $0,021 \div 0,99$ ng/ml и ≥ 1 ng/ml. Наблюдава се нарастващ процент рецидиви от болните със стойност на ПСА в интервала ≥ 1 ng/ml и

в трите изследвани месеца – 1-и, 3-и и 6-и месец, като се очертава статистически значима зависимост на 6-ия месец (P.043). Най-ниско установената стойност на ПСА в хода на проследяване след БрТ – надир (нПСА), средно при всички пациенти е 0,19 ng/ml (от 0 до 3 ng/ml). Времето, за което се достига надирът, е средно 30 месеца (от 6 до 78 мес.) За пациентите с БхТК средната стойност на надира е 0,1 ng/ml. Изследвана е вероятността за получаване на рецидив спрямо стойността на нПСА с праг от 0,1 ng/ml. При нПСА $\leq 0,1$ ng/ml вероятността за поява на рецидив е 6,56%, а при нПСА >0,1 ng/ml е 27,59 % (P .020).

Изводи: Пациентите с иПСА <4 ng/ml показват отлични резултати по отношение на биохимичен туморен контрол. Това отговаря на групата болни, при която все по-често се предприема активно наблюдение след подробна диагностична оценка на риска – без прилагане на радикални лечебни методи, съгласно стандартите. Съпоставимите високи лечебни резултати при болни с нисък и благоприятен умерен риск с инициално ПСА в границите на 4÷10 ng/ml и 10÷20 ng/ml са доказателство, че тези пациенти са еднакво подходящи за провеждане на дефинитивна БрТ – 7-годишен биохимичен контрол, съответно 87% и 86,1%. Стойността на ПСА, измерена на 6-ия месец, сравнена с тази на 1-ия и 3-ия месец след дефинитивна HDR – БрТ при простатен карцином с нисък и благоприятен умерен риск, има прогностична стойност за очакван рецидив (P.043). Стойности на ПСА $\leq 0,02$ ng/ml, измерени на 6-ия месец след дефинитивна HDR – БрТ определят статистически значим нисък риск за рецидиви, докато тези ≥ 1 ng/ml са прогностични за висок риск от рецидиви (7-годишен биохимичен контрол 95% срещу 64,3% , p .04). Това оптимизира периода за проследяване на 6-ия месец след дефинитивна БрТ при $\leq 0,02$ ng/ml

ml през 5–6 месеца и при ≥ 1 ng/ml на 2–3 месеца. Постигането на най-ниска стойност на ПСА или надир (нПСА) $\leq 0,1$ ng/ml след дефинитивна БрТ, независимо кога в хода на проследяването, е статистически значим прогностично благоприятен маркер за очаквана прогресия (рецидив) на болестта (р. 02).

Заключение: Прогностичното значение

на инициалната стойност на ПСА, стойностите на 6-ия месец и на надир след дефинитивна брахитерапия на простатен карцином води до прецизиране на протокола за проследяване – по-стриктно при получена следлечебна стойност на 6-ия месец > 1 ng/ml или на по-широк интервал от време при ПСА на 6-ия месец $\leq 0,02$ ng/ml, както и при надир $< 0,1$ ng/ml.

КЛИНИЧНИ РЕЗУЛТАТИ ПРИ ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ НА ПРОСТАТЕН КАРЦИНОМ

В. Първанова¹, Д. Кацаров¹, Б. Генова¹, К. Кунин¹, В. Любомиров¹, Г. Радева¹, М. Йорданова²

¹Клиника по лъчелечение, УСБАЛО – ЕАД, София

²НРР, УСБАЛО – ЕАД, София

Увод: С напредване на диагностичните технологии и правилното клинично стадиране на болните с простатен карцином се дава възможност за правилен избор на съвременен лъчелечебен метод. Независимо от възможностите, 5-годишната преживяемост на болните с простатен карцином у нас е с 30% по-ниска от средната за Европа. Това несъмнено поставя по-остро задачите ни за точна диагностика и прилагане на лечебни методи в съответствие с принадлежността на болния към съответната рискова група.

Цел: Проследяване на клиничните резултати при прилагане на различни видове лъчелечение при неметастазирал простатен карцином.

Материал и метод: В периода 01. 2015 г. до 12. 2020 г. в Клиниката по лъчелечение са лекувани 424 болни на възраст от 51 г. до 87 г., ср. възраст 69,9 г., разпределени по равно под и над 70-годишна възраст. При болни с нисък и благоприятен умерен риск е прилагана дефинитивна брахитерапия при 118 (27,8%) от болните и перкутанно лъчелечение (ПЛЛ) в малък обем при 24 (5,6%). При неблагоприятен умерен и висок риск е прилагано в голям и малък обем ПЛЛ при 198 (46,7%) или съчетано лъчелечение – брахитерапия за пр. жлеза и ПЛЛ за тазовите лимфните възли (ЛВ), при 66 (15,6%) болни. Неоадювантна хормонална терапия е прилагана при болни с умерен риск в рамките на 4 месеца и при високорискови до 6 м. преди дефинитивно ЛЛ. Следоперативно облъчване е прилагано при 66 (15,6%) от болните, като обемът на облъчване и размерът на лечебната доза са

определяни индивидуално в зависимост от остатъчния туморен обем (R1-2 или биохимична персистенция, или рецидив). Проследява се времето до прогресия в зависимост от приложените лъчелечебни методи. Все още в НРР не са постъпили данни за различните причини за смърт и не коментираме обща преживяемост.

Резултати: Прогресия на болестта е регистрирана при 22 от 424 пациенти (5,2%). При болни под и над 70 г. времето до прогресията е съответно средно 1149 срещу 1300 дни. Най-често се наблюдава костно метастазиране при 14/22 (63,6%) от болните, следвано от метастази в регионалните ЛВ – 3 (1,24%) и толкова в парааортални ЛВ, локални рецидиви в пр. жлеза при 2 (0,4%), 1 болен с медиастинални ЛВ с последващи мозъчни М и 1 болен с белодробни М. Времето за прогресия от диагнозата е средно 40,8 м. (3,4) г., когато най-често се диагностицират костните М, ПАЛВ и регионални ЛВ. В зависимост от приложения обем на облъчване и метод процентът на прогресиралите болни е както следва: брахитерапия 4/118 (3,4%), при ПЛЛ в м. обем – 1/24 (4,2%), в голям и малък обем чрез ПЛЛ – 12/198 (6,6%), при съчетано и следоперативно ЛЛ еднакво по 3/66 (4,5%) болни.

Изводи: Времето до прогресия е по-кратко при по-младите болни, което налага прецизирано стадиране на заболяването преди предприемане на лечебен метод. Използването на БТ както като самостоятелен метод, така и в съчетание с перкутанно ЛЛ, показва предимство в клиничните резултати.

ИЗКУСТВЕН ИНТЕЛЕКТ ПРИ ДИАГНОСТИКА НА КОЖНИ ТУМОРИ И ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ – ВЪЗМОЖНО ЛИ Е ДА СЕ ВНЕДРИ В КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА В БЪЛГАРИЯ?

Н. Трайкович

Клиника по онкодерматология, УСБАЛО – ЕАД, София

Изкуственият интелект (ИИ) е бързо развиваща се област за концепциите, където чрез обработка и анализ на база данни и следване на определени алгоритми се цели бързо определено класифициране или вземане на автоматизирано решение.

Целта на изкуствения интелект е да надмине човешкото когнитивно функциониране и като такъв се превръща в реалистична перспектива в дерматологията, особено за диагностика на кожни тумори.

Не-меланомните кожни тумори са най-честите диагностицирани тумори, а меланомът се характеризира с лоша прогноза и висока смъртност. Въпреки че дермоскопията значително е подобрила точността на диагностиката, понякога може да съществува и определена вариабилност, която до голяма степен да затрудни и опитния клиницист.

Внедряването на ИИ в клиничната практика би могло да увеличи способността ни да идентифицираме лезии с малигнен потенциал, като по този начин ще се намалят

ненужните биопсии и ще се минимизира свръхдиагностиката.

Система с ИИ може да бъде използвана като инструмент за сортиране преди клиничната оценка от дерматолог, като по този начин би позволила автоматизирано стратифициране на риска на определени лезии. Алтернативно ИИ може да бъде консултиран след преглед от клинициста и да бъде ползван като второ мнение за подобряване на диагностичната чувствителност и намаляване на ненужните ексцизии.

Дерматологът трябва да бъде наясно с ограниченията на всеки диагностичен инструмент и да има уменията правилно да интерпретира изходите резултати.

В крайна сметка отговорността и грижата за пациента остават за клинициста, поради което трябва да се поддържа високо ниво на клинична проникателност. Въпреки това изкуственият интелект в дерматологията е готов да се превърне в мощно средство в борбата с кожните неоплазии.

НОВОСТИ В ТЕРАПЕВТИЧНИЯ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА КОЖНИ КАРЦИНОМИ

И. Гаврилова¹, В. Георгиев², А. Герасимов³

¹Клиника по онкодерматология, УСБАЛО – ЕАД, София

²Клиника по хирургия, УСБАЛО – ЕАД, София

³Клиника по медицинска онкология, УСБАЛО – ЕАД, София

Най-често срещаните кожни неоплазми сред зрялото население са базоцелуларен карцином (БЦК) и плоскоклетъчен кожен карцином (ПКК) в честота съответно до 80% и 20%. Водещ метод за лечението им е оперативният, постигащ до 100% овладяване в ранните стадии. До 10% от случаите с БЦК и до 4% с ПКК прогресират с деструктивен и безконтролен локален растеж, склонност към метастазирание по лимфен и по-рядко хематогенен път и лоша прогноза. Разглеждаме тези случаи като казуистики, но в световен мащаб тенденцията е да ги срещаме все по-често при траен темп на покачване на заболяемостта. До скоро се смяташе, че единствен метод за тяхното лечение е оперативния в обем широки ексцизии, ампутации и други обезобразяващи операции с необходимост от сложни и понякога многоетапни реконструкции с пластично заместване. От 2014 г. системното лечение при кожните немеланомни тумори бележи голям темп на развитие, което доведе до значителни тактически промени в международните онкологични принципи и ни накара да преосмислим мястото на хирургията в лечебния процес. През 2020 г. Европейската асоциация по дерматоонкология (ЕАДО) въведе нова класификация на БЦК, базирана на примери и

установени ползи от клиничната практика, която значително улеснява избора на лечебен метод от клинициста. Предлагаме наша разработка, базирана на приетата класификация с примери от практиката с цел по-добро визуализиране и практическо усвояване.

Първичният ПКК е прието прогностично да се разглежда като високо и ниско рисков на база съвкупност от клинични и патохистологични характеристики. В светлината на успешното имуноонкологично лечение, световната практика диктува иновативни алгоритми за оценка и поведение на този злокачествен тумор.

Добрата преценка и познаването на биологията на кожните карциноми са от съществено значение за постигане на максимални ползи за пациентите. В този контекст авторите представят няколко клинични случая от своята практика с пълно повлияване и траен контрол посредством лекарствено лечение на авансирани кожни карциноми, както и пример за обратното при несвоевременно и неподходящо лечение.

Ключови думи: локално авансирани кожни карциноми, авансирал базоцелуларен карцином, авансирал плоскоклетъчен кожен карцином

NEWS IN THE THERAPEUTIC APPROACH TO TREATING NON-MELANOMA SKIN CANCERS

I. Gavrilova¹, V. Georgiev², A. Gerasimov³

¹Oncodermatology Department, USBALO-EAD, Sofia,

²Surgery Department, USBALO-EAD, Sofia

³Medical Oncology Department, USBALO-EAD, Sofia

The most common skin cancer among the adult population are basal cell carcinoma (BCC) and squamous cell carcinoma (SCC), with frequencies of up to 80% and 20%, respectively. The leading method for their treatment is surgery, achieving up to 100% control in the early stages. Up to 10% of BCC cases and up to 4% of SCC cases progress with destructive and uncontrolled local growth, a tendency to metastasize through lymphatic and occasionally hematogenous routes, and a poor prognosis. These cases have been considered as case studies, but there is a growing trend worldwide of encountering them more frequently with a steady increase in incidence. Until recently, the only method for their treatment was surgery, including wide excisions, amputations, and other disfiguring operations requiring complex and sometimes multi-stage reconstructions with plastic replacement. Since 2014, systemic treatment for non-melanoma skin tumors has developed rapidly, leading to significant tactical changes in international oncological principles and prompting a re-evaluation of the role of surgery in the treatment process. In 2020, the European Association of Dermato-Oncology

(EADO) introduced a new classification of BCC based on examples and established benefits from clinical practice, which significantly simplifies the clinician's choice of treatment method. We offer our development based on the adopted classification with examples from practice for better visualization and practical learning.

Primary SCC is prognostically classified as high and low risk based on a combination of clinical and pathological characteristics. In light of successful immuno-oncological treatment, global practice dictates innovative algorithms for the evaluation and management of this malignant tumor. Good assessment and understanding of the biology of skin carcinomas are essential for achieving maximum benefits for patients. In this context, the authors present several clinical cases from their practice with complete impact and permanent control through medical treatment of advanced skin carcinomas, as well as an example of the opposite with untimely and inappropriate treatment.

Keywords: locally advanced BCC, Locally advanced SCC, non-melanoma skin cancer

ДИАГНОСТИЧЕН АЛГОРИТЪМ И РАННО СТАДИРАНЕ НА МАЛИГНЕН МЕЛАНОМ И МЕРКЕЛ-КЛЕТЪЧЕН КАРЦИНОМ

В. Георгиев¹, И. Гаврилова², Л. Чавдарова³, Е. Пиперкова³, Л. Джонгов¹

¹Клиника по хирургия, УСБАЛО – ЕАД, гр София

²Клиника по онкодерматология, УСБАЛО – ЕАД, гр София

³Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО – ЕАД, гр София

Малигненият меланом (ММ) и Меркел-клетъчният карцином (МКК) са две напълно различни и сравнително редки кожни неоплазми, но съизмерими по агресивност, метастатичен потенциал и леталност. Голямата биологична прилика между тези тумори определя и аналогичния терапевтичен подход в ранните стадии при локализирано заболяване. Разработването на ефективен диагностичен алгоритъм за ранното стадиране на малигнен меланом (ММ) и Меркел-клетъчен карцином (МКК) представлява сериозно предизвикателство за онкодерматологичната практика.

С цел да се подобри своевременното диагностициране и стадиране на ММ и МКК ние представяме модифициран диагностичен алгоритъм, който е разработен в унисон с международните препоръки и нашия клиничен опит. Оперативното изпълнение на алгоритъма и стриктното спазване на стъпките му гарантират ранното установяване на пациентите в окултен III стадий с микрометастатично лимфогенно разпространение.

Последният е прецизно прилаган в хода на регулярната и дългогодишна съвместна практика между клиники по онкодерматоло-

гия, нуклеарна медицина и хирургия и даде начало на проспективен анализ, проведен в периода от февруари 2020 г. до юли 2022 г. с включени 77 пациенти с ранен ММ. В рамките на проучването бе приложен диагностичният алгоритъм и извършена сентинелна биопсия за допълнително стадиране на заболяването. Наблюдаваната ефективност на алгоритъма и биопсията при ранното стадиране на ММ допринесе за прецизиране и изготвяне на подобен алгоритъм и при МКК за ранното локализиране на микрометастатично заболяване.

Интердисциплинарната колаборация и екипност са от съществено значение за успешна ранна диагностика, своевременно лечение и постигане на оптимална грижа за пациента. Предложеният диагностичен алгоритъм може да послужи като полезен инструмент за онкодерматолози, нуклеарни медицински специалисти и хирурзи при ранното стадиране на малигнен меланом и Меркел-клетъчен карцином.

Ключови думи: малигнен меланом, Меркел-клетъчен карцином, диагностичен алгоритъм, ранно стадиране, сентинелна биопсия

DIAGNOSTIC ALGORITHM AND EARLY STAGING OF MALIGNANT MELANOMA AND MERKEL CELL CARCINOMA

V. Georgiev¹, I. Gavrilova², L. Chavdarova³, E. Piperkova³, L. Dzhongov¹

¹Department of Surgery, USBALO-EAD, Sofia

²Department of Oncodermatology, USBALO-EAD, Sofia,

³Department of Nuclear Medicine, USBALO-EAD, Sofia,

Malignant melanoma (MM) and Merkel cell carcinoma (MCC) are two completely different and relatively rare skin neoplasms, but comparable in terms of aggressiveness, metastatic potential, and lethality. The significant biological similarity between these tumors determines a similar therapeutic approach in the early stages of localized disease. Developing an effective diagnostic algorithm for the early staging of MM and MCC is a serious challenge for oncodermatology practice.

In order to improve timely diagnosis and staging of MM and MCC, we present a modified diagnostic algorithm that has been developed in unison with international recommendations and our clinical experience. The operational implementation of the algorithm and strict adherence to its steps guarantee the early identification of patients in occult stage III with micrometastatic lymphogenic spread.

The latter has been precisely applied in the course of regular and long-term joint practice

between Oncodermatology, Nuclear Medicine, and Surgery clinics, and initiated a prospective analysis conducted from February 2020 to July 2022, including 77 patients with early MM. In the study, the diagnostic algorithm was applied, and a sentinel lymph node biopsy was performed for additional staging of the disease. The observed effectiveness of the algorithm and biopsy in the early staging of MM contributed to the refinement and development of a similar algorithm for early localization of micrometastatic disease in MCC.

Interdisciplinary teamwork are essential for successful early diagnosis, timely treatment, and achieving optimal patient care. The proposed diagnostic algorithm can serve as a useful tool for oncodermatologists, nuclear medicine specialists, and surgeons in the early staging of malignant melanoma and Merkel cell carcinoma.

Keywords: Malignant melanoma, Merkel cell carcinoma, diagnostic algorithm, early staging, sentinel lymph node biopsy

ВЕНОЗНИ РЕЗЕКЦИИ ПРИ КАРЦИНОМ НА ГЛАВАТА НА ПАНКРЕАСА

Н. Владов¹, Цв. Тричков¹, В. Михайлов¹, Р. Костадинов¹, Ст. Мърваков¹, В. Иванов¹,
Е. Груда², Ст. Добрев²

¹Клиника по чернодробно-панкреатична хирургия и трансплантология,
Военномедицинска академия, София

²Клиника по анестезиология и интензивно лечение, Военномедицинска академия, София

Въведение: Панкреатичният карцином в последните десетилетия се наложи като гастро-интестиналният тумор с най-лоша прогноза. Той съставлява около 90% от малигнените заболявания на задстомашната жлеза, с 5-годишна преживяемост от едва 7–8%. В наши дни единственият начин за дефинитивно лечение е радикалната резекция на панкреаса.

Цел: Сравняване на преживяемост, морбидитет и морталитет при пациенти, оперирани поради карцином на главата на панкреаса, при които е извършена венозна резекция.

Методи: Моноцентрично и ретроспективно са анализирани 645 пациенти, радикално оперирани поради аденокарцином на главата на панкреаса за периода от 2004 до 2022 година. В серията влизат 121 пациенти (18,76%), при които е извършена венозна резекция (ВР). Обработката на статистическата информация е извършена чрез IBM® SPSS™ Ver.26, като за сигнификантна се приема стойност на $p > 0,05$.

Резултати: Средната месечна преживяемост между ВР и стандартните резекции (СР) е сигнификантна (19,3 спрямо 26,9,

$p=0.047$). От друга страна, 1-, 3- и 5-годишната преживяемост при ВР е 46,6%, 17,6% и 8,3%, а същата при СР е съответно 53,6%, 20,8% и 14,9% ($p=0.13$, 0.50 и 0.11). При сравняване на преживяемостта между СР, ВР и палиативните процедури се установи сигнификантност ($p<0.05$). Значимите усложнения по Clavien-Dindo ($>II$) не са статистически значими (17,1% спрямо 15,9%, $p=0.75$). Налична е значимост относно периоперативната 30-дневна смъртност в ущърб на ВР (11,1% спрямо 3,7%, $p<0.05$). Статистически значими показатели за двете групи пациенти са кървенето и реоперацията ($p<0.05$), които се явяват и независими прогностични фактори за по-лоша преживяемост. Няма сигнификантност спрямо съдовата инвазия ($p=0.581$).

Заключение: Можем да заключим, че панкреатичните онкологични операции, комбинирани с венозна резекция и реконструкция, са надеждни и сигурни за постигането на R0, когато се прилагат в специализирани и централизирани институции.

Ключови думи: аденокарцином на панкреаса, панкреато-дуоденална резекция, венозна резекция.

МУЛТИВИСЦЕРАЛНИ РЕЗЕКЦИИ ПРИ СТОМАШЕН КАРЦИНОМ

Цв. Тричков¹, В. Михайлов¹, Р. Костадинов¹, В. Иванов¹, Е. Еюпов¹, Е. Груда²,
Ст. Добрев², Н. Владов¹

¹Клиника по чернодробно-панкреатична хирургия и трансплантология,
Военномедицинска академия, София;

²Клиника по анестезиология и интензивно лечение, Военномедицинска академия, София

Въведение: Стомашният карцином както в западните страни, така и в България, се диагностицира предимно в напреднал стадий. По тази причина мултивисцералните резекции (MBR) се явяват крайъгълен камък при локалноавансирани тумори. Те могат да бъдат потенциално курабилни за селектирани пациенти, при които е възможно постигането на R0-резекция. Въпреки това все още няма достатъчно данни относно тяхната надеждност и сигурност.

Цел: Да се съпоставят резултатите при пациенти, претърпели MBR за стомашен карцином, както и да се сравнят със стандартните стомашни резекции (ССР).

Методи: Ретроспективно кохортно проучване на 365 пациенти с хистологично верифициран стомашен карцином, при които е извършено радикално оперативно лечение в периода между 2004 и 2022 година. Извършени са 259 стандартни и 106 мултивисцерални резекции. Използвана е контролна група от 121 пациенти с палиативна интервенция (обходна анастомоза или експлорация) за сравняване на преживяемостта.

Резултати: В групата на ССР 60% са мъже и 40% жени, като при 52,5% е извършена

субтотална резекция, а при 47,5% гастректомия. Средната възраст е 64 години (31-90). Средният следоперативен престой е 9 дни (5-35). При 92,5% е постигната R0-резекция. В групата на MBR 75 пациенти са мъже и 31 жени. Средната възраст е 61,4 години (28-88). Средният следоперативен период е 13 дни (7-55). Процентът на R0-резекция е 83,96%. Сравнени са резултатите между ССР и MBR по отношение на преживяемост (43,1 vs. 28,1 месеца), 30-дневна смъртност (0,6% vs. 3,96%) и значими постоперативни усложнения по Clavien-Dindo >II (6,4% vs. 14,85%), като при тези показатели се наблюдава сигнификантна разлика в полза на ССР ($p < 0.05$).

Заклучение: Въпреки развитието на диагностичните методики, в западните страни карциномът на стомаха се открива предимно в напреднал стадий. За постигането на оптимални резултати е необходим мултидисциплинарен подход, ранна профилактика на заболяването и интегриране на съвременните неoadювантни терапевтични методики.

Ключови думи: стомашен аденокарцином, мултивисцерална резекция

ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА КАРЦИНОМИТЕ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛНАТА ОБЛАСТ

В. Георгиев, Е. Диманова, Л. Джонгов

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

Увод: Карциномът на гастроезофагеалната област остава значителен клиничен проблем, като се наблюдава нарастване на честотата на случаите при лоша дългосрочна прогноза. По-голямата част от пациентите се представят с напреднало заболяване и по-малко от 50% подлежат на оперативно лечение. В момента не съществува консенсус по отношение на оперативния достъп, обема на органната резекция и лимфна дисекция в проксимална и дистална посока.

Цел: Представяме натрупания опит на Клиниката по обща и абдоминална хирургия в оперативното лечение на карциномите на гастроезофагеалната област: използвания оперативен достъп, резекционния обем, технически прийоми за намаляване честотата на следоперативните усложнения, минимално инвазивни решения за осигуряване на ранно и адекватно ентерално хранене.

Материали и методи: Проучването включва ретроспективен анализ на 67 пациенти с карциноми на стомаха и хранопровода. Според локализацията на първичния тумор пациентите са разделени на такива с тумори в гастроезофагеалната област – 23 случая, корпуса – 26, и антрумана на стомаха – 18 случая.

Резултати: Сравнихме следоперативните резултати при следното групиране на пациентите: 1. Пациенти със стомашен карцином и такива с карцином на ГЕО; 2. Пациенти,

оперирани с трансторакален или трансабдоминален достъп; 3. Пациенти с повишен нутритивен риск, с изведени хранителни ентеростоми и такива без.

Критерии за отчитане на резултата:

1. Постигане на хистологично потвърдена R0-резекция;
2. Обем на инфузираните в хода на лечението биопродукти;
3. Вид и тежест на следоперативните усложнения;
4. Обща продължителност на хоспитализацията.

Изводи и заключение: Консумативният синдром и нутритивният риск зависят в по-голяма степен от туморния стадий, отколкото от локализацията на процеса в горен ГИТ. Липсват статистически значими различия в изходните показатели при карциномите на ГЕО, корпуса и антралната зона. Пациентите са селектирани за провеждане на комбинирана нутритивна терапия периперативно въз основа на изходните показатели и очаквания обем на интервенцията. На фона на нутритивна поддръжка групата рискови пациенти показва сходен по продължителност на престоя и усложнения резултат с останалите пациенти ($p=0.41$).

Ключови думи: карцином на ГЕВ, Ivor-Lewis резекция, постоперативно ентерално хранене

ЕДНОВРЕМЕННО ЛЪЧЕ-ХИМИОЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕДРЕБНОКЛЕТЪЧЕН КАРЦИНОМ НА БЕЛИЯ ДРОБ – НАЧАЛЕН ОПИТ

С. Лалова¹, И. Михайлова¹, Д. Георгиев¹, Д. Кацаров¹, Р. Иванова¹, Б. Генова¹,
И. Панджарова²

¹Клиника по лъчелечение, УСБАЛО – ЕАД, София

²Клиника по медицинска онкология, УСБАЛО – ЕАД, София

Увод: Поради незадоволителните лечебни резултати при болните с карцином на белия дроб в III стадий се прилагат нови терапевтични схеми като едновременното лъче-химиолечение, последвано от имунотерапия.

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

Материали и метод: За периода 2020–2022 г. в Клиниката по лъчелечение са лекувани 15 болни (четири жени и единайсет мъже) с недребноклетъчен карцином на белия дроб в III A и III B стадий на средна възраст 63,7 г. Според хистологичния вариант на тумора 8 болни са с аденокарцином, а 7 болни – с плоскоклетъчен карцином. Проведено е дефинитивно лъчелечение с техника модулирано по интензитет лъчелечение на апа-

рат линеен ускорител до обща доза 60 Gy и едновременна 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 болни е установена следната токсичност: хематологична (левкопения) при 7 болни, езофагит и трахеит 1 степен – при 10 болни, и при една болна – езофагит 3 ст., причиняващ невъзможност за хранене, поради което е прекъснато лъчелечението.

Заключение: 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

РОЛЯТА НА ГАМА НОЖА В УСПЕШНОТО ЛЕЧЕНИЕ НА МОЗЪЧНИ МЕТАСТАЗИ

Б. Атанасова, И. Петров, И. Михайлова, Р. Лазаров, Н. Билдирев, К. Желев,
Ив. Станимиров, М. Чолакова
Отделение по лъчелечение, МБАЛ „Сърце и мозък“, Плевен

Увод: С повишаване на ефективността на лекарственото противотуморно лечение все повече пациенти се диагностицират с олигометастатично заболяване. На първо място като органно разпространение е главният мозък. Около 10% от онкологично болните развиват мозъчни метастази като прогресия на онкологичното им заболяване и те са най-честата причина за смърт.

Цел на нашето проучване е да покажем ефективността и спецификата на радиохирургията (РХ, SRS), извършена с апарата „Gamma Knife Icon“.

Материали и методи: В периода март 2021 г. – декември 2022 г. в МБАЛ „Сърце и мозък“ са провели лечение 124 пациенти с различен брой метастази (1–16). Обемът на облъчваните метастази е от 0.02 cm³ до 55 cm³. Пациентите са проследявани от 30 до 730 дни. Обсъждат се странични реакции и профилактична медикация за появата им. Ще бъдат докладвани 3 клинични случая. Всички пациенти са облъчени с Gamma Knife Icon. Проследени са през 3 до 6 месеца в

рамките на 1 година след приключване на лечението. Проследяването е извършено с ЯМР и/или КТ с контраст. Приложена е РХ с еднократна доза 12–18 Gy или фракционирана РХ в зависимост от броя и обема на метастазите.

Резултати: Всички пациенти завършиха успешно планираната SRS. Пациентите нямат съществени странични оплаквания по време и след лечението. Общата средна преживяемост е съпоставима с описаната в литературата.

Представени са подробно 3-ма пациенти, проследени с пълна ремисия 1 година след лъчелечението. Представени са демонстративни пациенти. Обработват се статистически резултати, които ще бъдат обсъждани в следващо проучване.

Заключение: Резултатите от проследяването на нашите пациенти показват, че SRS с Gamma Knife Icon е високоефективен метод за лечение на мозъчни метастази, осигуряващ добър локален туморен контрол при липсата на нежелани странични реакции.

ЗНАЧЕНИЕ НА РАДИОХИРУРГИЯТА (SBRT) В КОМПЛЕКСНИЯ ПОДХОД ЗА ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СОЛИТАРНА ИЛИ ОЛИГОМЕТАСТАТИЧНА КОСТНА БОЛЕСТ

В. Любомиров¹, Д. Кацаров¹, И. Михайлова¹, Д. Георгиев¹, С. Лалова¹,

Б. Кръстев¹, С. Тунчева², Т. Атанасов³

¹Клиника по лъчелечение, УСБАЛО – ЕАД, София

²Клиника по медицинска онкология, УСБАЛО – ЕАД, София

³Национален раков регистър, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Да се проследят клиничните резултати от приложение на радиохирургията (SBRT) при пациенти със солитарна или олигометастатична вторична костна дисеминация, лекувани в УСБАЛО, гр. София.

Материал и метод: За периода 2018–2022 г. в УСБАЛО, Клиника по лъчелечение, гр. София, 40 болни са провели SBRT за солитарно или олигометастатично костно дисеминиране със средна възраст 54,7 г. (от 33 до 75 г.). От тях 42,5% (n=17) са мъже и 57,5% (n=23) жени. Пациентите са провели лъчелечение на линеен ускорител Clinac IX 6 MV.

Кохортата болни е проследявана средно 31,6 месеца (5 м. – 68 м.). Включени са пациенти с първични карциноми на гърда (n=14), простата (n=11), щитовидна жлеза (n=2), маточното тяло (n=2), бъбрек (n=2), малигнен меланом (n=2), бял дроб (n=1), назофаринкс (n=1), маточна шийка (n=1), яйчник (n=1),

миелом (n=1), хондросарком (n=1) и стомах (n=1).

Резултати: Дванадесет (30%) от болните, провели SBRT, са починали – средно 24,8 м. (5 м. – 60 м.) след проведеното лечение. Пациентите с първична локализация на карцинома на гърда (n=2) и простата (n=2) са с благоприятна прогноза, като само 4 (33%) от тях са починали. Останалите 8 (66%) от починалите са със следната локализация: маточно тяло (n=2), малигнен меланом (n=2), щитовидна жлеза (n=1), бял дроб (n=1), стомах (n=1) и маточна шийка (n=1). Двадесет и осем (70%) болни, провели SBRT, са живи през горепосочения период, като наблюдението им продължава и по настоящем.

Изводи: Радиохирургията като част от цялостното, комплексно онкологично лечение при пациенти със солитарна или олигометастатична костна болест е свързана с удължена преживяемост и подобро качество на живот.

ПРИНОС НА 18F-FDG-ПЕТ/СТ В ОНКОГИНЕКОЛОГИЯТА – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ С ПРЕДОПЕРАТИВНО СТАДИРАНЕ НА ПАЦИЕНТКА С КАРЦИНОМ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Н. Пиперкова¹, Л. Чавдарова², А. Гановска¹, С. Гицова¹, Е. Чуприна¹, Е. Гаджева¹,
Ст. Ковачев¹, Е. Пиперкова²

¹Клиника по обща и онкологична гинекология, ВМА – София

²Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО – София

18F-FDG-ПЕТ/КТ заема значимо място в диагностиката, стадирането, индивидуализираното терапевтично планиране и контрола на онкологичните заболявания с 27-32% рестадиране след прилагане на конвенционални диагностични подходи. Липсват утвърдени клинични стандарти за мястото на хибридно ПЕТ/КТ изобразяване в клиничната онкогинекология.

Цел: Представяне на приноса на 18F-FDG-ПЕТ/КТ в предоперативното стадиране на пациентка с карцином на маточната шийка (КМШ) чрез клиничен случай от съвместната практика на ВМА и УСБАЛО.

Материал и метод: Представя се пациентка с хистологично доказан след биопсия КМШ за предоперативно стадиране с хибридно, метаболитно и структурно изобразяване на напълно дигитален fdPET/CT-64sl/Ultra-high-Resolution скенер Biograph Vision 450 (Siemens). Приложен е утвърден в КНМ на УСБАЛО ПЕТ/КТ протокол на целотелесно скениране от средата на бедрата до черепния покрив с HD-СТ и забавяне на времето на скениране на тазовия обем за максимално качество на образа с висока разделителна способност под 2 мм. Представени са възможностите на полуколичествените параметри SUVmax, TLG, MTV, D-score като прогностични маркери за отчитане на агресията на тумора и разпространението му.

Резултати: Интерпретацията на образите

и данните от количествените маркери посочват 18F-FDG-fdPET/СТ данни за метаболитноактивен локо-регионално и дистантно авансирал карцином на маточната шийка с туморна инфилтрация на тялото на матката, проксимално на влагалището, както и на десния яйчник, външната повърхност на стената на пикочния мехур и ректума, с тазови и параилиачни хиперметаболитни метастатични лимфни възли (МЛВ), единични перитонеални лезии и солитарна метастаза на границата на 7/8-ми сегменти на черния дроб. Параметриите изглеждат свободни, без убедителни данни за инфилтрирането им. Единични белодробни фонови микронодули, повече с постинфламаторен характер, неубедителни за връзка с онкологичното заболяване. Отсъстват убедителни данни за друга визцерална и костна дисеминация и с мнение за комплексно лечение.

Заключение: 18F-FDG-ПЕТ/КТ прецизира първичното стадиране на пациентката с КМШ и рестадира заболяването в по-напреднал стадий, изобразявайки перитонеални хиперметаболитни лезии, МЛВ и неочаквана от УЗ изследване малка активна солитарна метастаза в черния дроб, което определя и индивидуалното комплексно, лечебно планиране.

Ключови думи: 18F-FDG-ПЕТ/КТ, карцином на маточната шийка, стадиране, рестадиране

ЛЕЧЕБНИ РЕЗУЛТАТИ ПРИ ДЕФИНАТИВНА БРАХИТЕРАПИЯ НА ЛОКАЛНО АВАНСИРАЛ КАРЦИНОМ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Б. Генова, Е. Петкова, К. Кунин, Г. Радева, А. Балабанова
Клиника по лъчелечение, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Анализ на резултати при болни с карцином на маточната шийка (КМШ) след дефинативно перкутанно лъчелечение, съчетано с интракавитарна брахитерапия.

Материали и методи: За периода 01. 2019 г.–08. 2022 г. са проследени 7 болни, провели дефинативно перкутанно ЛЛ едновременно със седмична доза от 50 mg Цисплатина, прилагана веднъж седмично, и последваща интракавитарна брахитерапия (ИкБТ). Средната възраст е 53,5 г. (47–61 г.). Хистологичният вариант при всички е плоскоклетъчен карцином. По стадий по FIGO болните са разпределени, както следва: IIa – 1, IIb – 5, IIIb – 1. Шест от тях са с N0 и 1 – с N1. Използвани са образни стадиращи методи при 3 болни – МРТ, при 2 – ПЕТ/КТ, и при 2 – КТ. За областта на малкия таз е реализирана доза от 50 Gy/2 Gy при 6 от болните и 46 Gy при 1. При болната с N1 е допълнена дозата двустранно за лимфни възли до 60 Gy. Сумарната доза на Цисплатина е 150 mg при 2 болни, 200 mg – при 2, и 250 mg – при 3. При наличие на благоприятни условия е проведена интракавитарна брахитерапия 7 Gy за фракция (фр.) – при 4 болни в 3 фр., а при 3 болни – в 4 фр. (средно през 5 дни).

В условия на венозна анестезия е поставен Флетчер апликатор и е извършено 3D КТ-планиране. За оценка на дозиметричното планиране е използвана форма в табличен вид, предоставена от Американската асоциация по брахитерапия за оценка на сумарната еквивалентна и биологично ефективна доза и са следвани препоръките на ICRU-89 за дозите в мишенния обем и критични органи.

Резултати: При средно време на проследяване 24 мес. (8–52 мес.) при всички болни е установен пълен локален контрол (чрез гинекологичен преглед и образно изследване) и 100% обща преживяемост. Схемата за проследяване включва гинекологичен преглед на 1-ви месец, след което на 4–6 мес., ПЕТ/КТ на 3-ти, 9–12 мес.

Извод: Съчетаното перкутанно лъчелечение на малък таз, приложено едновременно с Цисплатина и допълване на дозата до курабилна с интракавитарна брахитерапия при КМШ, е изпитан ефективен лечебен метод, към който се връща Клиниката по лъчелечение в УСБАЛО, придържайки се към последните препоръки от ICRU-89.

18F-FDG-PET/CT ПРИ СТАДИРАНЕ И ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА ПАЦИЕНТИ С КАРЦИНОМИ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА И ЕНДОМЕТРИУМА – КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

Л. Чавдарова¹, Н. Пиперкова², К. Николова¹, Е. Пиперкова¹

¹Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО – София

²Клиника по обща и онкологична гинекология, ВМА – София

„Златният стандарт“ 18F-FDG-PET/CT има своето значимо място в образно-диагностичната, клинична онкологична практика. Въпреки това все още липсват утвърдени стандарти за провеждане на PET/CT в рутинната онкогинекология – както за стадиране, така и в хода на проследяване на пациентите.

Цел: Представянето на клинични случаи от нашата практика цели да посочи значението на PET/CT при пациентите с карциноми на маточната шийка (КМШ) и ендометриума (КЕ) за стадиране и рестадиране с насоки за времево отстояние от проведени оперативни интервенции и лъчетерапия (ЛТ) и необходимостта от интензивен или краткосрочен контрол на остатъчни след лечение минимално метаболитноактивни фокуси в таза.

Материал и метод: Изследванията са проведени на напълно дигитален fdPET/CT-64slice-скенер Biograph Vision 450, Siemens. За изминалата година (01. 2022–03. 2023) са проведени 239 изследвания при жени с КМШ и 150 при КЕ. Подбрани са 3 клинични случая, изобразяващи различни етапи от проследяването на пациентите. Представени са възможностите на полуколичествените параметри SUVmax, TLG, MTV, D score като

прогностични индикатори и маркери за отчитане на терапевтичен отговор.

Резултати: Клиничен случай (КС) 1 представя пациентка с КМШ. PET/CT е проведена за предтерапевтично стадиране с последващо проследяване след дефинитивна ЛТ. В КС 2 се представя пациентка с КЕ – PET/CT след комплексно лечение, установяващ пълен локален контрол и втора първична онкологична локализация в гърда, проследена след верификация и лечение. КС 3 е на жена с КМШ със стадираща PET/CT, минимална остатъчна активност посттерапевтично и последващ рецидив с дисеминация.

Заключение: Представените клинични случаи на пациентки с КМШ и КЕ показват възможностите на PET/CT както за точно стадиране и насочване на терапевтичния подход, така и за ранна детекция на локални рецидиви и откриване на неочаквани други онкологични локализации в хода на проследяването. От особено значение са указваните от PET/CT насоки за краткосрочен/регулярен контрол на суспектни находки с индивидуализиране на проследяването при рискови пациенти.

Ключови думи: PET/CT, карцином на маточна шийка, карцином на ендометриум

ОСТРА И КЪСНА ТОКСИЧНОСТ ПРИ СЪВРЕМЕННО ДЕФИНИТИВНО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ НА ТУМОРИ В ОБЛАСТТА НА ГЛАВАТА И ШИЯТА

Д. Кацаров¹, В. Любомиров¹, И. Михайлова¹, М. Ганчева-Масо¹, Т. Атанасов²

¹Клиника по лъчелечение, УСБАЛО – ЕАД, София

²НРР, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Ретроспективно проучване след проведено дефинитивно лъчелечение (ЛЛ) при солидни злокачествени неоплазми на глава и шия.

Материал и метод: Проследени са 342 болни (267 мъже, 75 жени) с неоплазми в тази анатомична област (без Т1-2 ларинкс и паротис Са) и провели ЛЛ в УСБАЛО – София, в периода 2009–2021 г. Средната възраст на болните е 59,5 г. (от 29 до 89г). При разпределението по хистологичен тип най-чест е плоскоклетъчният карцином при 304 болни (89,8%), като от останалите хистологични типове се срещат мукоепидермоиден (n=7, 2%), аденоидно-кистичен (n=5, 2%), дребноклетъчен, невроендокринен карцином, естезионевробластом и др. (по 1 случай). Разпределението на болните спрямо Т е както следва: Т1 и Т2 – 51 (14,9 %), N+ са 205 пациенти (59,9%). При 220 (64,3%) е проведено едновременно лъче-химиолечение в комбинация с Цисплатин или Цетуксимаб.

Резултати: В общата група на лекуваните болни локалните радиобиологични реакции започват с изява на 6–7 фракция лъчелечение и достигат до пика на интензитета си на 12–15 фракция, след което поддържат платовидно ниво.

Отчетени при всички пациенти са еритем, мукозит и дисфагия в ст. 3 (87%) и ст. 4 (13%) в общата група, като при пациентите на ЛХЛ ст.4 локални реакции са със 7% по-чести, без да има статистически значима разлика. Ксеростомия ст. 3 и по-висока практически не е наблюдавана като късна токсичност при болните, провели модулирано по интензитет ЛЛ.

Заклучение: Основната предпоставка за сравнително ранна и изразена по степен локална реакция е включването на голяма част от оралната и орофарингеална лигавица в обема за интегриран сюрдозаж и не е зависимо от провеждането или не на лъче-химиолечение.

ОЦЕНКА НА КОГНИТИВНИЯ СТАТУС СЛЕД ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ НА ПЪРВИЧНИ МОЗЪЧНИ ТУМОРИ

Д. Иванова, И. Колева, Р. Лазаров

Клиника по лъчелечение, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“, София

Цел: Ефектът на лъчелечението върху дългосрочния когнитивен статус на пациенти, лекувани за интракраниални неоплазми, представлява значително притеснение и за клиницисти, и за пациенти, особено като се има предвид, че дългосрочна преживяемост и даже излекуване са възможни. За да оценим неврокогнитивните ефекти на интракраниалната лъчетерапия при такива пациенти, анализирахме данни за когнитивния статус, получени в проспективно проучване.

Материали и методи: В проучването са включени 47 пациенти, провели лъчелечение за първични доброкачествени и злокачествени новообразувания на главния мозък. Болните са оценявани с обширна система от психометрични тестове (MMSE, BVRT, CERAD, MoCa, IST, TMT A and B), за да се определят количествено изменения във вербалното обучение, паметта и ексекутивните функции на изходно ниво (преди лъчелечение) и приблизително през интервал от 3 месеца в продължение до 3,5 години. Пациентите са използвани като собствена контрола и когнитивния статус е оценяван като промяна в резултатите им в течение на вре-

мето. За да се оцени влиянието на лечението върху ежедневието, са събирани данни за когнитивния статус, умората, качеството на живот и туморния контрол.

Резултати: Изходните резултати от тестовете са под средните в сравнение със специфичните за възрастта норми. При втората оценка средните резултати от тестовете на групите са по-високи от първоначалните по всички психометрични параметри, въпреки че подобрението не е статистически значимо. Не са наблюдавани промени в когнитивния статус по време на периода на оценка, при анализ на резултатите по възраст, лечение, локация на тумора, тип тумор или степен на резекция. Задълбочаване на неврологична симптоматика, свързано с възвръщане на заболяването, корелира с влошаване на резултатите от когнитивните тестове.

Заключение: Когнитивният статус остава стабилен при тези пациенти след провеждане на лъчелечение и в рамките на 3,5 г. проследяване. Леко подобрение в някои когнитивни области може да се дължи на запознаването с тестовите процедури и съдържание.

ОЦЕНКА НА АНТИТУМОРНОТО ДЕЙСТВИЕ НА БИОФЛАВОНОИДА ФУСТИН ВЪРХУ КЛЕТЪЧНА ЛИНИЯ НА РАК НА ДЕБЕЛОТО ЧЕРВО

Г. Анто¹, З. Господинова¹, Д. Павлов², М. Новакович³, В. Тешевич⁴, Н. Кръстева⁵,
С. Вълчева - Кузманова⁶

¹Институт по физиология на растенията и генетика, Българска академия на науките, София, България

²Факултет по фармация, Медицински университет

„Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, България

³Белградски университет – Институт по химия, технология и металургия, Национален институт на Република Сърбия, Белград, Сърбия

⁴Белградски университет – Факултет по химия, Белград, Сърбия

⁵Институт по биофизика и биомедицинско инженерство, Българска академия на науките, София, България

⁶Факултет по медицина, Медицински университет

„Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, България

Лечебните растения се характеризират с високо съдържание на биологичноактивни вещества и представляват интересен обект на проучвания във връзка с фармакологичния им потенциал за терапия на редица социално значими заболявания, в това число и онкологичните. Смярадликата (*Cotinus coggygria* Scop.) е лечебно растение, което намира широко приложение в народната медицина и съвременната фармацевтична индустрия, благодарение на многобройните си ценни свойства, сред които антибактериални, противовъзпалителни, имуномодулаторни, антиоксидантни, анти tumorни и др. Листата и дървесината на смярадликата са богати на флавоноиди, от които дихидрофлавонолът фустин е изключително слабо проучен по отношение на неговия анти tumorен потенциал. Във връзка с това целта

на настоящото изследване е да се направи комплексна оценка на анти tumorните свойства на фустин, изолиран от дървесина на смярадлика, като се проследи неговото влияние върху преживяемостта, клоногенния и миграционния потенциал на клетъчна линия от рак на дебелото черво (Colon 26).

Получените резултати показват наличие на значителни *in vitro* антиклоногенни и антимиграционни свойства на фустина в проучваната моделна система. Бъдещите изследвания ще бъдат насочени към оценка на въздействието на биофлавоноида върху експресията на специфични гени, участващи в процесите на регулация на клетъчния цикъл и метастазиране на tumorните клетки.

Благодарности: Изследването е финансирано от Фонд „Научни изследвания“, договор № КП-06-H43/6/2020.

ЛЕЧЕБНИ РЕЗУЛТАТИ И ФРАКЦИОНИРАНЕ ПРИ ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ НА МЕТАСТАЗИРАЛ ОВАРИАЛЕН КАРЦИНОМ

Е. Манова¹, И. Михайлова¹, Б. Генова¹, Д. Кацаров¹, Д. Георгиев¹, В. Първанова¹,
Т. Атанасов²

¹Клиника по лъчелечение, УСБАЛО – ЕАД, София

²НРР, УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Проследяване приноса на перкутанното лъчелечение при метастатичен овариален карцином.

Материал и метод: В периода 2016–2023 г. в Клиниката на УСБАЛО – ЕАД са провели перкутанно лъчелечение (ПЛЛ) 26 болни с далечно метастазиране от овариален карцином в хода на лекарствено противотуморно лечение. При диагнозата болните са в стадий, както следва: 7 (26,9%) болни – IIIB, 9 (34,6%) болни – IIIC, 10 (38,5%) болни – IV. При хистологичните варианти преобладава серозният аденокарцином при 25 болни – 96%, и при 1 (4%) – светлоклетъчен карцином. Средната възраст при прилагане на ПЛЛ е 59 г. (от 39 до 76 г.). При 18 болни е проведено лъчелечение само за една област, а при 8 са облъчвани 2 или 3 области. Това са: главен мозък 8 (30,7%), 5 ЦНС и 3 РХ за ММ%, медиастиnum – 5 (19,3%), параортални ЛВ – 10 (38,5%), тазови ЛВ – 3 (11,5%), костна система – 4 (15,4%), надключични ЛВ – 4 (15,4%). Лъчелечението е прилагано на линейни ускорители чрез модулирано по интензитет лъчелечение (МИЛЛ) и краниална радиохирургия (КРХ). Използвани са следните схеми: 45 Gy (25x1,8 Gy), 40 Gy (20x2Gy), 30 Gy (10x3Gy), 20 Gy (5x4Gy) – конвенционално фракционироване и краниална радиохирургия – 15 Gy (1x15Gy), 27 Gy (3x9Gy), 30 Gy (5x6Gy).

Резултати: Всички болни са проследени

към дата 05. 01. 2023 г. Те преживяват средно 27,2 (1 ÷ 81) месеца след проведеното лъчелечение. При ЛЛ на една област преживяемостта е средно 33 мес. срещу 17 мес. за 2 и повече облъчвани области. Най-добри лечебни резултати се наблюдават при ЛЛ на метастатичен процес, ограничен в областта на параорталните лимфни възли (ПАЛВ) – 46 мес. Прилагането на доза ≥ 40 Gy подобрява резултатите, особено изразено при ЛЛ на ПАЛВ и надключични лимфни възли – 38 мес. срещу 28 мес. при доза 10x3 Gy. ЛЛ при метастазирането в няколко области дава по-лоши лечебни резултати – болните преживяват средно 18 месеца след проведеното ЛЛ. Особено неблагоприятна е прогнозата при болните, провели палиативно ЛЛ за ЦНС – преживяемост средно 8 месеца. Тези, провели само ЛЛ за ЦНС, са преживели средно 3 м. след ЛЛ, докато, ако се добави КРХ, този период се увеличава до 17 месеца.

Изводи: Приносът на лъчелечението при метастазирал овариален карцином е изразителен при болни, провели ЛЛ с доза ≥ 40 Gy за една област, по-изразен при метастатични ЛВ в параорталната и надключична област. Ефектът на ЛЛ е незадоволителен при метастазиране в ЦНС, но добавянето на КРХ за персистиращите мозъчни метастази повишава преживяемостта от 3 месеца на 17 месеца.

АВТОМАТИЗИРАНО ДИСПЕНСИРАНЕ И ИНЖЕКТИРАНЕ НА ПАЦИЕНТИ ПРИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ПЕТ/КТ ИЗСЛЕДВАНЕ

Цв. Пиперов, С. Петров, Р. Младенова, Е. Пиперкова

Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛ по онкология, София.

От ключово значение в клиничната нуклеарна медицина е използването на високотехнологичен инжектор за прецизно измерване на активността, индивидуалната пациентска доза и автоматизирано инжектиране на пациента. Освен стандартния автоматизиран процес, има възможност за допълнителен контрол на индивидуалното болусно преминаване на радиофармацевтика (РФ) от диспенсъра до венозния път на изследвания. Подобрена е радиационната безопасност с намалено лъчевото натоварване за пациента и за персонала.

Целта на научното съобщение е да се посочат предимствата при използването на автоматизираната система за диспенсирание и инжектиране спрямо ръчното инжектиране с цел подобряване на точността и качеството на изображенията за постигане на по-добра клинична диагноза, както и намаляване на лъчевото натоварване на пациент и персонал.

Материали и методи: Представят се конкретни технологични параметри на автоматизираната система за диспенсирание и инжектиране с посочване на предимствата.

Резултати: Класифицирани са групите предимства:

1. Точно определяне на получената активност, подсигурано със задължителен еже-

дневен качествен контрол;

2. Минимални загуби в процеса на аплициране на индивидуалната доза;

3. Индивидуализиране на дозата спрямо пациента;

4. Оптимален контрол и следене на параметрите при въвеждане на радиофармацевтика според състоянието на пациента;

5. Системи за контрол на безопасността, осигуряващи лимит на аплицираната активност, спиране на инжектирането при попадане на въздух в системата или при повишено налягане;

6. Автоматичен мониторинг на наличната активност в реално време;

7. Автономно захранване и мобилност.

Заклучение: Въвеждането и използването на автоматична система за диспенсирание и инжектиране с оптималното прилагане и детайлно познаване на софтуера и хардуера дава възможност за максимална прецизност при определяне на дозата и индивидуализиране на параметрите спрямо нуждите на пациента и е важна съвременна високотехнологична стъпка за качественото провеждане на ПЕТ/КТ изследване при минимизиране на лъчевото натоварване на пациентите и на медицинския персонал.

Ключови думи: ПЕТ/КТ (ПЕТ/СТ), инжектор, радиофармацевтик, аплициране

РОЛЯТА НА 18-FDG PET/CT ПРИ МОНИТОРИРАНЕТО НА ПАЦИЕНТИ С ДИФЕРЕНЦИРАН КАРЦИНОМ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА

К.Николова, Е. Пиперкова, Л. Чавдарова, С. Петров, Ц. Пиперов
Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО – ЕАД, София

Диференцираният карцином на щитовидната жлеза (ДКЩЖ) е едно от най-успешно лечимите онкологични заболявания и съответно с най-ниска смъртност. Това е в резултат на ефективното комплексно лечение – хирургично с последваща ¹³¹I аблация или терапия, както и на високочувствителните и специфични методи на контрол и ранно доказване рецидив на заболяването. Повишените стойности на Тg (тиреоглобулин), особено след TSH стимулация, последвани от ¹³¹I скинтиграфия са надежден тест за мониториране на заболяването.

Цел на настоящото проучване е да представи ролята на 18-FDG PET/CT при мониторирането на пациенти с диференциран карцином на щитовидната жлеза след проведено комплексно лечение при негативна ¹³¹I скинтиграфия и повишени в динамика стойности на туморния маркер Тg.

Материал и метод: При проследяването на 12 пациенти с хистологично верифициран ДКЩЖ след негативна диагностична ¹³¹I

скинтиграфия и различна степен на повишение на стойностите на Тg е проведено 18-FDG PET/CT скениране. Всички след проведено комплексно – хирургично и радиойод, лечение.

Резултати: 18-FDG PET/CT идентифицира лезии при 10 от изследваните 12 пациенти. При 6 от тях са доказани локорегионални – метаболитно активни лимфни възли, и един локален рецидив, при трима – белодробни М. Без убедителни данни за пролиферативна активност на заболяването и рецидив са 2 пациенти.

Заклучение: 18-FDG PET/CT е ценен диагностичен подход за ранното откриване на йодрефрактерната метастатична болест при пациенти с ДКЩЖ в период на туморна де-диференция на рецидиви и метастази с повишени стойности на Тg и негативен ¹³¹I-NaI-SPECT/CT.

Ключови думи: ДКЩЖ, 18-FDG PET/CT и ¹³¹I-NaI-SPECT/CT

МЕТАСТАТИЧНА БОЛЕСТ НА БЪБРЕЦИТЕ – 18F-FDG-ПЕТ/КТ-ДИАГНОСТИКА И ОСОБЕНОСТИ. КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Г. Карапеткова¹, В. Станчев¹, Е. Пиперкова², Л. Чавдарова²

¹Отделение по нуклеарна медицина, МБАЛ Уни Хоспитал, Панагюрище

²Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО – ЕАД, София

Метастатичното ангажиране на бъбреците е рядко срещано в клиничната онкологична практика, въпреки че резултатите от аутопсии на болни показват по-висока честота на случаите при дисеминиран неопластичен процес. С подобряване на визуализиращата апаратура, хибридната ПЕТ/КТ с 18F-FDG е с най-висока информативна стойност в клиничната онкология за установяване на неизвестно първично малигнено огнище, стадиране, проследяване на ефекта от терапията и откриване на ранни рецидиви. Необходимо е добро познаване на особеностите в биоразпределението на 18F-FDG в тялото на пациента и отделянето ѝ чрез урината.

Цел: Диагностика и отдиференциране на малигнени метастатични формации на бъбреците чрез ПЕТ/КТ изследване с 18F-FDG на фона на физиологично висока фиксация в пиело-каликсната система.

Материал и методи: Представяме клиничен случай на пациентка с две известни онкологични заболявания: 1. карцином на дясната млечна жлеза (КМЖ), установен през 2000 г., с проведено радикално оперативно лечение, адювантно химио- и лъчелечение и ендокринна терапия; 2. ниско диференциран аденосквамозен карцином на десния бял дроб (КБД), диагностициран

и хистологично верифициран след лечение на пневмония на горен лоб на десния бял дроб. В хода на диагностичния алгоритъм и проследяване на болната са проведени три целотелесни 18F-FDG-ПЕТ/КТ изследвания (от базата на черепа до средата на бедрата) на SIEMENS Biograph MCT64 с визуализиране на суспектни лезии в паренхима на двата бъбрека и остеолитични костни метастази. Насочена за доуточняване и верификация на бъбречните формации.

Резултати: След насочване от ПЕТ/КТ, е проведена контрастно усилена диагностична КТ на абдоминалната област с последваща перкутанна биопсия на суспектирана формация на десния бъбрек. Верифицирана е метастаза от аденосквамозен карцином на белия дроб.

Заключение: Въпреки физиологично високата метаболитна активност в пиело-каликсната система на бъбреците ПЕТ/КТ изследването с 18F-FDG е достатъчно чувствителен метод за визуализиране на метастатични лезии в бъбречния паренхим при агресивно протичащи и дисеминирани онкологични заболявания.

Ключови думи: 18F-FDG ПЕТ/КТ, метастатични лезии, бъбреци

СОЦИАЛНА ЕПИДЕМИОЛОГИЯ НА КАРЦИНОМА НА ГЪРДАТА ВЪВ ВАРНЕНСКА ОБЛАСТ ПРЕЗ ПЕРИОДА 2017–2021 г.

Г. Янева¹, Д. Белинов², Д. Томов¹, Ц. Димитрова¹, Ж. Петрова²

¹Медицински университет „Проф. Параскев Стоянов“, Варна

²СБАЛОЗ „Д-р Марко Марков“, Варна

Карциномът на гърдата продължава да бъде най-честото злокачествено заболяване и водеща причина за смърт при жената в световен мащаб и у нас. Целта на настоящото проучване е да се проследи динамиката на заболяемостта, болестността и смъртността на това заболяване в област Варна през периода между 2017 г. и 2021 г. Общият брой на новорегистрираните случаи възлиза на 1341. Те са на възраст между 24 г. и 95 г. Средната фактическа заболяемост през този период възлиза на 108,83/100000 души население. Тя е най-висока през 2017 г. (119,89/100000 души население), а най-ниска – през 2020 г. (105,25/100000 души население). Най-голям е броят на новорегистрираните болни през 2017 г. (290). Той е много по-малък през 2020 г. (254) и през 2021 г. (255). Най-често е засегната възрастовата група между 61 г. и 70 г. (356 болни, или 26,55% от случаите). Следват възрастовите групи между 51 г. и 60 г. (266 болни, или 19,84%)

и между 41 г. и 50 г. (264 болни, или 19,69% от случаите). Осем болни са на възраст до 40 г., а седем – на възраст над 91 г. Средната фактическа болестност през този период възлиза на 1496,32/100000 души население. Нейната стойност е най-висока през 2020 г. (1549,71/100000 души население), а най-ниска – през 2017 г. (1447,75/100000 души население). Общият брой на смъртните случаи до края на 2022 г. възлиза на 310. Най-голям е броят на починалите болни, диагностицирани през 2018 г. (81 или 30,22%) и през 2017 г. (79 или 27,24% от случаите). Броят им намалява в сравнение с периода между 2013 г. и 2015 г. (G. Yaneva, 2019).

Диагностицират се общо 24 болни с двустранен карцином на гърдата. При 15 от тях се касае за синхронен, а при останалите девет – за метакхронен злокачествен тумор. Починали са три болни със синхронен и една болна с метакхронен карцином на гърдата.

ТАРГЕТНА ТЕРАПИЯ ПРИ ТРОЙНО И ЧЕТВОРНО ОТРИЦАТЕЛНИЯ КАРЦИНОМ НА ГЪРДАТА

Г. Янева¹, Д. Белинов², Ц. Димитрова¹, Д. Томов¹

¹Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“, Варна

²СБАЛОЗ „Д-р Марко Марков“, Варна

Тройно отрицателният карцином на гърдата се характеризира с липса на имунохистохимична експресия на естрогеновите и прогестероновите рецептори и на рецептор 2 на човешкия епидермален фактор на растежа, докато при четворно отрицателния карцином на гърдата липсват и андрогенните рецептори. При тези два подтипа на това най-често злокачествено заболяване при жената в световен мащаб и у нас през последните години се касае за най-лошата прогноза на болните. Неотдавна бяха публикувани редица проучвания върху различни потенциални терапевтични мишени при тройно отрицателния карцином на гърдата – клетъчната адхезионна молекула CD44v10, програмираният лиганд-1 за смърт, рецепторът-1 на епидермалния растежен фактор, преносителят на цинк LIV1 и др. Използването на повишения, предизвикващ хипоксия, туморен супресор ген *Apnexin A6* като мишена може да е от полза за преодоляването на резистентността при този рак. Установява се потенциалната роля на термичния шок протеин-70 като терапевтична мишена и се насърчава разработването на нови лечебни стратегии за елиминиране на стволовите

клетки при заболяването. Разработени са прицелна терапия и премоделиране на тройно отрицателния карцином на гърдата с помощта на липозоми, базирани на гинзенозид Rg3. Необходима е по-нататъшна оценка на прогностичната стойност на мембранната експресия на трофобластния антиген 2 по клетъчната повърхност на метастатичния тройно отрицателен карцином на гърдата за таргетната терапия на заболяването, въпреки че тази експресия вече е доказана.

При четворно отрицателния карцином на гърдата се експресират различни уникални протеини (ацил-СОА синтетаза 4, свързан с киназа в S-фаза протеин 2, 3-фосфоинозитидзависима протеин киназа 1, инграйлд-1, рецептор на епидермалния растежен фактор, сигнатури на микрорибонуклеинови киселини и инхибитори на имунния пропускателен пункт), които могат да бъдат ефективни мишени за лечение.

Бъдещите интердисциплинарни изследвания в тази социално значима област ще допринесат за създаването на нови и достатъчно ефективни медикаменти за таргетната терапия на тройно и четворно отрицателния карцином на гърдата.

ПРОУЧВАНЕ НА МОЛЕКУЛНИТЕ МЕХАНИЗМИ НА ДЕЙСТВИЕ НА ФУСТИН, ИЗОЛИРАН ОТ СМРАДЛИКА (COTINUS COGGYGRIA SCOP.), В КЛЕТЪЧНА ЛИНИЯ ОТ ТРОЙНО НЕГАТИВЕН РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА

З. Господинова¹, Г. Антоу¹, Д. Павлов², М. Новакович³, В. Тешевич⁴, Н. Кръстева⁵, С. Вълчева-Кузманова⁶

¹Институт по физиология на растенията и генетика, БАН

²Факултет по фармация, Медицински университет – Варна

³Белградски университет – Институт по химия, технология и металургия, Национален институт на Република Сърбия

⁴Белградски университет – Факултет по химия, Сърбия

⁵Институт по биофизика и биомедицинско инженерство, Българска академия на науките, София

⁶Факултет по медицина, Медицински университет – Варна

Фустинът е един от основните фитохимични компоненти в дървесината на смрадликата (*Cotinus coggygia*). В предходни наши анализи е установено, че фустинът притежава антипролиферативна активност спрямо клетъчна линия от рак на млечната жлеза MDA-MB-231 [1]. Целта на настоящото проучване е да се получи по-детайлна информация относно молекулните механизми в основата на антитуморното действие на флавоноида фустин в клетъчна линия от тройно негативен рак на млечната жлеза MDA-MB-231. Направена е оценка на експресията на специфични гени, ангажирани в контрола върху клетъчния цикъл и клетъчната пролиферация, и на такива с важна роля в процеса на насочване на раковите клетки към програмирана клетъчна смърт – апоптоза и автофагия, посредством количествена

транскрипция (qRT-PCR). Получените резултати демонстрират наличие на значителен цитостатичен потенциал на фустина и предоставят допълнителна информация относно конкретни механизми и пътища, посредством които се проявяват противотуморните му свойства в *in vitro* моделна система от рак на млечната жлеза.

Благодарности: Изследването е финансирано от Фонд „Научни изследвания“, договор № КП-06-H43/6/2020.

Използвана литература:

[1] Gospodinova Z., G. Antov, M. Novakovic, V. Tesevic, N. Krasteva, D. Pavlov, S. Valcheva-Kuzmanova. Antiproliferative activity of natural flavonoid fustin isolated from the heartwood of *Cotinus coggygia* Scop. against breast and colon cancer cell lines. *Acta Medica Bulgarica*, 2023, 50 (1), 27-33.

НОВ ТЕРМОДИНАМИЧЕН МЕТОД ЗА РЕГИСТРАЦИЯ И АНАЛИЗ НА ПРОМЕНЕТЕ В ПЛАЗМЕНΙΑ И ЛИКВОРНИЯ ПРОТЕОМ ПРИ ДЕЦА С ЛЕВКЕМИЯ. АТОМНО СИЛОВА МИКРОСКОПИЯ НА БЕЛИ КРЪВНИ КЛЕТКИ

Б. Антонова¹, К. Бъчваров², С. Тодинова³, В. Стрижкова⁴, Б. Аврамова², Н. Юркова², Д. Константинов²

¹Медицински факултет, Медицински университет – София, България

²Отделение по детска хематология и онкология, УМБАЛ „Царица Йоанна“, София

³Институт по биофизика и биомедицинско инженерство, БАН, България

⁴Институт по оптически материали и технологии „Академик Йордан Малиновски“, БАН, България

Левкемията е най-честото онкологично заболяване в детската възраст. Относителният ѝ дял е около 33% в рамките на всички злокачествени болести в педиатричната практика.

Един нов, неотдавна въведен метод за диагностика и мониторинг на заболявания, както и за получаване на информация за техните механизми на молекулно ниво, е диференциалната сканираща калориметрия (DSC). DSC е високо чувствителна техника, която измерва температурно индуцирани конформационни преходи. DSC като метод е силно чувствителен към концентрацията, конформацията и взаимодействието на белтъците с други молекули и позволява да се наблюдават незначителни промени в плазмените и ликворните протеом, свързани с патологични процеси. По такъв начин плазмените и ликворните белтъци могат да служат като „биомаркери“ за диагностика и мониторинг на съответните заболявания.

В първата група изследвания е използван DSC, за да се установят отклоненията в профилите на термична денатурация на кръвната плазма на деца с остра лимфобластна левкемия (ALL) и остра миелобластна левкемия (AML) спрямо съответните от здрави деца. Установява се ясно изразена промяна във формата на характеристичните денатурационни профили. Температурната позиция на фазовия конформационен преход за фракциите на албумина, глобулини Ig и трансферина са значително отклонени от нормата. Фибриногенът остава почти неповлиян. Проучвания посредством този метод са правени изключително рядко при левкемия, особено в детска възраст, но имат по-

тенциал в бъдеще да спомогнат за диагностиката и проследяването на тези пациенти.

Във втората група изследвания са представени резултати от DSC на ликвора (CSF) на деца с менингеален рецидив на ALL. Установени са високоинтензивни ендотермични пикове в интервала 66°C–77°C, вероятно обуславящи се от наличието на лимфоцитни белтъци в CSF, които спадат след негатиране на неопластичната плеоцитоза. Измененията в термограмите персистират дори при наличие на минимално количество патологични протеини. Денатурационният профил на ликвор може да бъде използван като индикатор за наличие на бластна инвазия в него и за реализирания терапевтичен ефект.

След сепариране на бели кръвни клетки WBC от костен мозък и венозна кръв от деца, диагностицирани с ALL, са регистрирани термодинамичните им профили. Установени са ендотермични преходи в интервала 64°C–76°C. Направени са атомно силови микроскопски изображения на сепарираните WBC. Сравнени са морфологични им особености и механичните им свойства (модул на Юнг) с тези на здраво дете.

Благодарности за подкрепата на Медицински университет – София, България, научноизследователски проект №7430/19-11-21, ГРАНТ 22, № Д-140/14-06-2022 към Съвета по медицински науки на Медицински университет – София. В това изследване е използвано изследователско оборудване на изследователската инфраструктура INFRAMAT, част от българската Национална пътна карта за изследователски инфраструктури, подкрепена от българското Министерство на образованието и науката.

ХОЛМИУМ ЛАЗЕР ТРАНСУРЕТРАЛНА РЕЗЕКЦИЯ НА ТУМОРИ НА ПИКОЧНИЯ МЕХУР – ИНТРАОПЕРАТИВНИ И ПОСТОПЕРАТИВНИ УСЛОЖНЕНИЯ

М. Тахчиев, Кр. Нейков

Клиника по урология, УСБАЛО – ЕАД, София

Въведение: Ракът на пикочния мехур (РП) представлява сериозен здравен проблем на здравеопазването както в България, така и в световен мащаб. С напредване на медицинските постижения и изискванията към качеството на медицинските услуги са необходими нови стратегии за трансуретрално лечение на РП. Едно такова лечение е лазерната трансуретрална резекция на туморите на пикочния мехур (ТУТУР). Лазерните устройства предоставят алтернатива на стандартната трансуретрална резекция (ТУТУР).

Цел: Целта на настоящия труд е да се покажат усложненията, които са възникнали по време и след прилагането на Холмиум лазер ТУТУР (ХолТУТУР) в лечението на РП в Клиниката по урология към УСБАЛО – ЕАД, София.

Материали и методи: Сто четиридесет и един пациенти с първичен рак на пикочния мехур за периода 1 януари 2019 г. до 31 декември 2022 г. са били лекувани с ХолТУТУР. Изследвани са интраоперативните и следоперативните характеристики и усложненията на групата пациенти. Като параметри на анализа са наличие на интраоперативни усложнения като наличие на обтураторен синдром, перфорацията на пикочния мехур, кървене, налагащо конверсия към отворена операция и постоперативни – хематурия, налагаща оперативна ревизия, хематурия, на-

лагаща хемотрансфузия.

Резултати: От направения анализ се разбира, че средното оперативно време е 25 мин., което е значително по-малко, сравнено с конвенционалната трансуретрална резекция (ТУТУР), особено за тумори над 3 см. В изследваната група пациенти има малко интраоперативни и следоперативни усложнения:

- рефлекс на обтураторния нерв (0%) – отсъствието на това усложнение се обяснява с характера на светлинната енергия, която не стимулира обтураторния нерв;
- перфорация на мехурната стена – 0%;
- интраоперативно кървене, налагащо конверсия към отворена операция – 1 пациент (0,71 %);
- хематурия, налагаща оперативна ревизия – при 2-ма пациенти (1,42 %) ;
- хематурия, налагаща хемотрансфузия – при 1 пациент (0,71 %);
- постоперативна стриктура – при 7 пациенти (4,96%).

Заключение: ХоТУТУР може да се разглежда като безопасен и ефективен метод с няколко предимства пред конвенционалното лечение (ТУТУР). Лечението трябва да се провежда индивидуализирано, като се отчита рискът, ползата и личното предпочитание на пациента.

Ключови думи: рак на пикочния мехур, ТУТУР, ХоТУТУР

ЛЕЧЕБНИ РЕЗУЛТАТИ ПРИ РАДИОХИРУРГИЯ НА МЕНИНГИОМИ

Д. Георгиев, К. Кунин, И. Михайлова, П. Цонев
Клиника по лъчелечение, УСБАЛО – ЕАД, София

Увод: Основното лечение при менингиомите на ЦНС е хирургичното лечение. Въпреки това стереотактичната радиохирургия (SRS) и перкутанното лъчелечение са се превърнали в стандартна част от подхода за лечение на менингиомите. И двете са безопасни, добре поносими, ефективни и осигуряват висока степен на удовлетвореност на пациентите.

Цел: Да се представи опита на Клиниката по лъчелечение към УСБАЛО при провеждане на радиохирургия на менингиоми.

Материал и метод: В периода 2019–2023 г. в УСБАЛО е проведена радиохирургия при 35-ма болни с менингиоми. Пациентите са на възраст от 22 до 83 г. (ср. възраст – 63,3 г.). От тях 10 (28,57%) мъже и 25 (71,43%) жени. При 15 (42,85%) болни е извършена парциална или радикална резекция, а при останалите 20 (57,15%) е проведена ради-

охирургия без предварително извършена операция. Броят на облъчените формации е между 1 и 17 (ср. – 1,89). При 34 (97,15%) болни е извършена еднократна радиохирургия, а при 1 (2,85%) болен – фракционирана. Дозата за еднократна радиохирургия варира между 12 и 16 Gy, като най-често използваната схема за лъчелечение е 14 Gy в 1 фракция – при 23 (65,71%) болни.

Резултати: Средната преживяемост е 21,7 месеца. Наблюдаваната 1-, 2- и 3-годишна преживяемост е съответно 91%, 82% и 76%. Само двама (5,7%) са починали вследствие на менингиома.

Заклучение: Радиохирургията на менингиоми е безопасна лъчетерапевтична процедура, свързана с добри терапевтични резултати и малък риск от възникване на странични реакции.

МАМОГРАФСКА ПЛЪТНОСТ – МЕТОДИ ЗА ИЗМЕРВАНЕ И КЛИНИЧНО ЗНАЧЕНИЕ

Г. Байчев¹, Д. Йорданов¹, А. Димитрова¹, С.Амири¹, Н. Цоневски¹, В. Йорданов¹

¹Клиника „Гръдна хирургия“, ВМА – София

Мамографската плътност (MD) се основава на съотношението между фиброгландуларната (строма и епител) и рентгенологично прозрачната мастна тъкан.

Цел на проучването е да се сравнят възможностите за различни методи за оценка на MD.

Обект на проспективно изследване са 76 пациентки с дигитална мамография. Мамографската плътност е оценявана с помощта на четиристепенната скала на ACR, визуално, с помощта на аналогов мащаб и полуавтоматично с компютърна програма Image J и софтуера Adobe Photoshop CS6.

Средната MD, изчислена по различните

методи, е съответно: 35,8% (от 10 до 75%); 32,9% (от 15 до 70%); 24,9% (от 5 до 60%) и 28% (от 5 до 65%).

Прецизното измерване на MD има важно значение за клиничното поведение и оценката на риска от последващ карцином на гърдата. Жените с висока плътност (над 50%) имат от 4 до 6 пъти по-висок риск от заболяване и по-ниска чувствителност на мамографското изследване.

Използваният полуавтоматизиран метод с програмата Image J е обективен, достъпен, възпроизводим и има предимства пред субективната визуална оценка.

MAMMOGRAPHIC DENSITY – MEASUREMENT METHODS AND CLINICAL MEANING

G. Baichev¹, D. Yordanov¹, A. Dimitrova¹, S. Amiri¹, N. Tsonevski¹, V. Yordanov¹

¹“Thoracic Surgery” Clinic, Medical Academy - Sofia

Mammographic density (MD) is based on the ratio between fibroglandular (stroma and epithelium) and radiologically transparent adipose tissue.

The aim of the study is to compare the capabilities of different MD assessment methods.

The subject of a prospective study are 76 patients with digital mammography. Mammographic density was graded using the ACR four-point scale, visually, using an analog scale, and semi-automatically with the Image J computer program and Adobe Photoshop CS6 software.

The mean MD calculated by the different methods was, respectively: 35.8% (from 10 to 75%); 32.9% (from 15 to 70%); 24.9% (from 5 to 60%) and 28% (from 5 to 65%).

Accurate measurement of MD has important implications for clinical behavior and risk assessment of subsequent breast cancer. Women with high density (over 50%) have a 4 to 6 times higher risk of disease and a lower sensitivity of the mammographic examination.

The semi-automated method used with the Image J program is objective, accessible, reproducible and has advantages over subjective visual assessment.

МОДЕЛИ ЗА ОЦЕНКА НА РИСКА ОТ ПОСЛЕДВАЩ КАРЦИНОМ НА ГЪРДАТА – СРАВНЕНИЕ МЕЖДУ BCSC РИСК КАЛКУЛАТОР И GAIL МОДЕЛ

С.Амири¹, Н. Цоневски¹, Г. Байчев¹, А. Димитрова¹, Т. Бадаров¹, В. Йорданов¹

¹Клиника „Гръдна хирургия“, ВМА – София

Математическите модели за оценка на риска от развитие на рак на гърдата са разработени и валидирани на популационно ниво и се насърчава използването им за отделни пациентки в клиничната практика.

Цел на проучването е да се сравнят резултатите от използването на BCSC риск калкулатор и Gail модел.

Обект на проспективно проучване са 52 пациентки на възраст между 35 и 70 години, при които са приложени и двата метода за оценка на риска, като са използвани онлайн калкулатори. Петгодишният риск е изчислен

според възрастта, наличие на фамилност, данни за предходни биопсии на гърдата, менархе, раждания, маммографска плътност.

Моделът BCSC класифицира 9 от случаите (17,3%) като високо рискови (5-годишен риск $\geq 3\%$), в сравнение с 5 пациентки (9,6%) с използване на Gail модела (5-годишен риск $\geq 1,67\%$).

Дългосрочна оценка на риска от последващ карцином на гърдата може да помогне за взимане на решения за превантивни стратегии и ранна диагностика на заболяването.

MODELS FOR ESTIMATING THE RISK OF SUBSEQUENT BREAST CANCER - A COMPARISON BETWEEN THE BCSC RISK CALCULATOR AND THE GAIL MODEL

S. Amiri¹, N. Tsonevski¹, G. Baichev¹, A. Dimitrova¹, T. Badarov¹, V. Yordanov¹

¹“Thoracic Surgery” Clinic, Medical Academy - Sofia

Mathematical models for breast cancer risk assessment have been developed and validated at the population level and their use for individual patients is encouraged in clinical practice.

The aim of the study is to compare the results of using the BCSC risk calculator and the Gail model.

The object of a prospective study are 52 patients aged between 35 and 70 years, in which both methods of risk assessment were applied, using online calculators. The five-year risk was

calculated according to age, family history, data on previous breast biopsies, menarche, births, mammographic density.

The BCSC model classified 9 of the cases (17.3%) as high risk (5-year risk $\geq 3\%$), compared to 5 patients (9.6%) using the Gail model (5-year risk $\geq 1.67\%$).

Long-term assessment of the risk of subsequent breast cancer could help inform decisions about preventive strategies and early diagnosis of the disease.

СОЦИАЛНА ЕПИДЕМИОЛОГИЯ НА РАКА НА ЛАРИНКСА ВЪВ ВАРНЕНСКА ОБЛАСТ ПРЕЗ ПЕРИОДА 2017–2021 г.

Г. Шиваров¹, Г. Янева², Д. Томов², Ц. Димитрова², Ж. Петрова³

¹МБАЛ „Св. Анна“ – Варна

²Медицински университет „Проф. Параскев Стоянов“ – Варна

³СБАЛОЗ „Д-р Марко Марков“ – Варна

Смъртността от рака на ларинкса продължава да бъде висока в световен мащаб и у нас въпреки непрекъснато усъвършенстваните методи за диагностика и лечение. Целта на настоящото проучване е да се проследи динамиката на някои социално-епидемиологични характеристики на това заболяване в област Варна през периода между 2017 г. и 2021 г. Общият брой на новорегистрираните случаи възлиза на 145 – 131 мъже на възраст между 36 и 89 г., и 14 жени на възраст между 44 и 84 г.

Средната фактическа заболяемост през този период възлиза на 6,16/100000 души население, като е най-висока през 2018 г. (7,63/100000 души население), а най-ниска – през 2021 г. (4,90/100000 души население). Най-голям е броят на новорегистрираните болни през 2018 г. (36), а най-малък – през 2021 г. (23).

Най-често са засегнати възрастовите групы

между 61 г. и 70 г. (57 болни, или 39,31%) и между 51 г. и 60 г. (42 болни, или 28,97% от случаите). Трима болни са на възраст под 40 г., девет – на възраст между 41 г. и 50 г., а седем – на възраст над 81 г. Средната фактическа болестност през този период възлиза на 57,86/100000 души население, като е най-висока през 2018 г. (61,48/100000 души население), а най-ниска – през 2021 г. (52,41/100000 души население). Общият брой на смъртните случаи до края на 2022 г. възлиза на 83 – 78 мъже и пет жени. Най-голям е броят на починалите болни, диагностицирани през 2017 г. и през 2018 г. (по 22).

Болните, жители на гр. Варна, преобладават значително (общо 91), следвани от жителите на селата (общо 35) и на другите градове в област Варна (общо 19). Тези резултати са подобни на данните от епидемиологичното ни изследване през периода между 2013 г. и 2015 г. (Г. Шиваров, Мед. преглед, 2020).

ПРЕЛОМ МЕЖДУ НАУЧНАТА ФАНТАСТИКА И РЕАЛНОСТТА – ИЗКУСТВЕНИЯ ИНТЕЛЕКТ КАТО ЧАСТ ОТ ЕЖЕДНЕВИЕТО НИ И КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА

Ц. Йорданов, И. Панджарова, А. Герасимов, С. Тунчева, А. Консулова
УСБАЛО, Клиника по медицинска онкология

Доскоро част от научната фантастика, големи филмови продукции като „Терминатор“ и „Матрицата“ ни представиха хипотезата за човешки разум, генериране на идеи и решаване на комплексни задачи от роботи, но днес изкуственият интелект бива интензивно разработван и непрестанно адаптиран в различни сфери на живота ни, дори до голяма степен и в работните процеси на индустрията. Медицината като строго регулирана сфера със своите специфики и изисквания към иновациите, особено технологични такива, като че ли изоставаха. Ново поколение изкуствен интелект в лицето на CHAT – GPT обаче разби тази парадигма, демонстрирайки невероятна точност в рамките на проучвания, изпитващи ефективността му по зададени медицински проблеми и задачи, като демонстрира и огромен потенциал в

подпомагане процесите в здравеопазването. Въпреки успехът на програмата да премине успешно изпита за придобиване на медицинска квалификация в САЩ – USMLE*, редица въпроси, отнасящи се до безопасността и правилното боравене с технология с непредвидим потенциал остават отворени. Вероятно това е пътят към овладяване и структуриране на т. нар. „big data“ – ежесекундно генериращата се виртуална информация, която не можеше да бъде измерена и структурирана доскоро от наличната технология.

С настоящото експозе бихме искали да отговорим на въпроса: „Дали тази технология би ни била в помощ в ежедневната клинична практика и как с конкретни примери?“, но и да обсъдим потенциалните ѝ слабости и рискове.

РАК НА ГЪРДАТА И MHEALTH – НОВИ ВЪЗМОЖНОСТИ

В. Митова¹, И. Гаврилов², Р. Горнев¹, М. Плачкова¹

¹ Клиника по хирургия, УМБАЛ „Лозенец“, София

² Клиника по гръдна хирургия, УСБАЛ по онкология, София

Развитието на телемедицината и използването на приложения за мобилно здраве (mHealth) в клиничната практика доведе до изграждане на нова концепция за поведение при онкологичните заболявания. Научните данни за ефикасността и полезността на приложенията за mHealth обаче са ограничени, което налага провеждане на повече проучвания в областта.

Цел: Да анализираме ползите и ефекта от използване на приложение за мобилно здраве (BreastHelp), 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.

Аргумент: Критериите за оценка, използвани при проучването включват функциите за самоуправление при mHealth, чрез отчитане на модела за обучение относно заболяването, проследяване на симптоми, получаване на напомнания (нотификации), планиране

на посещения, възможност за on-line консултиране или запазване на час при специалист, достъп до достоверна специализирана информация, съхраняване на медицинска документация, възможност за анализ и статистика. Допълнително използвахме Mobile Application Rating Scale за оценка на участие (персонализиране, взаимодействие и целеви групи), функционалност (лекота на използване, навигация), оформление и качество на информацията (точност на описание, доказателствена база). Анализът включва 2756 потребители и 67 специалисти от различни медицински специалности, използващи приложението.

Заключение: mHealth дава възможност за повишаване на здравната култура, насърчаване на превенцията, подобряване на ранното диагностициране, подпомагане в грижите за онкоболните и улесняване в процеса на проследяване, включващо и скъсяване на дистанцията между лекар-пациент при едно от най-социално-значимите онкологични заболявания – рака на гърдата.

РЕЗЮМЕТА
СЕСТРИНСКА СЕСИЈА

ОНКОЛОГИЧНО СЕСТРИНСТВО – ОБУЧЕНИЕ, ОТГОВОРНОСТИ, ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА

К. Димитрова
СБАЛОЗ, Варна

Въведение: Онкологичните заболявания са социално значими по своята същност и особености.

Медицинската дисциплина „Онкология“ обхваща профилактика, скрининг, възникване, диагностика, лечение, прогресия и проследяване на злокачествените заболявания. Във всяка една от тези основни и комплексни дейности участват медицински специалисти от различни направления. Своео значимо място имат и медицинските сестри и акушерките.

Онкологичните медицински сестри трябва да преодоляват негативните емоции и трудовото напрежение, да се опират на добри практики, установени в другите страни.

Онкологичните медицински сестри са активен и важен член от мултидисциплинарния екип, полагащ грижа за болен с онкологично заболяване.

Много важна е ролята на медицинските сестри в предоставянето на съвременните онкологични грижи и планирането им според индивидуалните нужди на пациента.

Методи и задачи: Проучване и представяне на опита на някои страни от Европа и света в планирането и оказването на високо квалифицирани сестрински грижи в областта на онкологичната медицина – обучение по специалността онкологична медицинска сестра.

Ролята на европейското онкологично сестринско общество в провеждането на международни семинари за обучение по сестрински грижи в областта на онкологията.

Ключови думи: онкологични медицински сестри, обучение, грижи за пациента

ЕКГ-СИНХРОНИЗИРАНА G- SPECT/CT- STRESS/REST И ОТГОВОРНОСТИТЕ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА (МС) ПРИ НЕЙНОТО ПРОВЕЖДАНЕ

Н. Ласкова, В. Драгнева, Е. Пиперкова
УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Представяне на отговорностите на МС при провеждане на 99mTc-MIBI/TF-G-SPECT/CT-STRESS/REST и запознаване с алгоритъма на провеждане на изследване на миокардната перфузия, кинетика, виталитет, сърдечни обеми, LVEF и определяне на Ca-Score.

Материал и метод: Сцинтиграфията на миокарда е нуклеарно-медицински метод, който позволява диагностика и оценка на тежестта на нарушенията в перфузията на миокарда и неговата виталност, тъй като натрупването на кардиотропния радиофармацевтик е пропорционално на кръвооросването. Използват се радиофармацевтици (РФ), маркирани с 99mTc (99mTc- MIBI, тетрофосмин). За разграничаване на обратимите перфузионни нарушения (стенокардия) от трайните (инфаркт), сцинтиграфията се извършва на 2 етапа: по време на натоварване – stress, по време на покой – rest.

Натоварването може да бъде физическо или медикаментозно. Изследването може да се проведе в едnodневен протокол, както и в двудневен, където регистрацията на образите от натоварването в покой е в два последователни дни.

При ЕКГ-синхронизирана G-SPECT/CT (т.нар. gated-SPECT) – stress/rest в допълнение към томографското изследване на перфузията на миокарда образите се синхронизират с ЕКГ регистрацията. Така се получат комплексни образи и количествени

данни за миокардната перфузия, кинетика, фракцията на изтласкване на лявата камера (LVEF), сърдечните обеми, оценка на миокардния виталитет, артериосклеротичните промени с калциеви отлагания в коронариите и степента на сърдечния риск.

Резултати: МС записват пациентите за изследването след лекарско назначение. Разясняват им подготовката, начина на провеждане на изследването, както и какви документи са необходими. Натоварването се извършва под контрол от лекар кардиолог, кардиологична сестра, лекар нуклеарен специалист и МС от Клиниката по нуклеарна медицина. РФ се инжектира „на върха“ на натоварването от МС през предварително поставена i.v. канюла по указание на кардиолога. Скенирането (SPECT/CT) на пациента се извършва на 30-ата минута от инжектирането на РФ.

Изводи: Подготовката и уменията на МС за точно изпълнение на диагностичния алгоритъм на 99mTc-MIBI/TF-G-SPECT/CT-STRESS/REST е от съществено значение за осигуряване на високо качество на изследването, комфорта и спокойствието на пациента, колаборацията между кардиологичния и нуклеарно-медицинския екип.

Ключови думи: ЕКГ синхронизирана G-SPECT/CT stress/rest, миокардна сцинтиграфия, МС (медицински сестри), 99mTc- MIBI, тетрофосмин (TF).

18F-FDG-ПЕТ/СТ (ПЕТ/КТ-ПОЗИТРОННО-ЕМИСИОННА ТОМОГРАФИЯ С КОМПЮТЪРНА ТОМОГРАФИЯ) ДИАГНОСТИЧНИ ПРОТОКОЛИ ПРИ РАЗЛИЧНИ ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ – РОЛЯТА НА РЕНТГЕНОВИЯ ЛАБОРАНТ (РЛ)

В. Демидов, С. Петров, Цв. Пиперов, Л. Чавдарова, Е. Пиперкова
УСБАЛО – ЕАД, София

Цел: Представяме ролята на рентгеновия лаборант (РЛ) в провеждането на различните ПЕТ/КТ диагностични протоколи, въведени в Клиниката по нуклеарна медицина на УСБАЛО – София, според конкретното онкологично заболяване за постигане на максимална диагностичната точност при оптимален скениран обем, продължителност на процедурата и минимално лъчево натоварване на пациентите в максимално комфортна среда.

Материал и методи: Материалът включва всички пациенти, преминали ПЕТ/КТ хибридно сканиране. Протоколът е съобразен според индивидуалното онкологично заболяване. Обемът и скоростта на скениране, както и позицията на пациента се определят от лекарите, специалисти по нуклеарна медицина, като се използва схематична топограма, на която се посочва вида на диагностичния протокол, който РЛ изпълнява.

Видове протоколи:

Целотелесно РЕТ-скениране от черепния покрив до средата на бедрата в позиция на пациента, легнал по гръб, ръце над главата, с нискодозова КТ (WB/LD-СТ) се провежда при онкологични заболявания на бял дроб, млечни жлези, Ходжкинов и НХ лимфом и др.

Целотелесно РЕТ-скениране от черепния покрив до средата на бедрата в позиция

легнал по гръб и ръце над главата на пациента, хибридизирано с вискодозова КТ WB/HD СТ – при онкологични заболявания на стомашно-чревния тракт, органи на корема, гинекологични, бъбреци – позицията на пациента е с ръце на горе.

HEAD and NECK HD СТ – при онкологични находки в областта на главата. Позицията на ръцете е надолу, фиксирани за максимална имобилизация.

Total body LD/СТ – целотелесно, нискодозово компютър томографско скениране, поради големия обем на скениране, с включени долни крайници се провежда при мал. меланом, мекотъканни и костни тумори, включително на долни крайници, неизвестно първично огнище (НПО).

Изводи: Работата на РЛ и спазването на технологичните протоколи при провеждането им за ПЕТ/КТ скениране според индивидуалното онкологично заболяване е от съществено значение за получаване на висококачествени образи, за максимална диагностична точност, при минимално лъчево натоварване и максимален комфорт за пациента.

Ключови думи: Диагностични протоколи, ПЕТ/КТ (ПЕТ/СТ)

ПРЕКОМЕРНА УПОТРЕБА НА ОБРАЗНАТА ДИАГНОСТИКА – ПОЛЗИ И ВРЕДИ ЗА ПАЦИЕНТА

М. Кошутова, А. Денчева
УСБАЛО – ЕАД, София

Въведение: Подобно на всички медицински процедури, компютърната томография (СТ), магнитно-резонансната томография и образните методи в нуклеарната медицина имат както своите предимства, така и рискове. Тези видове образни процедури доведоха до подобрения в диагностиката и лечението на множество медицински състояния. В същото време тези видове прегледи излагат пациентите на йонизиращо лъчение, което може да повиши риска от развитие на онкологични заболявания през целия живот или на риск за здравето при наличие на метални импланти или при поставянето на контрастна материя.

Цел: Насърчаване за безопасното използване на образно-диагностичните методики; формиране на мултидисциплинарен екип за адекватна преценка на необходимата образна методика; повишаване на информираността на пациента.

Обсъждане: Ако не се вземат подходящи предпазни мерки, пациентите могат да бъдат изложени на радиация без клинична нужда или полза. Ненужното излагане на радиация може да бъде резултат от използването на доза радиация над оптималната за задоволяване на клиничните нужди при дадена процедура. Оптималната доза радиация е тази, която е толкова ниска, колкото е разумно постижима, като същевременно поддържа достатъчно качество на изображението,

за да отговори на клиничните нужди.

Често биват пренебрегнати основните гайдлайни за образна диагностика при стадиране на онкологичните заболявания, което възпрепятства адекватната оценка на терапевтичния отговор.

Ненужното излагане на радиация може също да е резултат от изпълнението на определена процедура за медицинска образна диагностика, когато това не е медицински обосновано предвид признаците и симптомите на пациента или когато алтернатива може да е за предпочитане предвид историята на излагане на радиация през целия живот на пациента.

Заклучение: Въпреки че осигуряват огромни ползи за пациентите, радиологичните модалности, техники и процедури включват и някои рискове за здравето и благосъстоянието на пациентите.

Чрез координиране на усилия можем да оптимизираме излагането на пациента на радиация от определени видове медицински образни изследвания и по този начин да намалим свързаните рискове, като същевременно увеличим максимално ползите от тези изследвания.

Ключови думи: Образна диагностика, йонизиращи лъчения, натрупване на контраст, стадиране, ненужни изследвания, онкология, грижа за пациента

ОТ ЕХИНОКОК НА ЧЕРНИЯ ДРОБ ДО КИСТА НА БЪБРЕКА – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

М. Тодрова, М. Фиркова
УМБАЛ „Д-р Г.Странски“ ЕАД, Плевен

Ехинококозата, или кучешката тения, е опасно заболяване, което най-често засяга черният дроб при човека. В тъканите ехинококът се развива в кисти, които нарастват бавно (до няколко години). Обикновено се развива една голяма киста, изпълнена с течност. Клиничните изяви на ехинококовата киста могат да останат не проявени с години, с изключение, когато кистите се намират в жизненоважни органи. Най-често засягат черния дроб и белия дроб.

Бъбречните кисти обикновено се класифицират като прости или сложни и се характеризират допълнително според системата за класификация на Босна. Повечето прости кисти са доброкачествени, асимптоматични и се откриват случайно. С течение на времето обаче тези прости кисти могат да увеличат размерите си, да проявят симптоми и да се развият усложнения, изискващи хирургична

намеса.

Представяме клиничен случай на 44-годишна жена, диагностицирана с ехинококоза на черния дроб при пролежаване в Гастроентерологична клиника. Предвид клиничната ѝ картина пациентката е насочена към хирургично отделение за оперативно лечение. По време на оперативната интервенция при експлорацията на коремната кухина се установява наличието на киста на десния бъбрек, а не на черния дроб. По-благоприятната диагноза допринася за по-бързото и лесно възстановяване на пациентката, но от голямо значение е ролята на сестрата, която се грижи за пациентката и контактува с близките.

Ключови думи: Ехинокок, киста на бъбрек, операция, специалисти по здравни грижи

СЛЕДОПЕРАТИВНИ АКУШЕРСКИ ГРИЖИ ЗА ЛАПАРОСКОПСКИ ОПЕРИРАНИ ПАЦИЕНТИ

В. Великова
СБАЛОЗ, Варна

Целта на настоящото изложение е проследяване на състоянието на пациента и своевременното поведение в хирургичната сестринска практика. От съществено значение е познаването на усложненията след лапароскопски процедури.

Предимствата на тази техника в чисто медицински аспект се дължат на малките оперативни разрези, възможността за увеличаване на образа по време на операция, както и по-краткия следоперативен период.

Грижите за пациент след лапароскопска операция са като при всяка операция, но в значително по-малък обем от класическите операции.

Както при всяка друга оперативна интервенция, така и при лапароскопските има риск от усложнения:

- Усложнения на мястото на достъп;

- Физиологични усложнения от пневмоперитонеума;

- Усложнения от оперативната процедура.

От голямо значение е поведение на медицинската сестра за преодоляване на усложненията.

Задачи: Приоритетна грижа на медицинските сестри след лапароскопска интервенция е активното участие в мероприятията за:

- профилактика и лечение на газовата криза;
- профилактика и лечение на болката;
- ранно раздвижване на болния;
- грижа за пациентката при нейното възстановяване;
- даване на указания за дома.

Ключови думи: лапароскопска интервенция, следоперативни грижи

HIFU – УЛТРАЗВУКОВА ХИРУРГИЯ В ГИНЕКОЛОГИЯТА

Н. Андреева, Д. Симова

УМБАЛ „Д-р Г. Странски“, Плевен

Резюме: Високоинтензивният фокусиран ултразвук, High Intensity Focused Ultrasound (хайфу, HIFU), представлява медицинска процедура, при която се прилага фокусирана (насочена) високоинтензивна ултразвукова енергия с цел локално загряване (предизвикване на хипертермия) и разрушаване на увредени тъкани посредством аблация (стопяване). Клиничните хайфу процедури обикновено се извършват в комбинация с метод за образна диагностика, което позволява внимателно планиране и насочване на лечението. Ултразвуковата аблация е революционен, радикално нов подход при третиране на новообразувания в човешкото тяло (тумори) – както доброкачествени, така и злокачествени.

Естетичната гинекология: Ефективност на HIFU процедурите за превенция на редица гинекологични състояния при жената и техните отклонения.

Материали и методика: Използван е документален метод.

Цел: Целта на настоящия доклад е да представи значението HIFU процедурите за превенция на редица гинекологични състояния при жената.

Заключение: HIFU е високоинтензивен микрофокусиран ултразвук – една иновативна нехирургична терапия.

Ключови думи: HIFU, медицинска процедура

СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ЗА ПАЦИЕНТИ ПРИ НАЛИЧИЕ НА СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ ПРИ ЛЪЧЕТЕРАПИЯ И КОМБИНИРАНА ЛЪЧЕ-ХИМИОТЕРАПИЯ

Р. Рашева

УСБАЛО – ЕАД, София

Цел. Представяне на усложненията при провеждане на лъчетерапия, както и на комбинирана лъче-химиотерапия на различни локации в човешкото тяло. Ролята на медицинската сестра при профилактиката на усложненията и в борбата срещу вече възникналите странични ефекти.

Материали и методи. Използван е както документален метод, така и практическия опит на лекарите и медицинските сестри от „Клиника по лъчелечение“ към УСБАЛ по онкология, гр. София.

За превенция на страничните ефекти медицинската сестра следи различни показатели в зависимост от локализацията на облъчваната област. Тя проследява състоянието на кожата и видимите лигавици, периодически проследява таргетни (определени) кръвни показатели, наблюдава поведението на

пациента за неврологични отклонения, информира се за наличието на нормална дефекация. Медицинската сестра информира пациента как да се грижи за кожата и лигавиците в областите, изложени на най-високи дози радиация, разяснява диетата, следи за правилното ѝ спазване и др.

Изводи. Активното участие на медицинската сестра при превенция и борба със страничните ефекти от лъчетерапия и комбинирана лъче-химиотерапия редуцира до голяма степен усложненията от лечението, което от своя страна ускорява възстановителния процес при пациентите.

Ключови думи: комбинирана лъче-химиотерапия, странични ефекти, роля на медицинската сестра

КРИТИЧНИ ОРГАНИ – МАКСИМАЛНО ДОПУСТИМИ ДОЗИ И ЗАЩИТА. ЛЪЧЕВИ РЕАКЦИИ

С. Иванова, А. Балабанова
УСБАЛО – ЕАД, София

Целта на лъчелечението е да се облъчи планираният мишенен обем (ПМО) с назначената от лекаря лъчетерапевт доза, като в същото време не се допуска превишаване на дозата в близко разположените критични органи (КО). В зависимост от локализацията на ПМО основните критични органи, с които трябва да се съобрази разпределението на дозата, са различни. За целта са приети международно утвърдени таблици за максимално допустими дози в критичните органи. Според функционалната си зависимост тези таблици биват серийни и паралелни.

Установени са два типа лъчеви реакции: детерминирани и стохастични. Детерминирани лъчеви промени са зависими от дозата, а стохастичните са вероятностни.

При детерминирани лъчеви промени се наблюдават ранни и късни лъчеви реакции. Те зависят от получената доза и индивидуалната чувствителност на пациента.

Ключови думи: планиран мишенен обем, лъчеви реакции

ЕФЕКТИВНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ ПРИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНТЕРСТИЦИАЛНА HDR БРАХИТЕРАПИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ПРОСТАТЕН КАРЦИНОМ

А. Николова, В. Костова
УСБАЛО – ЕАД, София

Въведение: Интерстициалната брахитерапия HDR е процедура, представляваща временно въвеждане на радиоактивен източник ^{192}Ir (иридий). Това е монотерапия от 3 процедури през 2 седмици. Имплантът остава в пациента (10-20 мин.) по време на облъчването, след което се отстранява. Процедурата се извършва със спинална анестезия.

Лъчелечението на простата има 2 направления: вътрешно – брахитерапия, и външно – перкутанно.

Медицинската сестра пряко участва в подготовката на пациента за предстоящата процедура.

Методи: Подготовката включва няколко етапа:

– Всички необходими изследвания, изискващи се по съответната К.П;

– Санитарна обработка на пациента;

– Скарификационна проба за антибиотик;

– Очистителни клизми – 2 броя, като преди това болният е приел 1 оп. Фортранс-очистителни прахчета;

– Организира преданестезиологичната консултация.

След процедурата 24 часа болният е с катетър и на постоянен дренаж.

Медицинската сестра пряко участва по време на процедурата, и активно участва в обгрижването на пациента след това.

Ключови думи: брахитерапия, интерстициална, монотерапия, ^{192}Ir (иридий)

ЦЕЛОТЕЛЕСНО И ЦЕЛОКОСТНО-МОЗЪЧНО ОБЛЪЧВАНЕ И ПОЗИЦИОНИРАНЕ НА ПАЦИЕНТИ ПРЕДИ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ

Д. Джамбазова, И. Филипова, Н. Мехмедова, Е. Алдев, И. Михайлова, Д. Георгиев, П. Цонев
УСБАЛО – ЕАД, София

Въведение: Лъчелечението е част от комплексното лечение на хематологични заболявания. При болни, на които предстои костно-мозъчна трансплантация, се прилага консолидиращо лъчелечение в програмата за трансплантация.

Цел: Да се представи опитът на Клиниката по лъчелечение на УСБАЛО за провеждане на целотелесно и целокостно-мозъчно облъчване и начина за имобилизация, позициониране, облъчване и поносимост на режима.

Материали и методи: За периода 2021–2023 год. при 52 болни е проведено целотелесно (ТВІ – 39 пациенти) и целокостно-мозъчно облъчване (ТМІ – 13 пациенти) с обща доза 4-12Gy 1 или 2 пъти дневно на апарат за хеликална томотерапия. Костно-мозъчната трансплантация е извършвана на следващия ден след последната фракция на

облъчване.

Резултати: Всички болни са провели назначеното облъчване. При позиционирането и верифицирането на позицията на пациента по време на облъчване е наблюдавано съвпадение на дозиметричните параметри. Наблюдаваните ранни лъчеви реакции са: гадене, ентерит, оток в областта на шията. Те са овладявани със симптоматични средства.

Заключение: Целотелесното и целокостно-мозъчното облъчване е съществена част от провеждането на костно-мозъчна трансплантация. Прицизността на изпълнението на процедурата е с особено значение за терапевтичните резултати.

Ключови думи: Целотелесно облъчване, целокостно-мозъчно облъчване, хематологични заболявания

НАБЛЮДЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ С РАК НА ГЪРДАТА В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ. РОЛЯ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА

Б. Иванова, Л. Борисова
КОЦ, Враца

Резюме: Въпреки всички усилия за борба и превенция на заболяванията, болестта остава неизбежна част от живота на човека, а когато пациентът чуе диагнозата „рак“ започва да мисли, че той свършва. Редица са причините, които водят до този тип мислене и никой не е категоричен – правилно ли е или не.

Факт е, че извънболничната помощ (ИБП) е мястото, където пациентите могат да участват активно в превенцията и профилактиката на здравето, да придобиват добра обща медицинска култура.

Изключително важно е да се знае, че злокачествените заболявания, подобно на всички останали хронични заболявания, подлежат на системен контрол, както и че в зависимост от тяхната специфика, търпят различно и индивидуално поведение. Целият процес на наблюдение, лечение и контрол е обект на диспансеризацията. Важно е всички пациенти, диагностицирани с рак на гърдата, да са запознати с това какво представлява диспансеризирането, кога и къде могат да се възползват от това си право и какви са ползите от него върху развитието на болестта.

Мотиви за избор на темата:

– Липсата на достатъчна информация за процеса на диспансеризацията на пациенти с диагноза рак на гърда води до забавяне на контрола на заболяването и повишава вероятността за неговата прогресия (тук се отнася и диспансеризирането на пациентите с in

sito);

– Всяка година се увеличава броят на регистрирани мъже с диагноза рак на гърда. Макар и броят им да не е внушителен, е необходимо да се засили профилактиката сред тази група пациенти;

– Организиране на повече кампании и инициативи, свързани със запознаване на пациентите с различни асоциации, дружества и организации на онкологично болни с диагноза рак на млечната жлеза с цел достигане на по-голяма степен на информираност и справяне със заболяването.

Изводи и заключение: Ролята на медицинската сестра в наблюдението и грижите за онкологично болни пациенти с диагностициран рак на млечната жлеза е неизменна част от контрола и лечението на заболяването. Пряката връзка на медицинската сестра с пациентите допринася за по-голяма информираност сред тях и в чести случаи улеснява комуникацията им с различни здравни институции. Тя е основна връзка за общуването лекар-пациент, а с набора от различните личностни и комуникативни качества осигурява добра среда за общуване. Основната ѝ роля е да допринесе за качествено обслужване на пациентите, да им даде препоръки за ХДР и водене на нормален начин на живот, съпоставен с тяхното заболяване, и не на последно място да им осигури психо-емоционален комфорт.

Ключови думи: Диспансеризация, рак на гърдата, роля на медицинската сестра

ХЕМОФИЛИЯ – СЪВРЕМЕНЕН НАЧИН НА ЖИВОТ

В. Димитрова, Ц. Гатева

УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ ЕАД, Плевен

Въведение: Хемофилията е най-разпространената вродена коагулопатия, която се дължи на дефицит или на дефектна структура на коагулационния фактор VIII (Хемофилия А) или фактор IX (Хемофилия В) в резултат на мутация в гена. Тя е рядко срещано наследствено заболяване, което се предава рецесивно, полово свързано с X хромозомата. Жените са носителки на генетичния дефект, боледуват само мъжете. Честота - 1 на 10 000 новородени. Хемофилията е нелечимо заболяване, лекуват се успешно и дори може и да се предотвратят неговите основни клинични изяви – кръвоизливите. Овладяването на кръвоизливите се осъществява чрез вливане на дефицитния фактор в доза, индивидуално изчислена на базата на телесната маса на пациента. Животът на пациент с хемофилия е сложен процес, зависещ от съвместните усилия на специалистите в тази област и членовете на семейството, за да води, доколкото е възможно, нормален начин на живот и да се опази от травми, водещи до инвалидизация.

Цел: Да се разработи план за теоретично и практическо обучение на пациенти с хемофилия за провеждане на адекватно лечение и грижи в домашни условия, водещ до под-

бряване качеството на живот и намаляване степента на инвалидизация чрез свеждане до минимум броя, честотата и тежестта на ставните кръвоизливи.

Материали и методи:

- Теоретично обучение, включващо информация за индивидуална доза, животозастрашаващи кръвоизливи, правилен хигиенно-диетичен режим, психологическа подкрепа;

- Практическо обучение по отношение на интравенозното приложение на препаратите за заместителната терапия и грижи при хемартроза в домашни условия

Изводи: Лечението в домашна обстановка при пациенти с хемофилия има приоритетно значение с доказани здравни, социални и икономически предимства. То води до подобряване качеството на живот чрез свеждане до минимум броя, честотата и тежестта на кръвоизливите и намаляване степента на инвалидизация. Ролята на медицинската сестра като част от екипа, провеждащ обучението на пациентите, е голяма, защото тя координира по-голямата част от ежедневните грижи.

Ключови думи: хемофилия, обучение, домашно лечение, медицинска сестра

РОЛЯТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В ПРЕДОПЕРАТИВНАТА ПОДГОТОВКА НА ПАЦИЕНТА С ХЕПАТОЦЕЛУЛАРЕН КАРЦИНОМ ЗА ЧЕРНОДРОБНА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ

К. Костова-Динева, М. Христова
ВМА, София

„Трансплантацията на органи е едно от най-сериозните постижения на съвременната медицина и чрез тях се лекуват много болести в крайна фаза на тяхното развитие.“

Проф. Н. Владов

Хепатоцелуларният карцином е най-честата форма на първичен рак на черния дроб при възрастните и най-честата причина за смърт при пациенти с цироза.

Той заема между пето и осмо място сред най-често срещаните онкологични заболявания в световен мащаб и трето място по смъртност от рак.

Главно показание за чернодробна трансплантация е необратимата чернодробна недостатъчност, независимо от етиологията на заболяването. Лечението на НСС е мултидисциплинарно – в него участват гастроентеролози, онколози, радиолози, хирурзи, психолози и други специалисти.

Първият етап от преценката се извършва от специалист гастроентеролог. Към включване в листата на чакащи за чернодробна трансплантация се прибегва едва когато от останалите методи на лечение – консервативни и хирургични, няма полза.

Ежемесечно, а при нужда и по-често, в клиниката по КЧПХТ на ВМА се провежда така наречената „трансплантационна сре-

ща“ с участието на гастроентеролози, хирурзи, анестезиолози и реаниматори, както и медицински сестри, част от клиниката. На тези срещи се обсъждат всички пациенти, включени в листата на чакащите в лечебното заведение: тяхното общо състояние, промяна в показателите, влошаването на състоянието, нови случаи и др.

Именно присъствието на медицинските сестри на тези „трансплантационни срещи“ им дава възможност да се запознаят със състоянието и особеностите на всеки от пациентите в листата, да си поставят конкретни задачи/акценти и индивидуален план за действие при подготовка на реципиента в случай на възникване на донорска ситуация.

Възникването на донорска ситуация е спешна процедура, изискваща изключително добра организация на всяко ниво. Всичко се случва за часове и тук ключова роля има медицинската сестра – от приемането на реципиента в ЛЗ, през предоперативната подготовка до предаването му на анестезиологичния екип.

Именно фактът, че медицинската сестра е запозната с особеностите на физическото и психическото състояние на реципиента, е решаващ фактор в бързата, навременна, точна и координирана подготовка. Това е от решаващо значение за по-нататъшното развитие на трансплантационния процес.

FATIGUE-СИНДРОМ“ – ТЕМА С ПРОДЪЛЖЕНИЕ

К. Горанова
гр. Враца

Въведение: Синдромът на хроничната умора /Fatigue-синдром – миалгичен енцефаломиелит/ е описан като заболяване за пръв път през 1980 год. и представлява продължително субективно натоварване, емоционална и когнитивна умора или изтощение, без връзка с активността на пациента, енорно изтощение, което не се повлиява от нормалните механизми на почивка – сън, пауза по време на работа и др., и продължава много дълго /месеци /.

Fatigue – нарушава нормалния ритъм на живот и понижава качеството на живота на засегнатия.

Цел: Да се запознаят медицинските специалисти с основните клинични прояви на СХУ, защото е един от важните симптоми в онкологията, изискващ адекватни здравни грижи – от лекари и специалисти по здравни грижи.

Проблемите за пациентите идват от факта, че диагнозата се поставя сравнително късно. Симптомите се свързват с развитието на тумора, с проведеното комплексно противотуморно лечение.

Материали и методи: Колкото са по-различни причините за СХУ, толкова повече са и алтернативите за лечение. Дори общите грижи за болния, облекчаване на страничните действия от лечението и подобряване ритъма на сън като приоритет могат да облекчат страданието му. Допълнително може да се добави: физическа активност /не само спорт/, психотерапия, психоподкрепа – от специалисти, близки и семейство.

За пациентите с СХУ е важно да съхранят жизнените си сили. Важно е и за специалистите, които определят режима им.

Заключение: Трябва да се акцептира и да се вземат под внимание оплакванията на болните. Когато близките не могат да помогнат – да се търси квалифицирана, компетентна помощ. Екипната работа – медицински специалисти – пациент – семейство, ще помогне на засегнатия от СХУ да се справи в ежедневието си.

Ключови думи: Fatigue-синдром, клинични прояви, психоподкрепа

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 Стефана Събчева или на e-mail: ssabcheva@sbaloncology.bg.

АБОНАМЕНТЕН ТАЛОН ЗА СПИСАНИЕ „ОНКОЛОГИЯ“ 2023 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