



52

ОНКОЛОГИЯ

1/2024

УНИВЕРСИТЕТСКА СПЕЦИАЛИЗИРАНА БОЛНИЦА ЗА
АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПО ОНКОЛОГИЯ
„ПРОФ. ИВАН ЧЕРНОЗЕМСКИ“ ЕАД

РЕЗЮМЕТА НА ДОКЛАДИ

ЗА

XIV НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ОНКОЛОГИЯ

14–16 юни 2024 г.
ХОТЕЛ „РИЛА“
К. К. БОРОВЕЦ

ISSN: 0369-7649

РЕЗЮМЕТА НА ДОКЛАДИ

ЗА

XIV НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ОНКОЛОГИЯ

14–16 юни 2024 г.
ХОТЕЛ „РИЛА“
к. к. Боровец

1. Основна сесия – резюмета.....	3
2. Сестринска сесия – резюмета.....	44

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. Т. ХАДЖИЕВА
ПРОФ. А. ЧЕРВЕНЯКОВ
ПРОФ. Р. АЛЕКСАНДРОВА
ДОЦ. А. КОНСУЛОВА
ДОЦ. П. КОСТОВА
ДОЦ. К. ПОПОВ
ДОЦ. С. МИЛАНОВ
ДОЦ. М. ПЕНКОВ

ОСНОВНА СЕСИЈА

РЕЗЮМЕТА

СВЕТЛИНАТА В ПЕТ/КТ ОБРАЗИТЕ – ТОВА Е ВЪПРОСЪТ

Е. Пиперкова

Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Състояние на проблема: ПЕТ/КТ е хибриден високотехнологичен нуклеарно-медицински (НМ) диагностичен метод за получаване на функционални, метаболитни образи, отразяващи биологичното поведение на здравите и болестно променените клетъчнотъканни структури в различните органи и системи, корелиращи с КТ размерно-плътностни изображения, прецизно локализирани в целотелесния скениран обем.

След 2000-та година хибридно ПЕТ/КТ скениране с и. в. въвеждане на различни позитронно излъчващи радиофармацевтици (РФ), най-често с маркирана глюкоза (18F-FDG), се превръща в „златен стандарт“ в диагностиката при откриване на неизвестно първично огнище (НПО) при първично клинично проявен метастатичен процес за първичното стадиране и проследяващо рестадиране, планиране и отчитане ефекта на противотуморната терапия, откриване на ранни „биохимични“ рецидиви и съпътстващи синхронни неприявени онкологични или неонкологични заболявания.

Цел: Представяне на механизма на биоразпределение на радиофармацевтика в тялото на пациентите, качествена и количествена оценка на метаболитните образи, диференцирането на патологичния от физиологичния, реактивно-инфламаторния, посттерапевтично-репаративния

или артефактен глюкозен метаболизъм. Илюстрират се примери от практиката на интерпретация на образните резултати, допълнени от количествени показатели SUV-max, TLG, MTV, Deauville Score (D.Score 2-5) и тяхната промяна според наличието или отсъствието на патологичен процес според хистологичния вариант на злокачествения процес и промяната на тумора от проведеното лечение.

Заключение: Основен въпрос пред интерпретиция специалист е: „Кога повишеният или пониженият глюкозен метаболизъм е патологичен и кога не?“.

В клиничната практика се въвеждат все нови и нови клинично проучвани радиофармацевтици с по-висока специфичност към рецептори (68Ga-DOTA за невро-ендокринни и невро-ектодермални тумори), антигенни реакции (68Ga-PSMA при диференциран и умеренодиференциран карцином на простатната жлеза), фибробластактивирани туморни протеини (68Ga-FAPI) и др. Посочват се правилата за оценка на „светещите“ огнища, за да се отговори професионално правилно на най-често задавания въпрос „Свети ли нещо?“.

Ключови думи: ПЕТ/КТ, патологичен глюкозен метаболизъм, артефакти и физиологичен метаболизъм, ДД с неонкологични заболявания.

LIVER-FIRST ПОДХОД ПРИ СИНХРОННИ КОЛОРЕКТАЛНИ ЧЕРНОДРОБНИ МЕТАСТАЗИ

И. Такоров¹, Ц. Луканова¹, С. Симеоновски¹, Д. Вълчева¹, С. Ценов¹, Е. Тодорова¹, М. Абрашева²

¹Първа клиника по коремна хирургия, ВМА – София

²Клиника по анестезиология и интензивно лечение, ВМА – София

Увод: За пациентите с колоректален карцином и синхронни чернодробни метастази е предложен терапевтичен подход, обратен на класическия – провеждане на неoadювантна системна терапия, последваща резекция на чернодробните метастатични лезии и извършване на колоректална резекция като финален етап.

Цел: Целта на проучването ни е да представи нашия опит в провеждането на „Liver-first“ подход при лечението на пациенти с чернодробни метастази от колоректален карцином.

Материал и метод: В периода 01.10.2018г. – 01.01.2024 г. в Първа клиника по коремна хирургия, Военномедицинска академия – София, при десетина пациенти с чернодробни метастази от колоректален карцином и необструктивен първичен тумор се проведе мултидисциплинарен терапевтичен „liver-first“ подход. Периоперативните данни се регистрираха ретроспективно.

Резултати: При един от десетимата пациенти (10%) не се проведе резекция

на първичното огнище, поради пълен химиотерапевтичен отговор на същото. При шестима от пациентите се проведе пълната терапевтична последователност на „liver-first“ подхода, докато при трима пациенти (30%) предстои извършването на колоректалната резекция.

Средният брой на чернодробните метастатични лезии при пациентите е 7, а средният размер на най-голямата е 6 сантиметра. Честотата на R0 резекционна линия при чернодробните резекции е 100%. Постоперативният морбидитет е 10%. При един от пациентите се постави протеза на жлъчните пътища по повод механичен иктер след чернодробната резекция. Периоперативната смъртност след двата типа хирургични интервенции при пациентите ни е 0%. Тригодишната преживяемост е 43%.

Изводи: Liver-first подходът е безопасен и осъществим, особено що се отнася до краткосрочните резултати. Прецизният мултидисциплинарен подбор на пациентите е от съществено значение.

Ключови думи: liver-first; чернодробни метастази; колоректален карцином.

СРАВНЯВАНЕ ОТГОВОРА НА ПАЦИЕНТИ С ЧЕРНОДРОБНИ МЕТАСТАЗИ ОТ КОЛОРЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ С KRAS ДИВ ТИП (WT) И МУТИРАЛ KRAS, ЛЕКУВАНИ С ЕКСТРАКРАНИАЛНА РАДИОХИРУРГИЯ

К. Желев¹, И. Михайлова²

¹Отделение по лъчелечение и радиохирургия, МБАЛ „Сърце и мозък“ – Плевен

²Клиника по лъчелечение, УСБАЛО „Проф. Иван Черноеземски“, София

Увод: Прогностичната стойност на хематологичните възпалителни параметри е доказана при управлението и ефикасността на екстракраниалната радиохирургия (SBRT) при чернодробни метастази. Мутацията в онкогена KRAS може да бъде свързана с незадоволителен локален контрол (LF) след SBRT.

Цел: Мутации в онкогена KRAS и хематологични маркери преди лечението на пациенти с чернодробни метастази от колоректален карцином (КПК), лекувани със SBRT след първа линия химиотерапия и връзката им с преживяемостта без прогресия (PFS) и LF.

Материал и методи: Ретроспективно проучване и анализ на пациенти с олигометастатичен чернодробен КПК, където 27 (50%) от болните са с KRAS мутация и 27 (50%) са KRAS див тип (WT), лекувани с SBRT, с цел постигане на траен локален контрол. Всички пациенти са прогресирали главно в черния дроб след първа линия химиотерапия и са били лекувани с SBRT. Оптималните гранични стойности на съотношението тромбоцити-лимфоцити (PLR), съотношението неутрофили-лимфоцити (NLR) за прогнозиране на ефикасността и крайния резултат от лечението бяха определени според кривата на работната характеристика на приемника (ROC) и площите под ROC кривата. Използвахме Kaplan-Meier, за да определим LF и PFS при пациенти с KRAS мутация и WT.

Резултати: Общо 54 пациенти, мъже 29 (53,7%) и жени 25 (46,3%) със средна възраст $65,5 \pm 6,4$. Пациентите със статус (PS) 0 по ECOG са 21 (38,9%) и PS 1 – 33 (61,1%). KRAS WT присъства при 27 (50,0%) пациенти, от които 21 (38,9%) мъже и 6 (11,1%) жени. Наличието на KRAS WT е свързано

само с пола ($p < .001$) Child-Pugh ($p .038$), NLR ($p < .001$) и PLR ($p < .001$).

Пациентите с KRAS мутация са имали значително по-кратък среден PFS, отколкото пациентите с KRAS WT (12,9 мес., 95% CI: 11,05–14,82 спрямо 26,0 мес., 95% CI: 21,31–30,70; $p .002$). Пациентите с KRAS мутация са имали значително по-кратък среден локален контрол, отколкото пациентите с KRAS WT (13,7 мес., 95% CI: 11,94–15,53 срещу 27,3 ме.а, 95% CI: 24,05–30,60; $p < .001$). При оптималните гранични стойности за NLR и PLR биомаркерите могат значително и умерено да разграничат пациенти със или без LF (AUC = 0,68, 95% доверителен интервал (CI) = 0,53–0,83; $p < .001$), с чувствителност от 64% и специфичност от 62% за NLR и (AUC = 0,62, 95% доверителен интервал (CI) = 0,47–0,77; $p < .001$), с чувствителност от 56% и специфичност от 55% за PLR. При оптималните гранични стойности за NLR и PLR биомаркерите могат значително и умерено да разграничат пациенти със или без PFS след SBRT (AUC = 0,68, 95% доверителен интервал (CI) = 0,53–0,83; $p .025$), с чувствителност от 64% и специфичност от 62% за NLR и (AUC = 0,62, 95% доверителен интервал (CI) = 0,47–0,77; $p = 0,125$), с чувствителност от 56% и специфичност от 55% за PLR.

Заключение: NLR и PLR са обещаващи прогностични маркери за пациенти с чернодробен метастатичен КПК, лекувани с SBRT.

Пациенти с метастатичен КПК в черния дроб с KRAS WT, лекувани със SBRT след прогресия от първа линия химиотерапия, имат по-добър отговор от пациентите с KRAS мутация.

Ключови думи: колоректален карцином, SBRT, KRAS мутация, NLR, PLR.

ПРЕДИКЦИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С КОЛОРЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ И ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДГРУПИ С ЛОША ПРОГНОЗА

*М. Мусин, И. Панджарова, Ц. Йорданов, С. Йорданов, С. Тунчева, С. Велчова,
А. Герасимов, А. Консулова*

Клиника по медицинска онкология, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Колоректалният карцином (КРК) е свързан с различни молекулярни алтерации, които играят ключова роля в развитието, еволюцията и прогресията на болестта. Изследването на предиктивни биомаркери е от изключително важно значение за персонализиране на системното лечение. Тези биомаркери често имат и прогностична стойност.

Откриването на таргетируеми мутации доведе до идеята за персонализирана медицина, като нарастването на броя и видовете лечения доведе до усложняване на решенията на всяка стъпка и необходимост от изграждане на лечебна стратегия, базирана на постигнатия отговор от лечение и потенциалните следващи терапевтични възможности. В презентацията ще бъдат обсъдени видовете подгрупи, дефинирани според различните биомаркери в метастатичен стадий – RAS, BRAF, MSI, HER2, NTRK, както и възможностите за тяхното персонализирано лечение. Опитът на Клиниката по медицинска онкология ще бъде обобщен и представен.

Доскоро единствен предиктор за избор на прицелно лечение, което да бъде добавено към системна химиотерапия в метастатичен стадий на КРК, беше RAS. Карциномите на дебело черво с „див тип“ на KRAS са свързани с по-добър отговор от лечение с анти-EGFR таргетни терапии и химиотерапия.

Не всички пациенти без мутация в RAS отговарят на анти-EGFR лечение и така бе открито значението на мутация на ген по хода на същия сигнален път – BRAF.

Носителството на mBRAF е свързано с определяне на подгрупа пациенти с по-лоша прогноза с различен начин на метастазиране и по-значима химиорезистентност.

Подобно, негативен предиктивен маркер за отговор към анти-EGFR терапия е и амплификацията на HER2. Тя е значително по-рядко явление от карцинома на гърдата, но HER2 амплифицираният карцином на дебело черво е свързан с лоша прогноза. Лечение с trastuzumab deruxtecan и trastuzumab в комбинация с ТКИ е ключово за удължаване преживяемостта на тази подгрупа пациенти.

KRAS G12C мутацията се открива при около 3-4% от колоректалните карциноми и е негативен предиктивен маркер за anti-EGFR терапия. Комбиниране на sotorasib и adagrasib с anti-EGFR агенти показва обещаващи резултати в клиничните проучвания.

Микросателитна нестабилност (MSI) е резултат от дефекти в системната на репарация на ДНК. MSI-H карциномите на дебело черво са химиорезистентни и при тях избор за първа линия е имунотерапия. В адювантен аспект MSI / MSS е важен маркер за избор на аХТ при втори стадий.

NTRK-фузиите са рядко срещани в колоректалния карцином. Наличието им може да бъде таргетирано с NTRK инхибитори, които блокират активността на тези фузии и предотвратяват растежа на туморните клетки.

Ключови думи: колоректален карцином, предиктивни биомаркери, системно лечение, персонализирана медицина, прогноза.

МЯСТОТО НА ЦЕЛОТЕЛЕСНОТО ОБЛЪЧВАНЕ ПРИ ПРОВЕЖДАНЕ НА КОСТНО-МОЗЪЧНА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ

*И. Михайлова¹, К. Венков², Д. Георгиев¹, Н. Гешева¹, А. Балабанова¹, Б. Кръстев¹,
Д. Пенев¹, С. Лалова¹, Р. Иванова¹, К. Милчева², К. Желев³, Г. Михайлов²*

¹УСБАЛ по онкология „Проф. Иван Черноземски“, София

²СБАЛ на хематологични заболявания – София

³МБАЛ „Сърце и мозък“ – Плевен

Увод: Цялостното облъчване на тялото (total body irradiation - TBI) е вид перкутанно лъчелечение, което се прилага като част от подготвителния режим преди осъществяване на алогенна трансплантация на хемопоетични стволови клетки (ало-ТХСК) при пациенти с остра и хронична левкемия, апластична анемия, малигнени лимфоми. Отличните антитуморни и имуносупресивни свойства на TBI, в съчетание с възможността да осъществява пълен контрол за областите на ЦНС и тестисите, го правят незаменима част от кондициониращия режим преди трансплантация.

Цел: Представяне резултатите от проведени алогенни ТХСК при 51 болни в Клиниката по трансплантации на СБАЛХЗ с кондициониране, включващо TBI в Клиниката по лъчелечение на УСБАЛО „Проф. И. Черноземски“ – София.

Материал и метод: За периода 2020–2023 г. в Клиниката по лъчелечение като част от кондициониращия режим преди ало-ТХСК са провели цялостно облъчване 51 болни с диагноза остра лимфобластна левкемия (n=24), остра миелоидна левкемия (n=15) и други (хронична миелоидна левкемия, апластична анемия, малигнени лимфоми) (n=12). Режимът на кондициониране използва IMRT – TBI, проведено с единична доза 2 Gy до обща доза 2-4-8-12 Gy на апарат за хеликална томотерапия или линеен ускорител. Когато дозата е била > 2 Gy, се разделя на фракции през 6 часа, до максимална доза 4 Gy дневно. При всички пациенти в съчетание с TBI е прилагана химио- и/или имунотерапия. Отчетена е поносимостта към режима по скалата на CT-CAE v5, честота на рецидиви, свободна от рецидиви преживяемост (relapse-free survival,

RFS) и обща преживяемост (overall survival, OS). За изчисляване на преживяемостта е използван методът на Kaplan-Mayer.

Резултати: Анализирани са 51 болни 36 (70,6%) мъже и 15 (29,4%) жени на средна възраст 44±13,9. С общ статус (PS) 0 са 17 (33,3%), PS 1 - 27 (52,9%) и PS 2 - 7 (13,8). При всички болни е осъществена трансплантация, като при 7 (13,7%) донор е бил напълно съвместим родствен, при 19 (37,2%) напълно съвместим неродствен, при 22 (43,1%) хаплоидентичен родствен и при 2 (3,9%) ненапълно съвместим неродствен донор. При всички болни, при които е осъществено костно-мозъчно изследване, на първия месец е отчетено прихващане и са с пълен донорен химеризъм. Двугодишната обща преживяемост за цялата група е 52%, а 3-годишната – 44,5%. Рецидиви са наблюдавани при 9 (17,6%) от всички болни. Кумулативната честота на рецидивите достига 60% на 3-ата година. Трима пациенти са загинали преди прихващането вследствие на инфекциозни усложнения. Ранни или късни нежелани странични ефекти, пряко свързани с лъчелечението, не са наблюдавани.

Заключение: Като част от кондициониращ режим преди ало-ТХСК, лъчелечението е с фундаментална роля, най-вече при пациентите с остра лимфобластна левкемия, но нашият опит показва добри резултати и при пациенти с остра миелоидна левкемия, апластична анемия, малигнен лимфом. Пациентите, подлагащи се на ало-ТХСК, са една изключително високорискова кохорта от болни, при които TBI ни помага за оптимизиране на терапевтичните резултати.

Ключови думи: TBI, костно-мозъчна трансплантация.

ОЦЕНКА НА РЕЗЕКЦИОННИ ЛИНИИ ПРИ ОРГАНОСЪХРАНЯВАЩИ ОПЕРАЦИИ ЗА РАК НА ГЪРДАТА

И. Гаевилов, В. Митова, А. М. Чанталыйска, М. Д. Плачкова
Клиника по гръдна хирургия, Отделение по хирургия на гърда,
УСБАЛО „Проф. Иван Черноеземски“, София

Увод: Органосъхраняващите операции (BCS), последвани от лъчелечение, са предпочитан метод от повечето пациенти с ранен рак на гърдата (РГ). Между 3,3% и 20% от пациентите след първоначална BCS е необходимо да се подложат на ре-ексцизия поради установени „положителни“ резекционни линии (R1), независимо от наличието на дуктален карцином *in situ* (DCIS) или инвазивен карцином.

Цел: Анализ на честотата на резидуална болест след повторна операция при R1 след органосъхраняващи операции на гърда и определяне ролята на интраоперативната оценка на резекционните линии.

Материал и метод:

В Отделението по хирургия на гърда към УСБАЛО за периода януари 2023 г. – януари 2024 г. е извършена оперативна интервенция при 1199 пациенти. От проучването са изключени оперативни интервенции за хистологична верификация (отворена биопсия), както и core-биопсии, които съставляват 28% от болните (336).

Резултати: От изследваната кохорта 618 (51,5%) пациенти са претърпели радикална оперативна интервенция за РГ. От тях при 68,12% (421) пациенти е осъществена BCS. От всички пациенти, преминали BCS, при 85,5% (360) е извършено интраоперативно

изследване на резекционните линии. При 5,5%, или 23 болни, е отчетена R1 линия. Наличието на резидуален тумор след ре-ексцизия е установен едва при 13,04% (3) от пациентите. При всички пациенти с R1 е установен DCIS в резекционна линия, с изключение на 2-ма, при които е регистрирана съответно 2 мм и 4 мм инвазивна компонента. 21,7% (5) от пациентите са се отказали от ре-операция или е взето решение за започване на системна терапия поради налични метастази в лимфни възли (pN3a).

Изводи:

Анализът на резултатите на пациенти с положителни резекционни линии показва преобладаване на DCIS в резекционните линии с ниска честота на резидуална болест след ре-ексцизия. Интраоперативната оценка на резекционните линии снижава значително необходимостта от реоперация. Ето защо е необходимо имплементиране на нови методи за интраоперативна оценка, които да намаляват времето за изчакване, да водят до избягване на свръхлечение със съответната психологическа травма и същевременно с това да осигуряват лечебна и икономическа ефективност.

Ключови думи: инфилтрация, резекционни линии, рак на гърда, реексцизия, органосъхраняваща операция.

РОЛЯТА НА МРТ В ПЪРВИЧНОТО ЛОКАЛНО СТАДИРАНЕ И ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА ЕФЕКТА ОТ НЕОАДЮВАНТНО СИСТЕМНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА

К. Русинов

Отделение по образна диагностика, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Увод: Карциномът на млечната жлеза (КМЖ) е най-разпространеният тумор сред жените, който остава водеща причина за смъртност при висока заболяемост. През последното десетилетие преживяемостта при КМЖ нараства, благодарение на популационния скрининг и комплексното мултидисциплинарно лечение на болестта.

Цел: Анализ на предимствата и недостатъците на магнитно-резонансната томография (МРТ) в диагностиката, първичното стадиране и проследяване на ефекта от неоадювантното системно лечение (НАСЛ) при КМЖ.

Материал и метод: Представени са болни с хистологично доказан карцином на млечната жлеза на възраст от 32 до 81 години, преминали последователно в Отделението по образна диагностика за периода 2022 – 2024 г., на които е извършен

мултипараметричен 1,5T МРТ.

Резултати: Изследването с МРТ показва висока чувствителност в диагностиката на карциномите, дори с малки размери, както и при регистрирането на мултифокалност и мултицентричност.

МРТ превъзхожда приноса на ехографията и мамографията при оценка на състоянието на кожата, ареоло-мамиларния комплекс и гърдната стена.

Извод:

МРТ е най-точният метод не само при първоначалното локално стадиране на болестта, но и възможност за най-ранна оценка на настъпилия ефект или липса на такъв от неоадювантното системно лечение.

Ключови думи: карцином на млечната жлеза, неоадювантно системно лечение, магнитно-резонансна томография.

СЛЕДОПЕРАТИВНО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ МАСТЕКТОМИЯ, КОГАТО НЕОАДЮВАНТНОТО СИСТЕМНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ С T1-2 N1-2 ПОСТИГА YPT 0-1 YPNO

Т. Хаджиева

Гилдия на лъчетерапевтите в България

Състояние на проблема: Понастоящем липсват Grade 1 доказателства, че следоперативното ЛЛ при мастектомия (СОЛЛМ) може да бъде избегнато при пациенти с cT1-2 cN+, при които след неoadjuвантно системно лечение (НАСЛ) TNM се понижава до ypT0-1 ypN0. Проблемът представлява „сива зона“ в лъчелечението и се разисква широко в литературата след системни анализи на големи проучвания от водещи онкологични институции, но върху ретроспективен материал. При около 20–40% от пациентите след НАСЛ се постига т. н. downstaging на първичния тумор и/или на аксиларните лимфни метастази. Проучванията показват важността на пълния патологичен отговор за локален рецидив, основно в групи ypN0. Аналогични сравнения за ролята на СОЛЛМ се правят на мастектомирани пациенти в ранен pT1-2 pN0 след направено или избегнато СОЛЛМ. Те доказват липсата на принос както към ЛРР, така и към ОП. Последен мета-анализ на 12 проучвания при 17747 болни, лекувани в периода 2004–2019 г. показва, че СОЛЛМ намалява ЛРР в 3-ти стадий при пациенти с ypN0, но не редуцира СЗП (p .55) и ОП (p .10). Мултивариантният анализ е категоричен, че при непълен патологичен отговор след НАСЛ (ypN2–3) СОЛЛМ подобрява всички показатели: ЛРР, СЗП и ОП. Въпросът остава открит за болните с ypN0. Представят се резултати от

recent comprehensive review, селектиращо негативни прогностични фактори: стадий, молекулярен подтип, млада възраст, което обаче намалява броя на групите, респ. статистическата значимост. В опит за вземане на решение е създадена номограма. Друг системен анализ, базиран на CR Appropriateness Criteria modified Delphi methodology, заключава, че болни с T1–2 N0–1 на възраст над 40 г., с естроген рецептори позитивно заболяване, с под 4 позитивни лимфни възела преди НАСЛ, без лимфоваскуларна инвазия или екстракапсулна екстензия имат 5 г. преживяемост без рецидив под 5% и вероятно не биха имали полза от СОЛЛМ. Индивидуализираният подход за вземане на решение относно СОЛЛМ налага прецизни данни от клиничния TNM преди НАСЛ, патологичния стадий след НАСЛ, индивидуалните туморни и пациентски данни за вземане на решение. Очакват се данните от проспективно РП NSABP B-51/RTOG 1304.

Заключение: Приносът на СОЛЛМ при мастектомия след НАСЛ върху всички онкологични показатели е категоричен в трети стадий (ypN1–3), но решението за СОЛЛ при мастектомия следва да бъде строго индивидуализирано при ypT0-1 ypN0.

Ключови думи: мастектомия, лъчелечение след химиотерапия.

думи: мастектомия, неоадювантна

ЛЕЧЕНИЕ НА ЛОКАЛНО АВАНСИРАЛ РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА

Д. Белинов¹, Д. Томов², Г. Янева², Ц. Димитрова²

¹СБАЛОЗ „Д-р Марко Марков“ – Варна

²МУ „Проф. Параскев Стоянов“ – Варна

Увод: Ракът на млечната жлеза продължава да бъде най-честото злокачествено заболяване при жените в световен мащаб и у нас. Интересът към диагностиката и комплексното лечение на локално авансирания рак на млечната жлеза нараства непрекъснато.

Цел: Споделяне на нашия положителен опит при лечението на локално авансирал рак на млечната жлеза.

Материал и метод: Анализира се документацията на болни с локално авансирал рак на млечната жлеза, хоспитализирани в гр. Варна през периода 20 септември 2018 г. до 27 март 2024 г. Проучването включва общо 75 жени на средна възраст от $63,56 \pm 14,67$ г. (от 22 до 91 г.). Преобладават болните във възрастовата група между 61–70 г. (26) или 34,67% от случаите. Заболяването е десностранно при 43 жени, левостранно при 31 и двустранно при 1 жена. След стадиране на патологичния процес се провежда индивидуализирано оперативно и консервативно лечение, съгласно медицинските стандарти.

Резултати: Използвани са 10 вида оперативни интервенции, най-честите от които са радикална мастектомия

при 14 болни, квадрантектомия при 13, модифицирана радикална мастектомия по Аухинкелос при 9 и семпла мастектомия при 6 болни. Аксилярна лимфна дисекция се налага при 35 (46,67%) от случаите. Преобладават инцизионната и тру-кут биопсия, следвани от ексцизионната. Разнообразното консервативно лечение включва медикаменти от общо 20 групи, както и лъчелечение на линеен ускорител. Най-често са прилагани обезболяващи средства, антиеметици, кортикостероиди, антибиотици, антитромботици, анестетици, антиацидни препарати, неoadjuvantно системно лечение (таргетна и химиотерапия). След оперативния период при всички болни е гладък с установен един смъртен случай, 24 дни след изписване на успешно оперирана болна.

Изводи: Своевременната клинична, лабораторна, образна диагностика при стадиране на локално авансирал рак на млечната жлеза позволяват провеждане на ефективно лечение.

Ключови думи: локално авансирал рак на млечната жлеза, оперативно лечение, консервативно лечение, диагностична биопсия, локализация.

НЕОАДЮВАНТНА ЕНДОКРИННА ТЕРАПИЯ ПРИ ЖЕНИ В МЕНОПАУЗА С НЕМЕТАСТАТИЧЕН ЛУМИНАЛЕН HER2 НЕАМПЛИФИЦИРАН КАРЦИНОМ НА ГЪРДА – ПРОСПЕКТИВЕН АНАЛИЗ НА ДАННИ

С. Тунчева, А. Герасимов, И. Панджарова, Ц. Йорданов, М. Мусин, М. Михайлова, С. Велчова, С. Йорданов, А. Консулова

Клиника по медицинска онкология, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Въведение: Неоадювантната ендокринна терапия (НАЕТ) навлиза все по-често при пациенти в менопауза и диагноза на неметастатичен луминален HER2 неамплифициран карцином на гърда. Приложението ѝ при селектирани пациенти води до намаляване на стадий (downstaging) предоперативно и увеличава възможността за орган-съхраняваща хирургия в гърдата. Освен ниската токсичност на този терапевтичен подход, липсата на влошаване на качеството на живот на пациентките, НАЕТ може да се използва и като средство за определяне *in vivo* на ендокринна чувствителност.

В Клиника по медицинска онкология, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София, се провежда и проспективно събиране и анализ на данни за идентификация на предиктивни биомаркери и определяне на оптимална продължителност на неоадювантна ендокринна терапия при менопаузални пациентки с неметастатичен луминален HER2 неамплифициран карцином на гърда от 03. 2023 г. Включващите критерии са жени с диагноза в менопауза за луминален А-подобен HER2 неамплифициран карцином на гърда в стадий I-III, липса на данни за чувствителност към химиотерапия. Анализирани са данните за отговор към

лечение, продължителност на лечение, методи за оценка на терапевтичен отговор, обем на хирургия и постнеоадювантно системно лечение. Проведен е и анализ спрямо възраст при диагноза, изходно клинично стадияне (стадий I, II или III), хистологичен вид (лобуларен или инвазивен дуктален карцином), степен на диференциация (G1, G2 или G3) и изходни стойности на Ki67 (0-10, 10-20, 20-30 и над 30).

Проведена е и корелация между предоперативния клиничен стадий, оценен чрез образна диагностика (ехография на гърда, МРТ на гърди), и патологичния отговор. Оценка на патологичен отговор се проследява и чрез динамиката на предиктивните биомаркери (ER, PR, HER2, Ki 67), както и PERI скор.

Неоадювантната ендокринна терапия е ефективна и безопасна опция при ранен луминален HER2 неамплифициран карцином на гърда. На фона на добър профил на безопасност на ендокринната терапия, НАЕТ е нова терапевтична алтернатива.

Ключови думи: неметастатичен карцином на гърда, неоадювантно ендокринно лечение, менопауза, ранен стадий, ендокринна чувствителност, предиктивни биомаркери, луминален карцином.

ДИФЕРЕНЦИАЛНА ДИАГНОЗА МЕЖДУ БЕНИГНЕНИ И МАЛИГНЕНИ БЕЛЕЗИ ПРИ МРТ ИЗСЛЕДВАНЕ НА ГЪРДИ

Г. Алексов, И. Гергов, К. Русинов

Отделение по образна диагностика, УСБАЛО „Проф. Иван Черноеземски“, София

Увод: Злокачествените тумори на гърдата са най-честите, диагностицирани при жените, и водеща причина за смърт сред тях. Въпреки подобренията в диагностиката на неоплазми в гърдата с широкото приложение на мамография и ултразвук, диференцирането между доброкачествени и злокачествени лезии остава труден диагностичен проблем. Магнитно-резонансната томография (МРТ) е утвърден допълнителен изобразяващ метод при оценка на подозрителни лезии в гърдата, който показва предимство спрямо стандартните мамография и ултразвук поради по-високата чувствителност на метода.

Цел: Преглед на доброкачествени и злокачествени белези в гърдата и тяхното характеризиране чрез МРТ.

Материал и метод: Ретроспективното проучване включва жени, последователно изследвани в Отделението по образна диагностика с клинично подозрителни лезии на гърдата, открити чрез мамография и/или ултразвук на гърда. Изследванията са

извършени на 1,5 тесла МРТ (MAGNETOM® AERA, Siemens).

Резултати: Лезиите в гърдите са оценени спрямо техните морфологични белези, кинетика на контрастиране и функционални характеристики, които са полезни при диференциалната диагноза и тяхното характеризиране, сравнени и анализирани с хистологичната верификация. Установи се значителна разлика в характеризирането на доброкачествени и злокачествени лезии на гърдата чрез МРТ изобразяване.

Изводи: Мултипараметричната МРТ на гърдата включва различни техники – морфологични, кинетика на контрастиране и функционални, които повишават възможностите за диференциална диагноза и характеризиране на формации в млечните жлези.

Ключови думи: гърда, бенигнени и малигнени лезии, диференциална диагноза, магнитно-резонансна томография.

ИНОВАТИВНИ МЕТОДИ ЗА ПСИХОЛОГИЧЕСКА ПОМОЩ ПРИ ПАЦИЕНТИ С РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА

В. Азис¹, В. Митова²

¹УМБАЛ „Лозенец“ – София

²УСБАЛ по онкология „Проф. Иван Черноеземски“, София

Увод: Психорехабилитационната програма в световен план е задължителна част в процеса на лечение и възстановяване на пациентите с рак на млечната жлеза. Увеличаването на броя на случаите и засягането на все повече млади жени доведе до необходимостта от въвеждане на иновативни методи с цел по-голяма всеобхватност и скъсяване на достъпа до висококвалифицирани специалисти.

Цел: Представяме иновативна психорехабилитационна програма, която работи в посока емоционално стабилизиране, реадaptация и ресоциализация на болните с рак на гърдата, стимулирайки реадaptационния процес, понижаване на тревожността и депресивната симптоматика, както и цялостно подобряване на психичното функциониране.

Материал и метод: Програмата се осъществява чрез организирани психологически online групи в специализираното мобилно приложение BreastHelp, водени от клиничен психолог – психотерапевт. Анализът включва групи, които се състоят от 10 до 15 души. Терапията се провежда всяка седмица в определен ден и час с предварително договорен период от три месеца. Срещите се осъществяват във виртуално пространство, създадено специално в мобилното приложение, чрез различ-

ни техники.

Резултати: Отчитат се намаляване на съпътстващите лечението симптоми, като свръхчувствителност и придобиване на способност за по-добро възприемане на промяната след оперативната интервенция. Регистрира се подобряване на психологическото справяне и адаптацията, повишаване на качеството на живот и на капацитета за личностно израстване. Значително се понижава дистресът от диагнозата и заболяването. Анализът показва значително скъсяване на интервала от време между необходимостта от специализирана помощ и достъпа до специалист.

Изводи: Въвеждането на иновативните методи за психологическа помощ при пациенти с рак на млечната жлеза позволява по-лесен достъп и намалява ограничителните фактори от различни обстоятелства на пациентите. Новите подходи подобряват преработването на травматичните съдържания и изграждането на балансирана проекция в бъдещето, използвайки всичките предимства на телемедицината.

Ключови думи: онлайн психотерапия, BreastHelp, групи за психологическа подкрепа.

МОЛЕКУЛЯРНА КЛАСИФИКАЦИЯ ПРИ СТОМАШЕН КАРЦИНОМ

С. Бачурска¹, Ф. Оджаков¹, Б. Томов², Л. Джонгов³

¹Клиника по обща и клинична патология, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

²Отделение по гастроентерология, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

³Клиника по обща и коремна хирургия, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Състояние на проблема: Стомашният карцином представлява морфологично хетерогенен феномен. Съществуват множество хистологични класификационни системи, целящи да установят връзката между хистологичен вид на тумора и биологията му.

Най-широко разпространени са класификации на Laurén и CЗО. Въпреки това, те не дават ясна прогностична и предиктивна информация.

Съвременният технологичен напредък дава възможност за детайлно изследване на това заболяване на молекулярно ниво. Две са основните молекулярни класификации на стомашен карцином: Asian Cancer Research Group (ACRG) и The Cancer Genome

Atlas (TCGA). И двете представляват широкомащабни, мултиинституционални проучвания, характеризиращи молекулярно-генетични промени при стомашен карцином, целящи разбиране на биологията на заболяването за идентифициране на нови терапевтични възможности.

Заключение:

От изключително значение е една работеща класификация да притежава структура, позволяваща включване на съвременни диагностични, прогностични и предиктивни биомаркери, необходими за адекватен избор на персонализирано лечение.

Ключови думи: стомашен карцином, молекулярна класификация.

COMMON HEPATIC ARTERY ПОДХОД ПРИ СЛОЖНИ ЛАПАРОСКОПСКИ ДИСТАЛНИ ПАНКРЕАТЕКТОМИИ

*И. Такоров¹, Ц. Луканова¹, С. Симеоновски¹, Д. Вълчева¹, С. Ценов¹, Е. Тодорова¹,
М. Абрашева²*

¹Първа клиника по коремна хирургия, ВМА – София

²Клиника по анестезиология и интензивно лечение, ВМА – София

Увод: Лапароскопската дистална панкреатектомия (ЛДП) е златният стандарт при хирургичното лечение на симптоматични бенигнени, премалигнени и малигнени лезии на тялото и опашката на панкреаса. В някои от случаите тази оперативна интервенция е технически трудноизпълнима. В тези ситуации най-лесно отграничимия анатомичен ориентир е артерия хепатика комунис (АХК).

Цел: Представяне на нашия опит при лапароскопска дистална панкреатектомия и хирургичен подход.

Материал и метод: За периода 01. 10. 2018 г. – 01. 10. 2023 г. при 25 пациенти е извършена ЛДП в Първа клиника по коремна хирургия на ВМА – София. Демографските характеристики, данните от патохистологичните изследвания, интраоперативните данни и постоперативните усложнения на пациенти с бенигнени, премалигнени и малигнени лезии на тялото и опашката на панкреаса са включени и разгледани ретроспективно.

Резултати: При 40% от минимално

инвазивните случаи е използван common hepatic artery (СНА) подход (n=10). Средното оперативно време е 180 минути за стандартните и спленосъхраняващите ЛДП и 183 минути при пациентите с СНА подход. Средната кръвозагуба и постоперативен болничен престой са съответно: 207 мл, 108 мл и 140 мл и 7, 8 и 7 дни за пациентите със стандартна ЛДП, спленосъхраняваща ЛДП и при тези със СНА подход. Общият процент на постоперативна заболяемост е 4% (n=1) при стандартните ЛДП и 0% при спленосъхраняващите ЛДП и при пациентите с СНА подход. Средната обща преживяемост е респективно 53, 55 и 54 месеца.

Изводи: Лапароскопската дистална панкреатектомия понякога води до значителни интраоперативни затруднения, като идентифицирането на артерия хепатика комунис напътства хирурга в извършването на безопасна оперативна интервенция.

Ключови думи: артерия хепатика комунис; лапароскопска дистална панкреатектомия; минимално инвазивен подход.

ПРЕДИМСТВА НА ХОЛМИУМ ЛАЗЕР ТРАНСУРЕТРАЛНА РЕЗЕКЦИЯ, СРАВНЕНА С БИПОЛЯРНАТА ТРАНСУРЕТРАЛНА РЕЗЕКЦИЯ НА ТУМОРИ НА ПИКОЧНИЯ МЕХУР С РАЗМЕР НАД 3 CM

М. Тахчиев

Клиника по урология, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Увод: Работът на пикочния мехур (РПМ) представлява нарастващ проблем на здравеопазването в световен мащаб. Във времена на ограничени бюджети и застаряващо общество са необходими нови стратегии за трансуретрално лечение на РПМ. Лазерните устройства, използвани за изпаряване на тумора и/или резекция en bloc, предоставят алтернатива на стандартната биполарна трансуретрална резекция (ТУТУР).

Цел: Представяне на предимствата на Холмиум лазер резекцията на тумори на пикочния мехур (ХолТУТУР) спрямо биполарната трансуретрална резекция на туморите на пикочния мехур с размер над 3 cm (ТУТУР).

Материал и методи: Сто осемдесет и двама пациенти (182) с първичен мускулнонеинвазивен рак на пикочния мехур с размер над 3 cm са лекувани с ХолТУТУР или биполарна ТУТУР (контролна група) за периода 1 януари 2019 г. – 31 декември 2021 г. и са разпределени в две групи. Изследвани са интраоперативните и следоперативните характеристики и усложненията на пациентите, лекувани по двата метода. Като параметри на анализа са използвани времетраенето на операцията, наличие на обтураторен синдром, перфорация на пикочния мехур, времето за постоперативна катетеризация, болничен престой и проследяване в първите 1, 3, 6 и 12 месеца.

Резултати: От направения анализ за тумори над 3 cm средното оперативно време е 25 мин., което е значително по-малко, сравнено с конвенционалната трансуретрална резекция (45 мин.). В изследваната група пациенти, лекувани с биполарна ХолТУТУР, има по-малко интраоперативни и следоперативни усложнения, както следва:

- рефлекс на обтураторния нерв (0%) при лекуваните пациенти с ХолТУТУР. Отсъствие на усложнението се обяснява с характера на светлинната енергия, която не стимулира обтураторния нерв. В контролната група, лекувани с ТУТУР, това усложнение се наблюдава при 30 пациенти (32,7%);

- хематурия, налагаща оперативна ревизия, се установява при 1 пациент (1,09 %) и в двете групи пациенти;

- хематурия, налагаща хемотрансфузия, се установява при 1 пациент (1,09%) за групата с ХолТУТУР и при 2-ма пациенти (2,18%) в контролната група с ТУТУР;

- постоперативна стриктура се установява при 6-има пациенти (6,59%) в групата, лекувана с биполарна ХолТУТУР, и при 15 пациенти (16,35%) в контролната група с ТУТУР;

Постоперативната катетеризация при 68 пациенти от групата, лекувана с ХолТУТУР (75%), е продължила 1 ден, 23-ма пациенти (25%) са били с катетър повече от един ден. При втората група катетеризацията при 30 (32,7%) пациенти е продължила 1 ден, докато при останалите 61 (67,3%) е продължила повече от ден. На този етап ХолТУТУР не показва предимства за намаляване рецидивността на туморите спрямо конвенционалната биполарна трансуретрална резекция при проследяването до 12-ия месец.

Заклучение: Предимствата на ХоТУТУР спрямо конвенционалната ТУТУР са в няколко посоки – безопасност, високата терапевтична ефективност и качество на живот на болния.

Лечението изисква индивидуален подход при отчитане на риск, полза и личен избор на пациента.

Ключови думи: рак на пикочния мехур, биполарна ТУТУР, ХоТУТУР.

ИМПЛАНТ-АСОЦИИРАН ЛИМФОМ НА ГЪРДА – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ ОТ СЪДЕБНО-МЕДИЦИНСКАТА ПРАКТИКА

В. Митова¹, М. Д. Плачкова¹, А. М. Чанталийска¹, О. Албаяти¹, И. Гаврилов¹, Р. Хаджиев²

¹Клиника по гръдна хирургия, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

²Катедра „Съдебна медицина“, Софийски университет „Св. Климент Охридски“

Увод: Имплант-асоциираният лимфом на гърда (BIA-ALCL) е анапластичен едроклетъчен лимфом. Той е рядък Т-клетъчен лимфом, представляващ 0,5% от всички злокачествени заболявания на гърдата, което го прави труден за диагностициране. Като цяло BIA-ALCL има благоприятна прогноза, но в около 4% от случаите заболяването завършва фатално.

Цел:

Представяне характеристиките на имплант-асоциирани лимфоми на гърдата и анализ на възможните пропуски при диагностиката и тяхното лечение.

Материал и метод:

Докладва се клиничен случай на пациентка с BIA-ALCL, станал обект на съдебно-медицинско обследване поради ненавременна коректно поставена диагноза и пропуските в лечебно-диагностичния план.

Резултати:

Установени се редица диагностични и лечебни пропуски в съдебно-медицински случай, отнасящ се до 42-годишна пациентка с наличие на гръдни импланти от 4 години.

Поради наблюдавана асиметрия след

проведени изследвания (ехография и МРТ на двете гърди) е доказано наличие на течна колекция около левия имплант. Пациентката е оставена под наблюдение в продължение на 2 години. Следват 2 операции, включващи първо смяна на имплантите, след което цялостното им премахване, без постигане на чисти резекционни линии при премахване на капсулата. Пациентката преминава пълен курс химиотерапия. Не е проведено лъчение, което е отбелязано като терапевтичен пропуск в съдебно-медицинската експертиза.

Изводи:

Съдебно-медицинската експертиза при казуси, отнасящи се до редки заболявания, е предизвикателство. Спазването на приетите алгоритми за поведение и правилата за добра медицинска практика, както и тяхното детайлно отразяване в документацията е ключов момент за предотвратяване на съдебно-медицински искове, особено при комплицирани клинични случаи.

Ключови думи: имплант-асоцииран лимфом, гърда, съдебно-медицинско обследване.

ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЛОКАЛНО АВАНСИРАЛ ПЛОСКОКЛЕТЪЧЕН КАРЦИНОМ В САКРАЛНА ОБЛАСТ – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

В. Георгиев

Клиника по обща и коремна хирургия, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Кожните карциноми са най-често срещаните злокачествени тумори в напреднала възраст. Плоскоклетъчният кожен карцином е на второ място по честота в тази група след базоцелуларния карцином. Повечето обикновени плоскоклетъчни кожни карциноми успешно се лекуват хирургично чрез радикална ексцизия, чиято основна цел е постигането на чисти резекционни граници, а на второ място максимално добри козметични и функционални резултати. За съжаление, все още не разполагаме с утвърдени гайдлайни за лечение на авансиралите случаи. Хирургичното лечение на авансиралите плоскоклетъчни карциноми е част от комплексното лечение. То среща

редица предизвикателства и следва да се извършва от опитен екип с възможности за сложни реконструктивни интервенции. Представяме клиничен случай на пациент с дългогодишно negliжиран плоскоклетъчен карцином в сакрална област, при когото се налага оперативно лечение в условията на отложена спешност по витални индикации без предварителна хистологична верификация. Получен е голям дефект, който налага реконструктивно възстановяване по метода на двустранен key stone flap.

Ключови думи: плоскоклетъчен кожен карцином, реконструкция на дефекти, авансирал плоскоклетъчен карцином.

ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД ХИРУРГА В СЪВРЕМЕННОТО ЛЕЧЕНИЕ НА БАЗОЦЕЛУЛАРЕН КАРЦИНОМ

В. Георгиев

Клиника по обща и коремна хирургия, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Базоцелуларният карцином (БЦК) съставлява около 75% от всички кожни злокачествени тумори. Той е най-честото злокачествено заболяване при бялата раса, като се смята, че честотата му е подценена поради голям брой случаи, които остават недиагностицирани или се лекуват с локална терапия или деструкция без хистологична верификация. БЦК често се negliжира поради бавната си еволюция, ниския метастатичен потенциал и сравнително лесната терапия в ранен стадий. Авансиралите случаи са редки, като са за сметка основно на локално авансирални случаи, а регионалните и далечни метастази са изключение. Разположени в критични

области, дори и малки по размер тумори могат да бъдат предизвикателство пред хирурга. По тази причина TNM класификацията на солидните тумори не отразява адекватно еволюцията и риска от БЦК.

Европейската асоциация по дермато-онкология (EADO) предлага една практична класификация, която разделя БЦК на лесен за лечение и труден за лечение с допълнително разделяне на подгрупи. Представяме предизвикателствата при оперативното лечение на БЦК в различните стадии според класификацията на EADO.

Ключови думи: базоцелуларен карцином, хирургично лечение, пластично възстановяване.

СТРАТЕГИИ В ЛЕЧЕНИЕТО НА МЕТАСТАТИЧЕН МЕЛАНОМ – АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ, БАЗИРАНИ НА РЕГИСТЪР EUMELAREG

M. Weichenthal

Изпълнителен директор на Европейския меланомен регистър (EUMelaReg) и съпредседател на групата за дерматологична класификация ICD-11 към СЗО Университетска болница „Шлезвиг-Холщайн“, Кил, Германия

Европейският меланомен регистър (EUMelaReg) представлява мултидисциплинарно сътрудничество в регистър на европейско ниво с цел събиране и научно оценяване на висококачествени клинични данни от ежедневната практика за заболяването малигнен меланом и други видове кожен рак. Научният фокус на този регистър включва широка гама от епидемиологични данни, клинична информация за лечение и аспекти на здравната икономика. EUMelaReg е многостранен научен проект, фокусиран върху лечението на пациенти със злокачествен меланом и немеланомни кожни тумори, с

водеща цел подобряване терапевтичните резултати и грижа за пациентите. Усилия в EUMelaReg обединяват 17 страни членки с към над 14700 регистрирани случаи. От 2021 г. Българската асоциация по дермато-онкология стана партньор на EUMelaReg и създаде Български меланомен регистър – BGMelaReg. Представяме заничими научни проекти от колаборацията ни с фундаментални резултати и отговори на въпроси, ключови за практиката и успешното лечение на пациентите с меланом.

Ключови думи: малигнен меланом, метастатичен малигнен меланом, Европейски меланомен регистър, EUMelaReg.

АНАЛИЗ НА ДЕМОГРАФСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ПАЦИЕНТИТЕ С МЕТАСТАТИЧЕН МАЛИГНЕН МЕЛАНОМ В БЪЛГАРСКИЯ МЕЛАНОМЕН РЕГИСТЪР BGMELAREG

И. Гаевилова

Клиника по онкодерматология, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Малигненият меланом (ММ) е сериозно заболяване с трайно покачваща се заболяемост. Липсата на качествен контрол и ефективна регистрация на случаите след 2017 г. в БНRP доведе до невъзможност за проследяване на реалния брой пациенти, както и за извършване на достоверен анализ на спецификите на заболяването и терапевтичните резултати в страната. През 2021 г. у нас бе основан Български меланомен регистър като част от най-големия Европейския меланомен регистър EUMelaReg.

Представяме демографски анализ на данните от първия по рода си меланомен регистър у нас – BGMelaReg. Резултатите илюстрират редица предизвикателства пред онкологичната общност, породени от децентрализацията в лечението на

ММ. Установихме тревожно висок и нереалистичен процент на пациенти с неизвестно първично огнище – 8,5%, смятано за изключително рядка форма, превалиране на нодуларните форми с 16,2 пъти по-често от най-честия в световен мащаб хистологичен вид – повърхностно разпространяващия се ММ. Това, в комбинация с категоричното подмладяване на пациентите с ММ у нас, дори и в напреднал стадий и значително по-чест BRAF мутирал профил като лош прогностичен белег, демонстрира остра нужда от повишаване усилията за ранна диагностика в експертни центрове и прецизно лечение, съобразно актуалните международни препоръки.

Ключови думи: малигнен меланом, Български меланомен регистър, BGMelaReg, демографски характеристики.

АДЮВАНТНА ИМУНОТЕРАПИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С РАНЕН ВИСОКОРИСКОВ МАЛИГНЕН КОЖЕН МЕЛАНОМ – СОБСТВЕН ОПИТ НА КЛИНИКА ПО МЕДИЦИНСКА ОНКОЛОГИЯ, УСБАЛО „ПРОФ. ИВАН ЧЕРНОЗЕМСКИ“, СОФИЯ

А. Герасимов, А. Консулова, И. Панджарова, С. Велчова, С. Тунчева, М. Мусин, Ц. Йорданов, С. Йорданов

Клиника по медицинска онкология, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Основно значение при определяне на риска от рецидив след резекция на малигнен кожен меланом има началното стадиране на болестта. Според 8-та версия на системата за стадиране на AJCC първични меланомни лезии с размер над 4 мм или такива с размер над 2 мм, но с наличие на разязвяване (стадии IIb и IIc), както и такива, при които има засягане на регионален лимфен възел, независимо от размера на първичната лезия (стадий III), се класифицират като високорискови.

Рискът от рецидив на болестта след радикална ексцизия в стадий IIb възлиза на 32% и достига 46% в IIc стадий, като рецидивите настъпват в рамките на първите 2 години след начално оперативно лечение. Този висок риск от рецидив мотивира провеждане на адювантна системна терапия след радикалното оперативно лечение, независимо от ранния стадий на болестта. Провеждане на 12-месечна адювантна терапия с имунен чекпойнт инхибитор в стадий IIb и IIc редуцира риска от рецидив и поява на далечни метастази с близо 40%. Единственият към момента одобрен и

реимбурсиран имунен чекпойнт инхибитор за адювантно лечение на високорисков ранен малигнен кожен меланом – pembrolizumab, навлиза в клиничната практика в България във втората половина на 2023 година.

В Клиника по медицинска онкология на УСБАЛ по онкология „Проф. Иван Черноземски“, София, адювантно лечение на пациенти с малигнен кожен меланом, стадиран в ранните високорискови стадии IIb и IIc, стартира от м. 07. 2023 г.

Настоящата публикация и презентация ще представи практическия опит на клиниката с pembrolizumab при тази пациентска подгрупа за периода юли 2023 – март 2024 г., като ще бъдат коментирани локално установените процеси на диагноза и стадиране, общият брой на лекуваните с pembrolizumab като монотерапия, броят на ранните високорискови пациенти, отчетените отговори от лечение, продължителността на лечение и наблюдаваната поносимост.

Ключови думи: малигнен меланом, висок риск, ранен стадий, имунотерапия, адювантно лечение, опит.

ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ СЛЕД РАДИКАЛНА ПРОСТАТЕКТОМИЯ ПРИ ЛОКАЛИЗИРАН ИЛИ ЛОКАЛНО АВАНСИРАЛ ПРОСТАТЕН КАРЦИНОМ

В. Първанова¹, Б. Генова¹, Д. Кацаров¹, И. Михайлова¹, А. Балабанова¹, В. Любомиров¹,
К. Кунин¹, Г. Радева¹, Т. Атанасов²

¹Клиника по лъчелечение, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

²Отдел „Проекти и програми“, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Увод: Следоперативното лъчелечение (СЛЛ) при радикална простатектомия (РП) остава с неизяснени докрай правила по отношение на показанията, времето на прилагане и мишенните обеми. Независимо от докладваната (непосредствено след ЛЛ) по-висока токсичност, качеството на живот на болните се подобрява след 5-ата година. Съвременното образно и нуклеарно медицинско стадиране, биопсични техники и нарастващата оперативна активност при болни в групи с умерен и висок риск не намалиха честотата на позитивните резекционни линии (13–35%) и нарастването на патологичния стадий. Разнообразието от показания за СЛЛ при РП обяснява трудностите за определяне на стандартно поведение при тези болни.

Цел: Ретроспективен анализ на лечебните резултати при локализиран или локално-авансиран простатен карцином след радикална простатектомия и следоперативно лъчелечение (СЛЛ).

Материал и метод: В периода 01. 2015 – 12. 2020 г. в КЛЛ е проведено СЛЛ при 72 болни с РП, осъществена предимно в УСБАЛО, ВМА и МВР болница. Средната възраст на болните е 66,5 г. (51 до 82 г.), като 50/72 от тях са на възраст <70 г. при ср. възраст 63,68 г. и 22/72 болни са ≥70 г. при ср. възраст 72,9 г. Предоперативната стойност на инициалното ПСА (иПСА) ≤10 ng/ml е установена при 41,6% (30/72) от болните със ср. стойност 7,13 ng/ml и при 58,4% (42/72) иПСА е ≥11 при ср. стойност 26,16 ng/ml. Патологичен pT1–pT2 стадий се наблюдава при 19,4% (14/72) от болните и предимно pT3–pT4 при 80,6% (58/72) от тях с метастатично засягане на регионалните лимфни възли (pN+) при 15,2% (11/72). След РП ср. сума по Глисън (GS) е 7,18, като GS₆ се среща при 15,2% (11/72), и при 84,8% (61/72) GS₇ до 9, както и позитивна (R+) резекционна линия при 5/72 (6,94%) от болните. Към нисък и умерен риск принадлежат 17/72 (23,6%) от болните, а към висок риск са значителна

част 55/72, или 76,4%.

Обемът на облъчване и размерът на лечебната доза са определяни индивидуално – в зависимост от степента на риска, туморния обем – R1, R2 или образно видимия рецидив, както и следоперативните стойности на соПСА до 6-ия месец или установена биохимична прогресия в хода на наблюдението. Периодът от РП до включване на ЛЛ е в рамките на 1 до 31 месеца (ср. 7 м.) Проследяват се зависимости от възрастта над/под 70 г., признаците на тумора и периода до прилагане на ЛЛ при преживелите и починалите болни.

Резултати: По данни на НРР всички 72 болни са проследени ср. 68 месеца или 5,6 години. Преживелите 88,9% (64/72) от болните са проследени от 37 до 95 месеца (ср. 71 м.), или 5,9 г. При умираанията по всяка причина на 11,1% (8/72) от болните периодът на проследяване е от 8 до 61 месеца (ср. 43 м.), или 3,6 г., като при 2-ма от тях причината е карцином на простатната жлеза, при останалите все още не са постъпили данни в НРР за друга причина за смърт. Облъчването на тазовите ЛВ при болните с pN+, както и на дефинитивна доза при pR+, изравнява лечебните резултати, сравнено с високорисковите, но pN0 и pR0 болни. ЛЛ при преживелите болни в проучването стартира в рамките ср. до 5-ия следоперативен месец, в сравнение с починалите болни, ср. след 9-ия месец.

Изводи: Независимо от добавянето на ЛЛ при болни след РП, възрастта <70 г., ср. стойност на инициалното ПСА ≥ 11, pT3 - pT4, GS ≥7, или общо болните с висок риск, определят по-незадоволителни резултати. Употребата на адювантно ЛЛ след РП при високорисковите болни очаква проспективни проучвания, както и медикаментозно лечение. Нашето изследване посочва принос към лечебните резултати при включване на СЛЛ до 6-ия месец от РП.

Ключови думи: радикална простатектомия, следоперативно лъчелечение.

СЛЕДОПЕРАТИВНО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ ДВУСТРАНЕН КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНА ЖЛЕЗА – ПОНОСИМОСТ И ТОКСИЧНОСТ

С. Лалова, Р. Иванова, И. Михайлова, А. Балабанова, Д. Джамбазова
Клиника по лъчелечение, УСБАЛО „Проф. Иван Черномоземски“, София

Увод: Синхронният двустранен карцином на млечната жлеза е с честота 1–3,5% от новодиагностицираните злокачествени заболявания на гърдата. Едновременно облъчване на двете млечни жлези осигурява по-кратко лечебно време при ниска токсичност за здравите тъкани.

Цел: Оценка на непосредствената токсичност при едноетапно следоперативно лъчелечение за двете гърди/гърдни стени и при необходимост на регионалните лимфни възли на специализиран ускорител за хеликална томотерапия.

Материал и метод: В периода септември 2019 г. – април 2024 г. по повод диагностициран двустранен карцином на гърдите е проведено следоперативно лъчелечение (ЛЛ) едновременно и за двете гърди при 18 болни на ср. възраст 59,6 г. (от 45 до 78 г.). Със запазваща гърдите операция са 13 болни и с мастектомия – 5 болни. Патологичният pT pN стадий показва следното разпределение: pT1 – 61,1%, pT2 – 33,3% и pT3 – 5,6%, съобразно статуса на РЛВ, като N0 са определени 38,9% и като N+ – 61,1% от болните.

Молекулярните подтипове на карцинома са, както следва: хормонално позитивен без HER2 експресия – при 10 болни, хормонално позитивен със HER2 експресия – 1, тройно негативен карцином – при 2 болни, хормонално негативен с HER2 експресия – при 2 болни, като при 3 от болните рецепторният статус е различен за двете гърди. С инвазивен

дуктален карцином са 88,8%, с лобуларен карцином – 5,6%, и със смесена хистология – 5,6% от болните. Всички проследени пациенти са провели следоперативно лъчелечение за гърдата/гърдната стена +/- РЛВ, съобразно протокола на клиниката на уредба за хеликална томотерапия. Реализирана е предписана дневна доза от 1,8–2 Gy до лечебна доза от 45–50 Gy. Оценена е острата токсичност и поносимост спрямо критериите на CTCAE v.5.0.

Резултати: Всички болни са завършили следоперативното лъчелечение за областта на двете млечни жлези +/- регионалните лимфни възли без прекъсване с добра поносимост. Наблюдавана е остра хематологична токсичност – левкопения, лимфопения и тромбоцитопения в степен, неналагаща прекъсване на облъчванията. Кожната реакция в облъчваната зона при всички болни е първа степен – еритем, неизискващ локално лечение.

Изводи: Едновременно облъчване на двете млечни жлези при двустранен карцином на гърдата на уредбата за хеликална томотерапия осигурява точност, ниска токсичност, съкращаване на лечелечебния курс в сравнение с последователното облъчване и при необходимост бързо интегриране на системното лечение.

Ключови думи: първично двустранен карцином на млечни жлези, следоперативно лъчелечение, томотерапия.

ПЪЛЕН ЛОКАЛЕН ОТГОВОР СЛЕД 3-D ИНТРАКАВИТАРНА БРАХИТЕРАПИЯ КАТО ЧАСТ ОТ ДЕФИНИТИВНОТО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ В КАРЦИНОМА НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Б. Генова¹, Н. Николов², Г. Радева¹, К. Кунин¹, А. Балабанова¹

¹Клиника по лъчелечение, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

²Клиника по гинекология, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Увод: Интракавитарната брахитерапия е незаменим метод в дефинитивното лъчелечение (ЛЛ) на локално авансирания карцином на маточната шийка (КМШ). Посредством високия локален контрол и нисък токсичен профил, методът осигурява значително повишаване на общата преживяемост и е водещ лечебен метод при това заболяване от създаването на ЛЛ. За да подчертае значението на метода при КМШ, Европейската асоциация по онкогинекология (ESGO), съвместно с Европейското общество по радиологична онкология (ESTRO), публикува през 2023 г. индикаторите на качество при провеждане ЛЛ за КМШ, където 6 от 19 изисквания са свързани с добавянето на брахитерапия в лъчелечебния алгоритъм, нейното планиране и оценка на качеството на плана.

Цел: Анализ на резултатите при болни с карцином на маточната шийка след перкутанно лъчелечение за областта на малкия таз, последвано (съчетано) с интракавитарна брахитерапия.

Материал и методи: За периода 01. 2019 – 04. 2024 г. са проследени 17 болни, провели перкутанно лъчелечение (ПЛЛ) едновременно със седмична доза от 50 mg Цисплатина (ЛХЛ) и последваща интракавитарна брахитерапия (ИкБТ). Средната възраст на болните е 54,5 г. (от 42 до 71 г.). Хистологичният вариант при 16 болни е плоскоклетъчен карцином и при 1 – аденокарцином. По FIGO стадий болните са разпределени, както следва: IIa – 1, IIb – 8 и IIIC1 – 8. Статусът на регионалните лимфни възли (РЛВ) е оценен като N0 при 10 и cN1 при 7 от болните. За областта на малкия таз е реализирана доза от 50 Gy/2 Gy при 13 болни, 46 Gy при 1 и при 3-ма – 60 Gy. При 2/7 от болните с cN1 е реализирано свръхдозироване само за областите на позитивните РЛВ до 60 Gy. Едновременно ЛХЛ са провели 13 болни, като при 4, поради противопоказания или отказ, не е приложена

Цисплатина. При ИкБТ е реализирана доза 7–7,5 Gy за фракция (фр.) при 3 болни – 2 фр., при 11 – 3 фр. и при 3 болни – в 4 фр. в период средно през 5 дни. В условия на венозна анестезия в екип от анестезиолог, гинеколог и лъчетерапевт се поставя Флетчер апликатор след дилатация на цервикалната ос. При трудните за сондиране случаи е използван ехографски контрол за изключване на настъпила перфорация или неправилно поставяне на апликатора, което би повлияло върху дозиметричното планиране за покритие на мишенния обем. При всички болни е извършено 3D КТ планиране. След изготвяне на дозиметричния план за оценката му 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 критичните органи.

Резултати: При средно време на проследяване 17 месеца (264 мес.) при всички болни е установен пълен локален контрол чрез гинекологичен преглед и образно изследване и постигната 100% обща преживяемост. При две от болните с cN1 при диагнозата е докладвана прогресия за областта на парааортални лимфни възли, което е наложило тяхното облъчване. Профилът на токсичност е нисък – лъчев цистит 2 ст. при 1 пациентка.

Схемата за проследяване включва гинекологичен преглед и пер ректум на 1-ия месец, с последващ период през 4–6 мес., контролна ПЕТ/КТ на 3-ия следлечебен месец, впоследствие веднъж годишно.

Изводи: Съчетаното перкутанно лъчелечение за малкия таз с едновременно прилагане на Цисплатина и допълване на дозата до курабилна с интракавитарна брахитерапия при КМШ е изпитан и ефективен лечебен метод, към който основно се придържа клиниката в УСБАЛО,

съобразно последните препоръки на ICRU-89 и изискванията на ESGO/ESTRO за качество на лъчелечението при КМШ.

Следващата логична стъпка е въвеждане на комбинирана интракавитарна с интерстициална брахитерапия при избрани

случаи.

Ключови думи: интракавитарна брахитерапия, локално авансирал карцином на маточната шийка, дефинитивно лъчелечение.

КЛИНИЧНИ И ЕТИЧНИ АСПЕКТИ НА ГРИЖИТЕ В КРАЯ НА ЖИВОТА ПРИ ПАЦИЕНТИ С ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ В ОТДЕЛЕНИЯТА ПО ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ

А. М. Младенова, Л. Ангелов

*Отделение по анестезиология и интензивно лечение,
УСБАЛО „Проф. Иван Черномоземски“, София*

Увод: Грижите в края на живота се прилагат при хоспитализирани пациенти, при които основното заболяване вече не подлежи на лечение и които отказват активни реанимационни мероприятия. В международен план актуалните препоръки не дават еднозначен отговор за условията, при които реанимационните мероприятия за запазване на живота не се предприемат или се прекъсват. Това поставя морална и етична отговорност върху медицинските специалисти, които трябва да осигурят достоен край на живота на пациента и да предоставят подкрепа за близките.

Цел: Установяване на условията, при които се преминава към прекратяване или към отказ за започване на реанимационни мероприятия при терминално болни с онкологични заболявания в интензивно отделение и етичните аспекти на поддръжката на живота, съобразно нормативната база в България и тази в други държави.

Материал и метод: Преглед на базата данни Pubmed по ключови думи „грижа в

края на живота“, „отказ от кардиопулмонална ресусцитация“, „интензивно лечение“, „терминално болни“.

Резултати: Разгледани са проучванията ETHICUS 2 и WELPICUS. Отделен е фокус върху актуалните препоръки на Общия медицински съвет във Великобритания и Консенсусното решение на Американското дружество по интензивно лечение относно медицинската помощ при терминално болни пациенти.

Изводи: В световен мащаб не съществува единна законова рамка относно прекъсването или ограничаването на реанимационните мероприятия при терминално болни пациенти. Установяват се вариации във вида и планирането на решенията, свързани с края на живота. Разпознаването на тези различия и на причините зад тях са от основно значение за подобряване на грижата за този контингент болни и за осигуряването на достойно и лишено от страдание функциониране.

Ключови думи: грижа в края на живота, интензивно лечение, ресусцитация.

СЪЧЕТАНО ЛЪЧЕ-ХИМИОЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕДРЕБНОКЛЕТЪЧЕН СТАДИЙ III КАРЦИНОМ НА БЯЛ ДРОБ – ТОКСИЧНОСТ

Г. Радева¹, И. Михайлова¹, Д. Георгиев¹, Р. Иванова¹, И. Панджарова²

¹Клиника по лъчелечение, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

²Клиника по медицинска онкология, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Увод: Ракът на белия дроб е един от най-често срещаните видове карциноми, като 85% от хистологичните варианти са представени от недребноклетъчния карцином на бял дроб (НДКБД). Преживяемостта при болни с НДКБД в III стадий през последните години остава незадоволителна – около 37%. С цел подобряване на лечебните резултати усилията на мултидисциплинарните екипи в областта на онкологията са насочени към прилагане на нови терапевтични схеми като едновременно лъче-химиолечение, последвано от имунотерапия.

Цел: Оценка на токсичността и поносимостта при прилагане на едновременно лъче-химиолечение при болни с недребноклетъчен карцином на белия дроб в III стадий.

Материал и методи: За периода 2020–2023 г. в Клиниката по лъчелечение са лекувани общо 23 болни на средна възраст 67 г. (18 мъже и 5 жени) с недребноклетъчен карцином на белия дроб в IIIA (8 болни) и IIIB (15 болни) стадий. Хистологичните варианти на туморите са аденокарцином (11 бр.) и плоскоклетъчен карцином (12 бр.). Проведено е дефинитивно лъчелечение за първичния тумор и медиастинума 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 – веднъж седмично до максимум 6 вливания.

Резултати: Токсичността е оценена по скалата на CTCAE v.5. При проследените от нас болни е установена хематологична токсичност I степен при 11 пациенти, II степен – 1 пациент; трахеит I степен при 11 пациенти; езофагит I степен при 14 пациенти, II степен – при 1 и III степен – при 1 пациент. Прекъстване на лъчелечението се е наложило само при един от наблюдаваните болни с изявен езофагит III степен. При умерено изразени реакции (II степен) е бил редуциран броят вливания химиотерапия в хода на лечението.

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

Ключови думи: недребноклетъчен белодробен карцином, едновременно лъче-химиолечение, токсичност.

ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА КАРЦИНОМ НА БЯЛ ДРОБ В РАНИИ СТАДИИ – ВАЖНИ ПРОМЕНИ И НОВИ ХОРИЗОНТИ

И. Панджарова, А. Герасимов, С. Велчова, М. Мусин, Ц. Йорданов, С. Тунчева, С. Йорданов, А. Консулова

Клиника по медицинска онкология, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Белодробният карцином е на първо място по смъртност в световен мащаб, като недребноклетъчният карцином на белия дроб (НДКБД) представлява около 85% от всички случаи. По-голямата част от новодиагностицираните пациенти с карцином на бял дроб са в метастатичен стадий, като процентът на такива в ранен и локално авансирал е значително по-малък. Традиционно лечението в I и II стадий на тази онкологична болест започва с хирургия, но въпреки проведеното радикално лечение, пациентите продължават да имат висок риск от рецидив и смърт, което изисква провеждане на следоперативно системно лечение. Тази терапия цели да елиминира микрометастатичната болест и да превантира рецидиви. Пациенти в IA стадий нямат доказана полза от провеждане на следоперативна системна терапия, а ролята ѝ в IB стадий е спорна. Разбирането доскоро беше, че на адювантна системна терапия подлежат пациентите, при които има един или повече рискови фактори като лимфоваскуларна инвазия, слаба диференциация на тумора, атипична резекция, ангажиране на висцерална плевра или неизвестен нодален статус (Nx). Не се отчиташе ролята на предиктивните биомаркери. При II стадий се препоръчва провеждане на адювантна химиотерапия с платина-базиран дублет. При III стадий белодробен карцином поради голямата хетерогенност на групата, често се прилага мултимодален подход, включващ хирургия, системна химиотерапия и лъчелечение.

Изследването на биомаркери и добавянето на таргетна терапия към адювантната химиотерапия при пациенти

с генетични аберации в EGFR и ALK в клиничните проучвания демонстрира значително предимство по отношение на преживяемостта без болест и риска от рецидив на болестта.

Имуночекпойнт инхибиторите (ICI) революционираха терапевтичното поведение в метастатичен стадий на НДКБД, което доведе и до изтеглянето им в по-ранни стадии на лечение. Доказана бе значима полза от добавяне на имунотерапия при пациенти с IB–IIIA клиничен стадий радикално опериран НДКБД, като добавянето на анти тяло изисква експресия на PD – L1 в различна степен.

Неoadювантно поведение бе въведено като терапевтична стратегия и при белодробния карцином. Ключови цели на тази терапия са да редуцира туморния товар, да улесни последващото оперативно лечение, да се избегне пулмонектомията и/или да се подобри шанса за радикална резекция. Така комбинацията на ICI с цитотоксична химиотерапия бе въведена и в неoadювантен аспект.

Ползите от добавянето на ICI в ежедневната практика доведоха до драматична промяна в клиничното мислене в Медицинската онкология. Много от клиничните изпитвания при ранния белодробен карцином демонстрират предимство по отношение на обща преживяемост, както и увеличават шанса за радикално лечение на пациенти с по-напреднала болест.

Ключови думи: ранен рак на белия дроб, адювантна терапия, неoadювантна терапия, имунотерапия, прогностични и предиктивни биомаркери.

КЛИНИЧНА СТОЙНОСТ НА 18-FDG-PET/CT ПРИ ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА ПАЦИЕНТИ С ДИФЕРЕНЦИРАН КАРЦИНОМ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА СЛЕД 131-I-NAI ТЕРАПИЯ

К. Николова, Е. Пиперкова, Л. Чавдарова, М. Захаринов, М. Михайлова.

Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Увод: Диференцираният карцином на щитовидната жлеза (ДКЩЖ) – папиларен и фоликуларен, представлява мнозинството от всички тиреоидни неоплазии и едно от най-успешно лекуваните онкологични заболявания. Добрата прогноза е резултат на комплексното лечение и проследяване с високо чувствителни и специфични методи. В хода на заболяването високите стойности на Tg и „негативната“ 131-I-NaI са суспектни за дедиференциране на онкологичното заболяване.

Цел:

Възможности на 18-FDG-PET/CT за доказване на дедиференциран карцином на щитовидната жлеза при пациенти с биохимични данни за рецидив, повишени в динамика стойности на Tg и липса на метаболитно активни находки от сцинтиграфското изследване.

Материал и метод:

Проведено е 18-FDG-PET/CT скениране при 16 пациенти с хистологично верифициран ДКЩЖ след дългогодишна терапия и проследяване, при липса на патологични

находки на радиойодсцинтиграфия и високи стойности на Tg.

Резултати:

При 8 от изследваните 16 пациенти без убедителни данни от 131-I-NaI-SPECT/CT за рецидив или дисеминация на заболяването 18-FDG-PET/CT открива пролиферативно активни лезии в ложето на хирургично отстранената щитовидна жлеза, като 4 от тях са и с лимфонодуларно ангажиране, а 5 – с пулмонални метастази. При 6 пациенти се отчита само пулмонална с или без лимфогенна дисеминация. При двама от 16-те пациенти не се откриха патологични находки както на гама-фотонното, така и на позитронно-емисионното скениране.

Заключение: 18-FDG PET/CT е високостойностен диагностичен метод за проследяването на пациенти в целотелесен обем след изчерпване на възможностите за проследяване чрез 131-I-NaI сцинтиграфии при повишени стойности на Tg и персонализиране на терапията.

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

КАРЦИНОМ НА ГЪРДАТА И САРКОИДОЗА – ДИФЕРЕНЦИАЛНА ДИАГНОЗА И ПОВЕДЕНИЕ

В. Митова, А. М. Чанталейска, М. Д. Плачкова, О. Албаяти, И. Гаврилов
Клиника по гръдна хирургия, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Увод:

Саркоидозата е хронично възпалително мултисистемно грануломатозно заболяване, което изключително рядко засяга гърдата – при около 1%. В диференциално диагностично отношение е необходимо задължително изключване на карцином, което саркоидозата най-често имитира.

Цел: Представяне на характеристиките, диференциалната диагноза и поведението при саркоидоза на гърда, отчитайки сходната клинична картина с карцином на гърдата.

Материал и метод: Представя се клиничен случай на 73-годишна болна с формации в двете гърди след множество образни изследвания и core-биопсия, при която не може да се изключи малигнен процес. Диагнозата е саркоидоза на двете гърди с трудности при хистологичната верификация, лекувана и проследявана в Отделение по хирургия на гърда към УСБАЛ по онкология.

Резултати: Хистологичната картина показва хронична специфична

грануломатозна възпалителна реакция, представена от лимфоцити, епителоидни хистиоцити, гигантски многоядрени клетки тип Лангханс, фокална казеификация. От ИХХ изследване СК АЕ1/ЕА2 е негативен (-). При наличие на грануломи е водещо разграничаването на грануломатозни заболявания като туберкулоза, саркоидоза, грануломатоза на Вегенер или идиопатичен грануломатозен мастит, тъй като терапевтичните стратегии се различават съществено.

Изводи: Трудната диференциална клинична диагноза между саркоидоза и злокачествено заболяване на гърдата е свързана с липсваща разлика при физикален преглед и мамография. При редки болести, каквато е саркоидозата на гърдата, още повече се налага прилагане на мултидисциплинарен подход и обсъждане на диагностичния и лечебен алгоритъм.

Ключови думи: саркоидоза, карцином на гърда, диференциална диагноза.

ПЕТ/КТ ПРИ САРКОИДОЗА, ИМИТИРАЩА ОНКОЛОГИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ – КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

М. Михайлова, Е. Пиперкова, Л. Чавдарова, М. Захаринов, К. Николова
Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО „Проф. Иван Черноеземски“, София

Увод: Саркоидозата е мултисистемно възпалително заболяване с неясна етиология, чиято основна характеристика е формирането на некайзефициращи епителоклетъчни грануломи в засегнатите органи. Образните характеристики са многообразни и могат да бъдат визуализирани с множество образно-диагностични методи, включително и ПЕТ/КТ. Натрупването на флуоро-дезоксиглюкозата (18F-FDG) е неспецифично при саркоидоза и може да имитира активен онкологичен процес, което създава диференциално диагностични трудности.

Цел: Представяне на диагностичните предизвикателства при разграничаване на патологична огнищност, свързана с основното онкологично заболяване от други онкологични и възпалителни процеси.

Материал и методи: Разглеждаме два клинични случая, при които в хода на стадиране/рестадирание на първично онкологично заболяване са открити нетипични хиперметаболически огнища с необходимост от допълнително клинично уточняване и хистологична верификация.

Пациентите са проследявани с напълно дигитален 18F-FDG-PET/CT, с интерпретация на получените ПЕТ-функционални, КТ-плътностноразмерни и насложени структурни и функционални образи с изчислени количествени индекси за степен на малигненост и туморен обем (SUV, MTV, TLG и Deauville score 1-5).

Резултати:

Първият случай е пациентка с първичен карцином на лявата млечна жлеза след проведена кор-биопсия и хистологични данни за инвазивен дуктален карцином, Луминален А тип, насочена на ПЕТ/КТ с цел стадиране на онкологичното заболяване и търсене на далечна дисеминация.

Освен локо-регионално авансирания онкологичен процес, като допълнителна находка се визуализира значително повишена метаболитна активност в увеличени медиастинални и ретроперитонеални лимфни възли. Поради нехарактерната за метастатичен процес находка е препоръчано диагностично уточняване. След проведена биопсична хистологична верификация на лимфните възли се установява продуктивно ненекротизиращо грануломатозно възпаление – саркоидоза.

Вторият случай е на мъж след проведена орхиектомия по повод семинома и постоперативна лъчетерапия. На рестадирания ПЕТ/КТ с отчетен пълен контрол на заболяването локорегионално се визуализира генерализирана метаболитно-активна лимфаденопатия над и под диафрагмата, субплеврални лезии в двата бели дроба и единични фокуси в паренхимата на слезката. С оглед диференциране на прогресията на първичното онкологично заболяване от второ онкологично или възпалително заболяване е препоръчана насочена хистологична верификация. Биопсичното изследване от аксиларен лимфен възел установява специфичен ненекротизиращ лимфаденит – саркоидна реакция.

Изводи: ПЕТ/КТ като „златен“ стандарт за диагностика и проследяване на пациентите с онкологични заболявания е високо чувствителен, но неспецифичен метод за визуализиране на патологични метаболитно-активни процеси. Степента на натрупването на 18F-FDG при саркоидоза е вариабилна и може да имитира активен метастатичен процес, което е индикация за допълнително хистологично верифициране.

Ключови думи: саркоидоза, ПЕТ/КТ, онкологично заболяване.

18F-FDG-PET/CT – „ЗЛАТЕН СТАНДАРТ“ ПРИ ДИАГНОСТИЦИРАНЕ НА НЕИЗВЕСТНО ПЪРВИЧНО ОГНИЩЕ – КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

М. Захаринов, Е. Пиперкова, Л. Чавадрова, М. Михайлова

Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Увод: Туморните образувания с неизвестно първично огнище (НПО) са около 3 до 5% от онкологичните заболявания. Те се дефинират като неоплазми с хистологично доказани метастази без определен първичен тумор след конвенционални диагностични процедури – клиничен преглед, кръвни проби, КТ-стадиране.

В диагностичния процес 18F-FDG-PET/CT се утвърждава като „златен стандарт“ за локализирането на НПО поради своята висока чувствителност и специфичност за изобразяване на пролиферативно-активни туморни лезии в целотелесен обем.

Цел: Демонстриране възможностите на целотелесната 18F-FDG-PET/CT за определяне на първичния процес след верификация на метастатични лимфни възли в областта на шията.

Материал и метод: Представени са 4 клинични случая на пациенти с верифициран

плоскоклетъчен карцином, алвеоларен рабдомиосарком и нискодиференциран аденокарцином.

Изследването е проведено на напълно дигитален PET/CT-64 slice скенер Biograph Vision 450 Siemens. Изображенията са получени на 60-ата минута след апликацията на 18-FDG с коефициент 74MBq/kg.

Резултати: При проследените пациенти PET/CT идентифицира суспектни огнища за първичен тумор в тонзилите, назофаринкса и паротидната жлеза, потвърдени с последваща директна биопсия.

Заключение: 18F-FDG-PET/CT е високочувствителен диагностичен метод за откриване на НПО с последващо TNM стадиране в целотелесен хибридно-скениран обем, което оптимизира и индивидуализира успешен терапевтичен подход.

Ключови думи: НПО, 18F-FDG-PET/CT.

ПЕТ/КТ – МОНИТОРИНГ НА ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ С ОТКРИВАНЕ НА КЛИНИЧНО НЕПРОЯВЕНИ ПЪРВИЧНИ НЕОПЛАСТИЧНИ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Л. Чавдарова, К. Николова, Е. Пиперкова

Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Увод: 18F-FDG-PET/CT е стандарт в стадирането и мониторинга на редица онкологични заболявания. PET/КТ-детекция на клинично не проявена неоплазия като „случайна“ находка се среща според различни проучвания в около 0,9–5% от пациентите и оказва съществено влияние върху терапевтичния алгоритъм и прогнозата.

Цел: Демонстриране на клиничната значимост на метода чрез представяне на клинични случаи на пациенти с различни онкологични заболявания, при които рестадираща PET/КТ установява неочаквана нова първична неоплазия (Н).

Материал и метод: Представят се 6 клинични случая на пациенти с различни онкологични локализации: 2 с карцином на млечна жлеза, 1 с ГИСТ на йейунума, 1 с фибросарком на подбедрица, 1 с карцином на бъбрека, 1 с карцином на маточната шийка. Проведена е напълно дигитална full-digital-(fd)18F-FDG-PET/CT в хода на проследяване. Регистрирани са полуколичествени параметри на хиперметаболичните патологични находки с оглед последваща оценка на терапевтичен отговор. Всички пациенти са насочени за

хистологична верификация на суспектните лезии.

Резултати: fdPET/CT установява новопоявили се хиперметаболични първични неоплазии, както следва: 1) пациентка с метастазирал карцином на млечна жлеза и новооткрит (Н) карцином на ендометриума; 2) пациентка с ГИСТ на йейунума и (Н) карцином на лявата млечна жлеза; 3) пациент с фибросарком на подбедрица и (Н) тумор на тонзилата с шийна лимфаденопатия; 4) пациентка с карцином на маточната шийка и (Н) първичен карцином на белия дроб; 5) пациентка с карцином на бъбрека и (Н) карцином на млечната жлеза; 6) пациентка с карцином на млечната жлеза и (Н) двустранен овариален аденокарцином.

SUVmax на новооткритите неоплазии варира от 4,6 до 15,59, най-нисък за туморите на млечните жлези.

Изводи: PET/КТ има незаменима роля за ранна детекция на клинично не проявени първични онкологични локализации, с възможност за постигане на радикалност и подобряване прогнозата на пациентите.

Ключови думи: PET/КТ-мониторинг, клинично не проявени неоплазии.

ПЪРВИЧНА ТУМОРНА МНОЖЕСТВЕННОСТ ПРИ БОЛНИ С ПРОСТАТЕН КАРЦИНОМ, ПРОВЕЛИ РАЗЛИЧНИ ВИДОВЕ ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПО РАДИКАЛНА ПРОГРАМА

В. Първанова¹, Б. Генова¹, Р. Иванова¹, В. Любомиров¹, К. Алексиева¹, Д. Кацаров¹, И. Михайлова¹, А. Балабанова¹, К. Кунин¹, Г. Радева¹, Т. Атанасов²

¹Клиника по лъчелечение, УСБАЛО „Проф. Иван Черноеземски“, София

²Отдел „Проекти и програми“, УСБАЛО „Проф. Иван Черноеземски“, София

Увод: Първичната туморна множественост при болни с облъчване на малкия таз често се свързва с проведено облъчване в тази област. Разграничаването на спонтанно възникнал и лъчевоиндуциран карцином е невъзможно и с най-съвременни морфологични методи.

Цел: Проучване на туморната множественост при болни с различни видове облъчване по радикална програма с локализиран или локало разпространен простатен карцином.

Материал и метод: В периода 01. 2015 – 12. 2020 г. в КЛЛ са лекувани 424 болни с простатен карцином и различни видове ЛЛ, както следва: следоперативно ЛЛ – 72/424 (16,98%), дефинитивна брахитерапия (БТ) – 59/424 (13,9%), дефинитивно перкутанно ЛЛ (ПЛЛ) – 24/424 (5,7 %) в малък обем, в два обема – 197/424 (46,5%) и съчетано ЛЛ – 66/424 (15,6%). По данни на НРР е установена туморна множественост при 51/424 (12%) от болните, като при 6 от тях простатният карцином (С61) се диагностицира едновременно с друг тумор, при 16 болни като 1-ви тумор и по-често при 30 болни като 2-ри тумор, като при останалите 45 болни в последователен ред в широк интервал от време от 8 до 267 месеца (ср. 71 мес.). Анализирани са туморната множественост по локализации, както и тяхното разпределение за областта на таза и извън него – преди или след ЛЛ на простатния карцином.

Резултати: Представено е разпределени-

ето на диагностицираните тумори – едновременно с С61, преди и след неговото лечение, както следва:

Преди лъчелечението за С61 най-често са диагностицирани болни с кожен карцином (С44) – 12, пикочен мехур (С67) – 6, колон (С18) – 3, сигма (С18.7) – 3 и 4 със злокачествени хем. болести (С83, С90 и С94). След облъчване за С61 в областта на таза се установяват като втори тумор с С20 3-ма болни, с С18.7 – 1, с С67 – 1 и с С 83 (НХЛ) – 1 с медиана от 40,6 мес. (от 24 до 70 мес.).

Извън обема на облъчване разпределението на последващите тумори е: С34 – 3, С44 – 4, и по 1 болен с С09.1, С16, С25. Като предшестващи ЛЛ за С61 прави впечатление големият брой кожни карциноми – 12. От 6-те болни с тумори в таза, последвали облъчването за С61, реализираната доза е в рамките на 64–70Gy, като при 5 (1.18%) от болните е проведено дефинитивно ПЛЛ в голям и малък обем и при 1 (0.23%) болен – съчетано ЛЛ.

Изводи: От установените втори тумори в областта на таза след радикално ЛЛ за простатната жлеза критичен орган остава ректума – 3-ма болни, или 0,7% от всички 424 болни, лекувани по радикална програма за простатен карцином с период до поява от 36 до 70 месеца с медиана от 4,4 години.

Ключови думи: първична туморна множественост, простатен карцином, лъчелечение.

НАПРЕЧНО КАЛИБРИРАНЕ И НОРМАЛИЗАЦИЯ МЕЖДУ PET/CT И АВТОМАТИЧЕН ДИСПЕНСЪР – ИНЖЕКТОР ЗА ТОЧНО ОПРЕДЕЛЯНЕ НА КОЛИЧЕСТВЕНИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ТУМОРНА АГРЕСИЯ

С. Петров, Ц. Пиперов, Е. Пиперкова

Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Увод: PET/CT изображения са уникални в способността си да определят количествено степента на разпространение на радиоактивния индикатор. Така ефективността на PET/CT система влияе пряко върху клиничния резултат, което налага създаване на задълбочена програма за осигуряване на качеството.

Цел: Посочване и изпълнение на методика за максимално точна работа на новото поколение дигитални dPET/CT и автоматичен диспенсър-инжектор с цел подобряване качеството на изображенията и постигане на максимално точна клинична диагноза и оценка на терапевтичния ефект.

Материал и методи: С въвеждането на последното поколение напълно дигитален хибриден dPET/CT скенер и автоматичен диспенсър-инжектор в Клиниката по нуклеарна медицина са утвърдени методологични алгоритми за осъществяване на качествен контрол, даващи възможност за получаване на максимално качествени образи с точно определяне на количествените показатели (SUV, TLG, MTV, D-score). Посочват се и се илюстрират с образни примери, методиката

за качествен контрол, важен за максимално точно определяне на количествените показатели, и степента на натрупване на радиофармацевтика.

Резултати:

Представена е класификация по групи на технологичните показатели за по-качествено изобразяване като:

1. Предимства на напълно дигитален позитронно-емисионен томограф (dPET/CT);
2. Предимства на автоматична система за диспенсиране и инжектиране;
3. Калибриране между PET/CT и автоматична система за диспенсиране и инжектиране.

Изводи: Познаването на високотехнологичната апаратура, оптималното прилагане на качествен контрол с детайлно познаване на софтуера и хардуера са ключът за постигане на максимално качествени образи с по-точна информативност за диагнозата и коректното стадиране на болните с онкологични и неонкологични заболявания.

Ключови думи: качествен контрол, калибриране, dPET/CT, количествени показатели.

МЯСТОТО НА ИНЖЕНЕРА В ЛЪЧЕЛЕЧЕБНАТА ПРАКТИКА

С. Йорданов, Д. Кацаров

Клиника по лъчелечение, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Увод: Резултатите в лъчелечението зависят от правилното определяне на местоположението на тумора и околните здрави тъкани и органи, както и точното доставяне на предписаната доза в клиничните целеви обеми. Не по-маловажно е лечението да протече без непредвидени прекъсвания поради неизправности в машините. Това всъщност преодоляват инженерите, което осигурява надеждност и непрекъснатост на системите за планиране и облъчване на лъчелечението.

Цел: Представяне на развитието на диагностичните и терапевтичните уредби в лъчелечението и мястото на инженера в лечебния процес.

Материал и методи: Представена е историята на инженерството и по-конкретно изобретенията, свързани с медицината, чрез справка, направена в: National Library of Medicine - <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>; Science Direct-<https://www.sciencedirect.com/>; American Physical Society Site - <https://www.aps.org/>; Korean society of medical physics - <https://www.progmedphys.org/>; Institute of Physics Publishing - <https://www.sprmn.pt/>; *Обща клинична онкология* 2021; The physics of radiation therapy, second edition, Faiz M.Khan.

Личният опит като сервизен инженер, кур-

совете и обученията при различните производители са основание за анализ на действията на инженерите в зависимост от спецификата на тяхната област, както и оценката на общата картина на целия процес от производството на дадена уредба през въвеждане в експлоатация, поддържане и вземане на трудното и мотивирано решение за нейното заменяне с нова такава.

Резултати: В резултат на съвместната работа на инженери и медици в екип значителна част от трудностите при поддръжка на уредбите намаляват. Справянето е свързано с натрупан опит като сервизен инженер и разбира се, като инженер в клиника. Споделени са задачите, трудностите и най-често срещаните проблеми в ежедневната дейност на инженера, както и специфичните обучения на медицинския персонал.

Изводи: Развитието на медицината и инженерните науки вървят ръка за ръка с една-единствена цел – да се предоставя съвременно лъчелечение на уредби, които да осигуряват максимална точност при реализиране на лечебната доза в тумора при минимални увреждания на здравите тъкани при осигурена безопасност за пациента, персонала и населението въобще.

Ключови думи: инженер, лъчелечение.

ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ ТУМОРИ НА ПАРОТИДНАТА ЖЛЕЗА – ЛЕЧЕБНИ РЕЗУЛТАТИ

В. Любомиров¹, Д. Кацаров¹, И. Михайлова¹, М. Ганчева¹, К. Попов², Р. Меламед²

¹Клиника по лъчелечение, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

²Клиника по ушно-носно-гърлени болести, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“

Увод: Злокачествените паротидни тумори (ЗПТ) спадат към редките онкологични болести и оптимизирането на диагностично-лечебните алгоритми изисква специализация на лечебното заведение, каквато е налична в Отделението по УНГБ и в Клиниката по лъчелечение на УСБАЛО. Съсредоточаването на болни с тази рядка локализация на туморите е възможност за изучаване на злокачествената болест.

Цел: Ретроспективно проучване и анализ на лечебните резултати след проведено лъчелечение (ЛЛ) при болни със злокачествени паротидни тумори в зависимост от стадия на болестта, хистологията и сравняване на нашите резултати с тези в Европейски центрове.

Материал и метод: Проследени са 55 болни със злокачествени тумори на паротидната жлеза на средна възраст 59,8 г. (от 17 до 87 г.), провели перкутанно лъчелечение в УСБАЛО – София, в периода 2016–2023 г. Средният период на проследяване е 38,5 месеца (5–95 месеца). Лъчелечение след проведена паротидектомия ± шийна дисекция е проведено при 34 (61,8%) пациенти със средна доза 59,8 Gy (56–68 Gy). Дефинитивно са лекувани 14 (5,4%) болни, като средната реализирана обща доза е 66,8 Gy (60–70 Gy),

съответно палиативно лъчелечение се е наложило при 7 пациенти с реализирана доза в границите на 12–30 Gy.

Резултати: От болните, провели следоперативно ЛЛ в УСБАЛО, 8/34 (23,5%) са починали, като смъртните случаи при болните след дефинитивно ЛЛ достигат 7/14 (50%). При сравняване на преживяемостта на болните със следоперативното ЛЛ е налице ясно изразена тенденция за двукратно по-добри резултати, в сравнение с дефинитивното ЛЛ, както и сред болните с N0 спрямо pN+. Най-честият хистологичен тип на болестта е аденоидно-кистичният карцином (n=21; 31,8%), като при тези случаи се установява характерното далечно метастазиране.

Изводи: Основните негативни прогностични фактори за лечебните резултати при злокачествените паротидни тумори са отсъствието на оперативно лечение, наличието на лимфно метастазиране (N+) и неблагоприятен хистологичен вид.

Нашите резултати при болните със ЗПТ са съпоставими с водещи европейски центрове.

Ключови думи: паротидна жлеза, злокачествени тумори, лъчелечение.

НОВИ МЕТОДИ ЗА ИНТРАОПЕРАТИВНА ОЦЕНКА НА РЕЗЕКЦИОННИ ЛИНИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ ЗА РАК НА ГЪРДАТА

*В. Митова, И. Гаврилов, М. Д. Плачкова, А. М. Чанталыйска
Клиника по гръдна хирургия, Отделение по хирургия на гърда,
УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София*

Увод: В хирургична онкология постигането на чисти резекционни линии е от изключителна важност. В световен мащаб най-голям е процентът на R1 при оперативни интервенции за рак на гърдата. Това води до необходимостта от търсене на нови методи за бърза оценка на спесиментите.

Цел: Да представим иновативни методи за интраоперативна оценка на резекционните линии при операции за рак на гърдата, които могат да доведат до намаляване на броя повторни оперативни интервенции и/или локални рецидиви.

Материал и метод: Направен е анализ на иновативни методи за интраоперативна оценка на резекционните линии, използващи различни технологии за детекция на ракови клетки. Методите са сравнение по следните показатели: вид използвана технология, необходимост от специалист в съответната област за интерпретиране на резултата, достъпност (икономическа ефективност) и достоверност на получения резултат.

Резултати: Новите методи за интраоперативна оценка на резекционни линии използват най-често една от следните технологии: мобилно рентгеново отчитане; радиочестотни електрически полета за изследване на тъканта; мобилен PET-КТ, радиоактивен индикатор за откриване на метаболитно активна тъкан или технология за конфокална микроскопия на свежа тъкан. Отчитаме значителна разлика в пазарна стойност на различните методи, което определя и възможността за достъп до съответната технология.

Изводи: Въвеждането на иновативни методи за интраоперативна оценка на резекционните линии ще намали времето за изчакване, ще снижи броя на повторни оперативни интервенции с цел реексцизия и/или мастектомия и ще подобри качеството на живот на пациентите.

Ключови думи: инфилтрация, резекционни линии, рак на гърда, реексцизия, иновативни методи.

УПОТРЕБА НА СТУДЕНА АТМОСФЕРНА ПЛАЗМА ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ГЪРДАТА

В. Митова, И. Гаврилов, М. Д. Плачкова, А. М. Чанталийска
*Клиника по гръдна хирургия, Отделение по хирургия на гърда,
УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София*

Увод: Студената атмосферна плазма (САП) навлиза все по-широко в хирургията, онкологията и дерматологията. В световен мащаб се прилага най-вече при лечение на кожни заболявания и хронични рани, намаляване на жизнеспособността на туморните клетки и стимулиране на пролиферацията на стволови клетки. Тя представлява йонизиран газ, съставен от кислород, азот и водородни радикали, йони, електрони, фотони, и ултравиолетова радиация (UV-лъчи) с генериране на температура под 40 градуса.

Цел: Представяме употребата на САП при доброкачествени, възпалителни и злокачествени заболявания на гърдата, отчитайки терапевтичния отговор от приложението ѝ.

Материал и метод: Анализирахме серия от пациенти, лекувани в Отделение по хирургия на гърда към УСБАЛО, при които е прилагана САП. Като източник беше използван Plasma ONE (MEDICAL SYSTEMS®) с накрайници с подходящ размер. Продължителността на третирането е в интервал от 2 до 4 минути върху зоната на обхват на стъклената проба.

За целите на проучването използвахме специализиран софтуер, даващ възможност за изчисляване площта на третираната зона

и некротичната тъкан. Пациентите бяха третирани първо със стандартен подход според патологията, след което за същия период от време прилагаме и САП.

Резултати:

Отчитаме значително намаляване на третираната зона след приложение на САП при пациентите с възпалителни и доброкачествени заболявания на гърдата. Средната площ на засягане намалява с 2,3 пъти до 10-ия ден.

При пациентите с разязвена форма на карцином на гърда отчетохме ускоряване на кръвоспирането в комбинация с лъчелечение и намаляване на бактериалната контаминация.

Изводи:

САП се генерира при стайна температура и атмосферно налягане, което я определя като безопасна при използване върху човешки тъкани и органи. Тя води до инактивация на бактериални колонии, ускоряване на кръвосъсирването и епитализацията и стимулира апоптозата при злокачествени клетки. Въпреки това са необходими по-задълбочени проучвания за приложението ѝ, особено при злокачествени заболявания на гърдата.

Ключови думи: студена атмосферна плазма, САП.

СИСТЕМНО ЛЕЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ С КОЛОРЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ И МИКРОСАТЕЛИТНА НЕСТАБИЛНОСТ

Ц. Йорданов, М. Мусин, С. Тунчева, С. Йорданов, С. Велчова, И. Панджарова, А. Герасимов, А. Консулова

Клиника по медицинска онкология, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Въведение: Колоректалният карцином (КРК) има водеща роля за онкологичната заболеваемост, смъртност и влошено качество на живот. За 2022 г. по данни на GLOBOCAN и IARC колоректалният карцином е на трето място по обща заболеваемост след карциномите на бял дроб и гърда с приблизително 2 милиона нови случаи. По отношение на общата смъртност заема второ място след белодробния карцином като причина за онкологична смърт при 904 000 пациента в световен мащаб. Нараства с 1–4% ежегодно и честотата на колоректален карцином при пациенти под 50-годишна възраст от 2000 година насам. Безпрецедентното влияние на онкологичната болест във всички аспекти от живота на пациентите – социално-икономически, психо-социален, дори и сексуален, налага разработване на нови и оптимални стратегии на поведение като мултимодален подход на лечение.

Прилагането на мултимодален подход на лечение е в основата на грижите за пациентите с КРК, като освен основните техники на лечение, претърпява голяма промяна и последователността им като терапевтична секвенция. В напредналите стадии на болестта основно значение има системното лечение, а след идентифициране на предиктивни биомаркери стана възможно персонализирано лечение с подходящо таргетиране според линията.

Колоректален карцином и микросателитна нестабилност.

От въвеждането на тоталната мезоректална ексцизия през 1986 г. интродукцията на 5-Fu в системното лечение на колоректален карцином – стандарт от 1990 г., и лъчелечението в

следоперативен и предоперативен стадий до последователното им интегриране като част от тоталния неoadювантен подход всички те претърпяват динамично развитие с големи успехи в последните години. Системното лечение в онкологията има бурно развитие в последните 20 години с идентифициране на нови подгрупи пациенти, предиктивни биомаркери и драйверни мутации с подходящо таргетиране.

За голяма част от пациентите прогнозата се промени драматично с навлизане на имунотерапевтичните агенти. Наличие на микросателитна нестабилност, или т.нар. тумори с пострепликативен дефицит в репарация на ДНК (MSI-H/deficient mismatch repair dMMR), има различно влияние според стадия на болестта. В адювантен аспект се определя липса на полза от аХТ във втори стадий с рискови фактори спрямо динамично проследяване, докато в метастатичен стадий води до удължаване на общата преживяемост.

В презентацията ще бъдат разгледани известните предиктивни биомаркери за лечение в ранен и метастатичен стадий, ролята на микросателитната нестабилност, като ще бъдат представени и собствени данни от Клиника по медицинска онкология. Ще бъде обсъден пътят на пациента и ще бъде представен опитът на клиниката в лечението на пациенти с микросателитно нестабилен колоректален карцином с резултати по отношение на проследяване, честота, профил на токсичност и степен на отговор.

Ключови думи: колоректален карцином, имунотерапия, микросателитна нестабилност, дефицит в репарация на ДНК, системно лечение, преживяемост.

ГЛОБАЛНАТА УЧЕБНА ПРОГРАМА ПО МЕДИЦИНСКА ОНКОЛОГИЯ – ПЪТ КЪМ ИЗГРАЖДАНЕ НА СЪВРЕМЕНЕН МЕДИЦИНСКИ ОНКОЛОГ

*С. Йорданов, М. Мусин, С. Тунчева, И. Панджарова, Ц. Йорданов, М. Михайлова, С. Велчова,
А. Герасимов, А. Консулова
УСБАЛО „Проф. Иван Черноеземски“, София*

Медицинската онкология е многопластова специалност, посветена на диагностика и поведение при различните видове злокачествени солидни тумори. Системното лечение на онкологичните болести включва разнообразни класове медикаменти като химиотерапия, хормонална, прицелна, биологична терапия, имунотерапия и е обект на постоянна еволюция. Обучението по медицинска онкология цели да развие способности за специализирана оценка, управление на системна терапия и консултиране на пациенти с различни видове онкологични болести.

Специализацията по медицинска онкология включва 5 години клинични и теоретични дейности, като първите 2 години са посветени на обучение по вътрешни болести, последвани от 3 години специализирано обучение по медицинска онкология. Към момента наличната програма за обучение се базира на обща част, обобщаваща основните принципи на развитие и еволюция на онкологичните болести, както и на специализирана част, фокусирана върху различните нозологични единици.

Първата световна учебна програма по медицинска онкология е създадена през 2004 г. от Европейското общество по медицинска онкология (ESMO) и Американското общество по клинична онкология (ASCO). Акцентира се на необходимостта от обучение на специализиращите лекари според доказателствената медицина и международните препоръки в съответствие с международните стандарти и националните особености, както и на възможността за

периодично обновяване.

Последната актуална версия на тази програма е от 2023 г. Нейна особеност е, че всеки раздел/ подраздел е структуриран аналогично и съдържа три направления, които специализантът трябва да придобие: (1) обобщено описание на обхвата на компетентност; (2) детайлен анализ на всички диагностични и терапевтични компетентности; (3) детайлен списък на всички изисквани практически умения и способности.

Програмата включва разнообразни тематични модули, които обхващат диагностика и лечение на различни видове солидни тумори. Това е общият път за придобиване на специалност медицинска онкология, като включва обширна теоретична и практическа подготовка.

Тази програма е стандартизирана и удобна за всички участници в обучителния процес - институции, преподаватели и специализанти. Тяхната роля и квалификация са ясно дефинирани, като се поставя фокус върху научната дейност, самообразованието и развитието на критичен анализ. Тя обхваща всички аспекти на онкологичната грижа и се актуализира редовно. Програмата осигурява интелектуална среда за придобиване на знания, умения и клинична преценка. Тя насърчава отговорността и постоянното усъвършенстване на специалистите в медицинската онкология – философия, която вече е активна и в България.

Ключови думи: медицинска онкология, специализация, ESMO, ASCO, глобална програма, продължаващо медицинско обучение.

ОНКОЛОГИЧНИ БОЛЕСТИ И КОАГУЛАЦИЯ – КОАГУЛАЦИОННИ НАРУШЕНИЯ, МЕХАНИЗМИ, КЛИНИЧНИ ПОСЛЕДИЦИ И ТЕРАПЕВТИЧНИ СТРАТЕГИИ ЗА ОПТИМИЗИРАНЕ НА ГРИЖАТА ЗА ПАЦИЕНТИ С ОНКОЛОГИЧНИ БОЛЕСТИ

С. Велчова, И. Панджарова, А. Герасимов, С. Тунчева, Ц. Йорданов, М. Мусин, С. Йорданов, А. Консулова

Клиника по медицинска онкология, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, София

Коагулационните нарушения представляват предизвикателство при лечението на пациенти с онкологични болести. Те могат да повлияят както на прогнозата, така и на резултатите от лечението. Тромбоемболизъмът при пациенти със солидни тумори все още е сериозен здравен проблем и е водеща причина за онкологична смъртност. През последните 20 години статистиката показва трикратно увеличение на тромбоемболичните инциденти сред пациенти с онкологични болести, като тяхната честота е деветократно по-голяма спрямо общата популация. Други често срещани аномалии на кръвосъсирването са венозен тромбоемболизъм (VTE), дисеминирана интраваскуларна коагулация (DIC) и артериална тромбоемболия (ATE). Рискът от ATE/VTE е завишен сред онкологично болните, независимо от възрастта, като смъртността е трикратно по-висока в сравнение с общата популация.

Състояние на хиперкоагулация е отличителен белег при злокачествените болести, предизвикана от редица специфични протромботични свойства на туморните клетки, които активират каскадата на кръвосъсирване. Тези свойства включват експресия и освобождаване на прокоагулантни молекули, активиране на тромбоцити, левкоцити и ендотелни клетки,

което повишава техния прокоагулантен потенциал, както и активира ендотела от противоракови лекарства. Провеждане на антикоагулантната терапия още от диагноза и в хода на противотуморно лечение са стратегии за първична/вторична профилактика, както и лечение при развито усложнение. В настоящата презентация ще бъдат разгледани профилактичните и терапевтичните стратегии за превенция, лечение на хиперкоагулопатиите при солидни онкологични болести, както и препоръките на ESMO и Международното дружество по хемостаза и тромбоза. Ще бъдат обсъдени факторите, свързани с общото състояние и коморбидността на пациента, характеристиките на онкологичната му болест, както и с механизмите на действие на системното противотуморно лекарствено лечение. Специален фокус ще бъде поставен и върху рисковете от това лечение, тяхната оценка и менажиране, значението на сърдечно-съдовите болести, кардиоонкологията и новата концепция за т.нар. обратна кардиоонкология.

Ключови думи: хиперкоагулация, венозен тромбоемболизъм, дисеминирана интраваскуларна коагулация, артериална тромбоемболия, кардиоонкология, антикоагуланти

ВИРУСИ В ОНКОЛОГИЯТА – ОТ ОБИЧАЙНИ ЗАПОДОЗРЕНИ ДО ПОТЕНЦИАЛНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ АГЕНТИ

Р. Алеаксandroва

*Институт по експериментална морфология, патология и антропология с музей
Българска академия на науките, София, България*

Инфекциозни агенти от различни категории са разпознати като причинители на над 15% от раковите заболявания, а повече от 10% се приписват на вируси. Сред тях се открояват HBV, HCV, HPV, EBV и HTLV-1, а напоследък, потенциалната онкогенна активност на хепатит Е вируса (HEV) привлича интереса на специалистите. Изследва се и антитуморният потенциал на вирусите, използвани като вектори в генната терапия или онколитични вируси (ов).

Онколитичните вируси са наречени така, тъй като избирателно заразяват и лизират злокачествено трансформирани клетки, без да засягат околните здрави клетки. Селективността на действието им се свързва с различни фактори, включително някои особености в биологията и поведението на раковите клетки, които са устойчиви на апоптоза и бягат от имунния отговор на организма. Ов не само директно разрушават раковите клетки, но и стимулират способността на имунната система да ги разпознава и унищожава.

В ролята на онколитични агенти могат да влязат: 1) див тип вируси, които не са патогенни за нормалните човешки клетки, но репликацията им се осъществява в ракови клетки; 2) модифицирани вируси – ваксинални вируси и вируси, в чийто геном целенасочено са вмъкнати или изтрети гени. Сред

основните препятствия, които ограничават активността и приложението на онколитичните вируси са антивирусните защитни механизми на гостоприемника, както и физически бариери в леглото на тумора.

Първият и единствен към момента онколитичен вирус, получил разрешение през 2015 г. за клинично приложение от FDA и EMA, е T-VEC (Talimogene Laherparepvec) – генетично модифициран човешки херпесен вирус тип 1 (HHV-1, HSV-1), секретиращ цитокина GM-CSF. Предназначен е за лечение на неоперабилен метастатичен меланом. Три други ОВ са получили зелена светлина за медицинска употреба в Латвия през 2004 г. (ECHO-7 вирус за приложение при меланом, впоследствие е изтеглен от клиничната практика), в Китай през 2005 г. (Аденовирус H101 за неоплазии в областта на главата и шията) и в Япония през 2021 г. (модифициран HSV-1 за приложение при мултиформен глиобластом).

Редица кандидати за онколитични вируси се намират в различни стадии на предклинични и клинични проучвания. Надежди се възлагат на комбинираното им приложение със съществуващите терапии за ракови заболявания.

Ключови думи: тумори, вируси/онколитични вируси, терапия/имунотерапия.

СЕСТРИНСКА СЕСИЈА

РЕЗЮМЕТА

ПРОФИЛАКТИКА И ПРЕВЕНЦИЯ ПРИ РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА. СКРИНИНГОВА ПРОГРАМА И ВАКСИНАЦИЯ

Б. Иванова, В. Колева
КОЦ – Враца

Въведение: Ракът на маточната шийка е четвъртият най-разпространен вид рак сред жените в целия свят. Според статистическите данни за 2023 г. България е трета по заболяемост и четвърта по смъртност от рак на маточната шийка в Европа. Безспорно това са тревожни данни, които алармират за неотложна промяна в профилактиката и превенцията на заболяването. Факт е, че почти всички случаи на рак на маточната шийка са причинени от човешки папиломен вирус (HPV), както и че почти половината от болелите са жени между 35 и 55-годишна възраст.

Заболяването прогресира бързо, като ранните симптоми са почти неуловими. Различни са методите за прилагане на скрининг, както и концепциите за активна профилактика, но е важно да се отбележи, че при ранна диагностика и прилагане на правилно комплексно лечение 5-годишната преживяемост сред болелите е над 65%. Ключов елемент в първичната профилактика на рак на маточната шийка е прилагането на ваксина срещу HPV вируса. Ваксинация срещу HPV съществува от 2006 година и от реалната практика вече има достатъчно данни за ваксиналната ефективност от страните с високо ваксинално покритие. Над 160 държави и територии в световен мащаб имат действащи програми за ваксинация

срещу HPV, но към момента България не е сред тях.

Цели:

- Представяне същността на заболяването – рак на маточната шийка. Симптоми, диагностика и лечение.
- Запознаване с рисковите фактори и превенция на заболяването. Видове скрининг.
- Анализ на методите за профилактика на заболяването в България.
- Същност и приложение на ваксината срещу HPV вирус.

Изводи и заключения: Ракът на маточната шийка е глобално предизвикателство и фактът, че има разработена и масово прилагана ваксина срещу основния причинител на заболяването, е частична победа в борбата с рака. От изключителна важност е прилагането на ранна скринингова програма и активна профилактика. Здравното възпитание сред подрастващото население със сигурност би довело до намаляване и ограничаване на рисковите фактори, провокиращи заболяването. Добре подбраната и поднесена информация за същността на заболяването, профилактиката и лечението му е основна отговорност на специалистите по здравни грижи.

Ключови думи: рак на маточната шийка, скрининг, HPV-ваксина.

ДИНАМИЧНА БЪБРЕЧНА СЦИНТИГРАФИЯ, СЪЧЕТАНА С ХИБРИДНА SPECT/CT – ТЕХНОЛОГИЧЕН ПОДХОД И КЛИНИЧНО ЗНАЧЕНИЕ

В. Драгнева, Н. Ласкова, Е. Пиперкова, М. Михайлова

Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО „Проф. Иван Черноемски“ ЕАД, София

Увод:

Динамичната бъбречна сцинтиграфия е нуклеарномедицински метод за оценка на перфузията и разделителната секреторно-екскреторна функция на бъбреците при различни онкологични и бенигнни заболявания с възможност за допълващо хибридно структурно-функционално доуточняване на патологични находки.

Цел:

Запознаване с нуклеарно-медицинския технологичен подход, клиничните индикации и отговорностите на медицинската сестра (МС) и рентгеновия лаборант (РЛ) при провеждане на динамична бъбречна сцинтиграфия, съчетана с хибридна SPECT/CT, при болни с онкологични и неонкологични заболявания.

Материал и метод:

Използват се радиофармацевтици (РФ) с различни механизми за натрупване и екскреция, интра- и екстраренална динамика, маркирани с ^{99m}Tc (- DTPA ; -MAG3/EC; - DMSA). В деня на изследването пациентът трябва да е добре хидратиран и да не е приемал диуретици.

Резултати:

МС записват пациентите за изследването след лекарско назначение. Разясняват им

подготовката, начина на провеждане на изследването, необходимите документи. РЛ позиционира пациента на масата за скениране по гръб с ръце над главата. Колиматорът се центрира на нивото на лумбалния отдел. РФ се инжектира от МС болусно i.v. под колиматора. Скенирането на пациента се извършва по установен протокол, в динамичен режим, веднага след инжектирането на РФ, с продължителност 20–30 минути. Суровите данни се изпращат електронно към лекаря специалист по НМ за последваща обработка.

След провеждане на хибридна SPECT/CT, образите се реконструират първично от РЛ и се изпращат за пост-процесинг от лекар нуклеарен медик.

Изводи:

Познаването на метода за провеждане на динамичната бъбречна сцинтиграфия, както и подготовката и уменията на МС и рентгеновите лаборанти за точно изпълнение на диагностичния алгоритъм, е от съществено значение за осигуряване на високо качество на изследването, комфорта и спокойствието на пациента.

Ключови думи: динамична бъбречна сцинтиграфия, SPECT/CT, РФ, медицинска сестра, рентгенов лаборант.

ЗНАЧЕНИЕ НА ПРАВИЛНАТА ПОДГОТОВКА НА ПАЦИЕНТА ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА 18F-FDG-PET/CT ЗА ПОСТИГАНЕ НА КАЧЕСТВЕН ОБРАЗ И ТОЧНА ДИАГНОСТИКА

В. Демидов, Е. Пиперкова, М. Михайлова, С. Петров,

Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО „Проф. Иван Черноеземски“ ЕАД, София

Увод:

ПЕТ/КТ е „златен стандарт“ в диагностиката и мониторинга на онкологичните заболявания, подпомага диагностиката в случаите, когато конвенционалните образни изследвания показват неубедителни и противоречиви резултати.

Цел:

Да представим ролята на рентгеновия лаборант (РЛ) в подготовката на пациента за провеждане на ПЕТ/КТ, в зависимост от вида на онкологичното заболяване и индивидуалните характеристики на пациента, за постигане на максимална диагностична точност в стадирането, отчитане ефекта от терапията и дългосрочното проследяване, при оптимални параметри за скениране и минимално лъчево натоварване на пациентите.

Материал и методи:

Представят се трима пациенти, преминали ПЕТ/КТ хибридно сканиране, неспазили необходимата подготовка. Записването на пациент за ПЕТ/СТ изследване в Клиниката по нуклеарна медицина към УСБАЛО се прави на място, с пълен набор медицински документи.

Инструктажът за изследването включва:

1. Липса на активна физическа дейност по възможност 2–3 дни преди датата на изследването;

2. В деня преди изследването –

лека вечеря, при нужда прием на лаксатив;

3. По преценка на лекаря специалист – прием на перорален контраст;

4. Провеждане на гладно, с добра хидратация и термален комфорт, специфична подготовка при диабетно болните.

Резултати:

При представените трима пациенти не са спазени инструкциите за подготовка с повлияване качеството на образите, както следва:

1. Пациент с карцином на гърдата – с артефактно активирана кафява мастна тъкан;

2. Пациент със сарком – с прекомерна физическа активност преди изследването и хиперметаболизъм в мускулатура.

3. Пациент с карцином на тестиса, приел силно-въглехидратна храна преди инжектирането на 18F-FDG.

Изводи:

Ролята на рентгеновия лаборант при подготовката на пациентите с онкологични заболявания за провеждане на 18F-FDG/PET/CT е от съществено значение за получаване на висококачествени образи, при минимално лъчево натоварване за пациента.

Ключови думи: подготовка, 18F-FDG/PET/CT, РЛ.

СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ УПОТРЕБА НА СТУДЕНА АТМОСФЕРНА ПЛАЗМА

М. Шейнова, Е. Козарова, В. Митова

Клиника по гръдна хирургия, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“ ЕАД, София

Увод:

Студената атмосферна плазма (САП) представлява йонизиран газ, съставен от кислород, азот и водородни радикали, йони, електрони, фотони, и ултравиолетова радиация (UV-лъчи) с генериране на температура под 40 градуса. Тя се прилага основно при лечение на кожни заболявания и хронични рани, намаляване на жизнеспособността на туморните клетки и стимулиране на пролиферацията на стволови клетки.

Цел:

Да представим приложението на САП при заболявания на гърдата, отчитайки сестринските грижи, свързани с употребата ѝ.

Материал и метод:

Представяме основните принципи за поддръжка и употреба на САП в Отделение по хирургия на гърда към УСБАЛО. Като източник на САП се използва Plasma ONE (MEDICAL SYSTEMS®, Германия) с крайници с подходящ размер. Продължителността на третиране е в интервал от 2 до 4 минути върху зоната на обхват на стъклената проба.

Резултати:

САП се генерира при стайна температура и атмосферно налягане, което я определя като безопасна при използване върху човешки тъкани и органи. Употребата на плазмата не изисква постоянно хранване. Обработваната площ се третира с антисептичен разтвор преди началото на експозицията. Стъклените проби за многократно употреба дават възможност за лесна поддръжка и не изискват допълнителен финансов ресурс.

САП води до инактивация на бактериални колонии, ускоряване на кръвосъсирването и епитализацията и стимулира апоптозата при злокачествени клетки.

Изводи:

САП започва все по-широко да се употребява в онкологията, хирургията, дерматологията и гастроентерологията. Поддръжката на генератора не изисква специални сертификати, което я прави на практика използвана от всеки специалист по здравни грижи.

Ключови думи: студена атмосферна плазма, САП, здравни грижи.

НАБЛЮДЕНИЕ И СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ЧЕРНОДРОБНИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

М. Христова, К. Костова

Клиника по чернодробно-панкреатична хирургия и трансплантология, ВМА, София

Увод: Трансплантацията е високоспециализирана дейност извършвана от мултидисциплинарен екип от специалисти. Добрият изход на чернодробната трансплантация зависи от добрата колаборация на всички звена, вземащи участие в трансплантационния процес.

Медицинската сестра е активен участник в този процес както при подготовката на пациента и извършване на самата трансплантация, така и в грижите за реципиента в следоперативния период.

Методи:

Следоперативният период обхваща периода след извеждане на пациента от операционната зала и превеждането му в КАИЛ или специализирана хирургична клиника. Следоперативно реципиентът се настанява в специално приготвен стерил бокс, придружаван от квалифицирана медицинска сестра.

Резултати:

Сестринските грижи включват: наблюдение на антропометричните показатели, изчисляване на водно-електролитния баланс, ежедневно качествено и количествено отчитане на отделенията от НГС, дренажи, диуреза, дефекация, следене на кръвни показатели, прилагане на инфузионна и имуносупресивна терапия, наблюдение на правилния хранителен режим, рехабилитация, осигуряване на психоемоционален комфорт на реципиента. От голямо значение е спазването на правилата за асептика и антисептика.

Изводи:

Чернодробната трансплантация дава втори шанс за добро качество на живот и социална реинтеграция.

Ключови думи: чернодробна трансплантация, реципиент, сестрински грижи, следоперативен период, втори шанс.

ИЛЕОСТОМАТА – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО ПРЕД МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ И ПРЕД ПАЦИЕНТА

К. Костова, М. Христова

Клиника по чернодробно-панкреатична хирургия и трансплантология, ВМА, София

Увод: Илеостомата е отвор за илеума на тънкото черво през коремната стена. Тя може да бъде временна или постоянна в зависимост от причините, наложили извеждането ѝ. Такива могат да бъдат: възпалително заболяване на червата, като улцерозен колит или болест на Крон; наследствена аденоматозна полипоза; обструкция на червата; вродени дефекти на червата; увреждания на долната част на корема вследствие от лъчево лечение; дивертикулит; илеус; нараняване, карцином на дебелото черво или ректума и др.

Материал и методи: Извеждането на илеостома води със себе си и до негативни фактори, част от които са: смущения във водно-електролитния баланс и парастомални раздразнения на кожата. Те от своя страна водят до: необходимост от рехоспитализация; повишаване на болничните разходи; влошаване качеството на живот на пациентите и др. Грижи за илеостомата включват всички дейности по полагане на грижи за стомата и е екипна дейност, в която

най-голяма роля има медицинската сестра! Прилагането на ефективни здравни грижи в голяма степен зависи от компетентността и професионализма именно на медицинската сестра.

Резултати: Здравните грижи за наблюдение и грижи за илеостомата са от най-голямо значение в следоперативния период и включват: наблюдение, хигиенен, хранителен и двигателен режим, спазване правилата за асептика, обучение на пациента за правилно самостоятелно сменяне на колекторната система, оказване на морална помощ не само на пациента, но и на неговите близки.

Изводи: Обучените медицински сестри са от първостепенно значение при осигуряване на експертна и психологическа помощ в подобряване качеството на живот на пациенти с илеостома.

Ключови думи: илеостома, парастомални раздразнения на кожата, ефективни здравни грижи, обучени медицински сестри.

ПРИЛОЖЕНИЕ НА РАЗДЕЛНАТА ИНТУБАЦИЯ И ЕДНОБЕЛОДРОБНАТА ВЕНТИЛАЦИЯ В АНЕСТЕЗИОЛОГИЯТА И ИНТЕНЗИВНОТО ЛЕЧЕНИЕ

С. Димова, М. Василева

ОАИЛ, УСБАЛО „Проф. Иван Черноемски“ ЕАД, София

Увод: Техниките за разделна белодробна интубация се използват широко, за да позволят еднобелодробна вентилация (OLV) при пациенти, подложени на оперативни интервенции на бял дроб, хранопровод, аорта, медиастиnum, както и в интензивното лечение. С увеличаването на броя на минимално инвазивните комбинирани лапароскопско-торакоскопски процедури за операции на горен стомашно-чревен тракт използването на интраоперативната белодробна вентилация се разпространи извън операционните зали за гръдна хирургия. Следователно доброто познаване на различните налични техники за започването и поддържането ѝ е от съществено значение в анестезиологията.

Материал и методи: Повече от половин век „златният стандарт“ за постигането на

белодробно разделяне е използването на двулуменна тръба (DLT).

Изводи: Показанията за вентилация на един бял дроб се класифицират като абсолютни или относителни, като трябва да се прави разлика между белодробна изолация и белодробно разделяне. Първите включват животозастрашаващи усложнения, при които здравия бял дроб трябва да бъде предпазен от контаминация, като например масивно кървене, абсцес, бронхо-плеврални фистули или при бронхопулмонален лаваж. Вторите са свързани преди всичко с осигуряването на добър хирургичен достъп при диагностични и терапевтични процедури, които изискват колабирал бял дроб.

Ключови думи: разделна интубация, еднобелодробна вентилация, двулуменна тръба.

СПЕЦИФИЧНИ СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С БУЛОЗНА ЕПИДЕРМОЛИЗА. КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

*С. Лишкова, С. Чабракова, Из. Георгиева,
Клиника по онкологична хирургия – УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ ЕАД, Плевен*

Увод: Булозната епидермолиза обединява генетични автоимунни кожни заболявания. Характеризира се с фражилност на кожата и лигавиците. При леко триене или докосване кожата се разранява. Поради тази уязвимост често наричат булозната епидермолиза „Пеперудена болест“. При някои подтипове могат да се появят мехури и по вътрешните органи. Честотата на булозната епидермолиза в България е 1 на всеки 17 000 раждания.

Обсъждане: Касае се за мъж на 36 г. с тежка дистрофична булозна епидермолиза от раждането, с трудно зарастващи рани, ерозии и мехури по кожата на цялото тяло, което води неконтролируемо развитие на плоскоклетъчен карцином с агресивен характер.

Локален статус: туморна формация 7/5 см в диаметър с изразен инфилтрат, надигнати ръбове над околната кожа и хиперкератична

повърхност, засягаща кожата в лява пателарна област. По този повод пациентът постъпва в Клиника по онкологична хирургия за оперативно лечение – ексцизия на кожната лезия. Беше изготвен индивидуален сестрински план за пациента. Управлението на сестринските грижи в пред- и следоперативния период протече гладко.

Резултати: Пациентът бе изписан с подобрение. Адекватни грижи, които следваха плана, дадоха удовлетворяващи резултати за целия екип.

Диагностиката, грижите, симптоматичното лечение на раните и ерозиите налагат необходимостта от въвеждането на строг алгоритъм и нуждата от висококвалифицирани специалисти, част от които са специалистите по здравни грижи.

Ключови думи: булозна епидермолиза, кожни ерозии, сестрински грижи, пред- и следоперативен период.

КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА С МЕТАСТАЗИ В СТОМАХА. КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

*К. Димитрова, Н. Димитрова
СБАЛОЗ – Варна*

Увод:

Ракът или карциномът на гърдата е злокачествен (малигнен) тумор, който в началото е ограничен само в гърдата.

Метастатичен рак на гърдата – по лимфен път първа стъпка е „заселването“ на туморните клетки в регионалните близкостоящи лимфни възли. За гърдата това са лимфните възли в подмишничната ямка (аксилата). При разпространение извън тези органи (примерно кости, черен дроб и др.) стадият е „метастатичен“ и огнищата на рака извън гърдата се наричат далечни

метастази или вторични огнища. Най-често засегнатите „далечни“ органи са кости, черен дроб, бели дробове и мозък.

Клиничен случай от практиката в СБАЛОЗ – Варна:

- анамнеза;
- статус;
- параклиника и мамография;
- лечение;
- следоперативно поведение.

Ключови думи: карцином на гърдата, метастази, следоперативно поведение.

ЕФЕКТИВНО УПРАВЛЕНИЕ НА СИМПТОМИТЕ ПРИ ПАЦЕНТИ С МАЛИГНЕН АСЦИТ

Б. Велева, А. Евтимова, Из. Георгиева

Клиника по онкологична хирургия, УМБАЛ „Д-р Г. Странски“, Плевен

Въведение: Асцитът представлява натрупване на свободна подвижна течност в коремната кухина. В повечето случаи (>80%) е причинен от чернодробна цироза с портална хипертония, а по-рядко (<10%) настъпва в резултат на злокачествени заболявания. Малигненият асцит се свързва с албуминов дефицит и с вторично засягане на перитонеума. Лечението е симптоматично (палиация) и изисква тясно сътрудничество между специалисти по здравни грижи и лекари (хирурзи, онколози, гастроентеролози и други).

Цел: Целта на настоящия доклад е да представим ролята на медицинските сестри при пациенти с малигнен асцит.

Дискусия: Ролята на медицинските сестри в здравните грижи за болни с малигнен асцит включва следните аспекти:

- проследяване и оценка на степента на асцита;
- управление на симптоми като болка, задух, отоци (съгласно лекарските назначения);

- проследяване на хемодинамични показатели, дишането (задух) и диурезата;

- парентерална корекция на хипоалбуминемията и следене за реакции;

- подготовка, асистирание и наблюдение на пациентите с коремни пункции и поставяне на постоянни дренажни системи при тежки рекурентни асцити;

- осигуряване на емоционална подкрепа и даване на полезни съвети на пациента и неговите близки.

Заключение: Специалистите по здравни грижи имат важна роля в управлението на симптомите и общата грижа за пациенти с малигнен асцит. Тяхната компетентност, емпатия и координирана грижа са от съществено значение за подобряване на качеството на живот и резултатите от лечението за тези пациенти.

Ключови думи: асцит, онкологични заболявания, медицински сестри, управление на симптомите, парентерално лечение, палиативни грижи.

ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ РЯДЪК ИНТРАМЕДУЛАРЕН ТУМОР В ЛУМБАЛЕН ОТДЕЛ. КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

В. Костова, Г. Игнева

Клиника по лъчелечение, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“ – София

Увод:

Диагнозата при интрамедуларните тумори е трудна поради припокриване на неврологичната симптоматика с тази при често срещаните дегенеративни или възпалителни заболявания в тази област. Опереативното лечение е деликатно, за да се избегне груб неврологичен дефицит, което определя и честите R1 ексцизии, налагащи последващо лъчелечение.

Цел:

Запознаване със случай от онкологичната практика при интрамедуларен тумор.

Материал и метод:

През ноември 2023 г. поради болки в лумбална област, водещи до невъзможност за извършване на двигателни движения, е предприета медикаментозна терапия с незначително подобрение. Последва МРТ на торако-лумбален отдел на гръбначния стълб и установена интрамедуларна туморна формация.

Болният Ц. П. П., на 45 години, постъпва за лечение в неврохирургична клиника, където в рамките на 3 дни претърпява две операции през м. декември 2023 г., като се налага повторната ексцизия поради остатъчна формация, даваща силно изразени парестезии в седалищната област. Поради невъзможност за пълно отстраняване на хистологично доказан епендимом 2-ра степен по СЗО се назначава следоперативно облъчване. Използвана е техника на модулирано по интензитет

лъчелечение на линеен ускорител. Обемът включва с осигурителната зона по дължина на гръбначния стълб за областта от Th10 до L3, като в трансверзален план обхваща медуларния канал и незначителна част от телата на прешлените. Реализирана е лечебна доза от 50 Gy при дневна доза 2 Gy 5 пъти седмично. Прилагана е и дехидратираща терапия с дексаметазон по 4 мг за профилактика на интрамедуларен оток в хода на лъчелечението с намаляващи дози през ден след приключване на облъчването.

Резултати:

Данните от контролната магнитно-резонансна томография месец след края на облъчването сочат за стационариране на процеса. Парестезиите в седалищната част са с тенденция към изчерпване, както и възникналото кортизолово акне по капилициума. Дадена препоръка за проследяване 1 път годишно с МРТ след предварителен неврологичен статус.

Изводи:

Целта на следоперативното лъчелечение при персистиращи туморни формации на интрамедуларни високодиференцирани тумори, какъвто е епендимом 2-ра ст. по СЗО, е спиране растежа на тумора и предотвратяване на последващи рецидиви с подобряване и изчезване на неврологичната симптоматика.

Ключови думи: интрамедуларен епендимом 2-ра степен, следоперативно лъчелечение.

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“ 2024 г.

УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, ЕАД, София – 1797, 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

ИЗПРАТЕТЕ НА АДРЕС: УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“, ЕАД, 1797 – София, ул. „Пловдивско поле“ № 6, БИБЛИОТЕКАТА

За въпроси, свързани с абонамента и получаването на списанията, се обръщайте към С. Събчева – тел. 02-8076-293.