



ОНКОЛОГИЯ

53

ONCOLOGIA

1/2025

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

РЕЗЮМЕТА НА ДОКЛАДИ

ЗА

**XV ЮБИЛЕЙНА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ
ПО ОНКОЛОГИЯ**

**20–22 юни 2025 г.
хотел „Св. Иван Рилски“**

Банско

РЕЗЮМЕТА НА ДОКЛАДИ**ЗА****XV ЮБИЛЕЙНА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ОНКОЛОГИЯ****20–22 юни 2025 г.****хотел „Св. Иван Рилски“****Банско**

1. Резюмета на доклади – основна сесия	3
2. Резюмета на постери – основна сесия	36
3. Резюмета на доклади – специалисти по здравни грижи	45

**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

РЕЗЮМЕТА НА ДОКЛАДИ ОСНОВНА СЕСИЯ

НОВОСТИ ОТ КОНГРЕСА НА EUROPEAN SOCIETY FOR RADIOTHERAPY AND ONCOLOGY (ESTRO), 2-6 MAY 2025, VIENNA ПЛЕНАРНА ЛЕКЦИЯ

Михайлова И.

Клиника по лъчелечение, УСБАЛО "Проф. Иван Черноземски" – ЕАД, София

УВОД: Ежегодно срещата на европейската асоциация по лъчелечение и онкология се състои в една от водещите страни на специалността. ESTRO е основана през 1980 г. от петима млади далновидни специалисти – Клаас Бройр, Йежи Айнхорн, Майкъл Пекам, Морис Тубиана и Емануел ван дер Шурен. Събдната е мечтата радиационната онкология (лъчелечение или радиотерапия) да бъде самостоятелна специалност чрез отделно общество, обединяващо всички участващи дисциплини: клиника, физика, биология и технологии. От 1982 г. е организиран годишен конгрес с високо научно качество и една година по-късно стартира Green Journal за разпространение на изследванията в областта на лъчелечението. Третият приоритет на основателите на ESTRO е създаване на образователна структура за преодоляване липсата на специално обучение по радиационна онкология в много части на Европа, а именно всеобхватно обучение чрез добре известното училище на ESTRO.

ЦЕЛ: Представяне на новостите от конгреса на **ESTRO 2025** (European Society for Radiotherapy and Oncology), състоял се във Виена от 2 до 6 май 2025 г.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Основните акценти на събитието са: обучение на млади специалисти – лекари, физици, инженери и рентгенови лаборанти в отделни сесии. Представяне на основни теми по локализации на туморния процес, заседания на онкологични бордове за осъвременяване

на протоколите за лечение и разбира се, изложба на нови технологии в областта на радиационната онкология, представяни на голяма площ.

РЕЗУЛТАТИ: техники и нови схеми за лъчелечение при карцином на гърдата, провеждане на частично органно облъчване на млечната жлеза с оглед намаляване на късните лъчеви реакции, едновременно прилагане на нови системни терапии с лъчелечението, органосъхраняващи стратегии при карцином на ректума, поведение при олигометастатична болест, осъвременяване на протокола за лечение на ендометриален карцином, лъчелечение с тежки частици – протони и тежки йони, пространствено фракционирано лъчелечение, нови образни методи, използвани в лъчелечението, използване на изкуствен интелект, спасително лъчелечение и др.

ИЗВОДИ: Разглежданите теми са водени от една цел – да се прилага съвременно и безопасно лъчелечение, съобразно базираната на доказателства медицина. Всички професионалисти и заинтересовани страни, участващи в дисциплината, имат своя глас в ESTRO и допринасят за дейностите и реализиране на неговата визия. Това доведе до неизбежното разрастване на ESTRO, превръщайки го в референтна мрежа за професионалисти в онкологията на страните в Европа и извън нея.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: ESTRO 2025, radiation oncology

ТЕРАНОСТИКА КАТО КОМПЛЕКСЕН МОЛЕКУЛЯРНО-МЕТАБОЛИТЕН, ДИАГНОСТИЧНО-ТЕРАПЕВТИЧЕН, НУКЛЕАРНО-МЕДИЦИНСКИ ПРИНОС В КЛИНИЧНАТА ОНКОЛОГИЯ

Пиперкова Е.

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

УЧЕБНА ЦЕЛ: Тера(г)ностиката (Theranostics) е комбинация от диагностика и терапия, при която едновременно се съчетава максимално специфично метаболитно диагностично хибридно изобразяване и синхронна неинтервенционална метаболитна радионуклидна терапия на злокачествени заболявания, с прилагане на радиофармацевтици (РФ), таргетни към туморните клетки, биологично активни молекули и субстанции, маркирани с един и същ или с различни радионуклиди (РН), със смесено лъчение, свързани с посочените идентични туморотропни биомаркери. Наред с класическия пример за тераностика с радиоiod-свързани РФ (с един общ РН-131-I-Nal), навлизат нови радионуклиди с алфа (223Ra-Chloride “Xofigo”) или бета лъчение (153Sm-EDTMP “Quadrimed”, 177Lu – PSMA или 177Lu-DOTATOC) за таргетна МРНТ, съчетани с гама-емитери (99mTc-свързан с химични или биологично активни молекули, 123-I-Nal) или с позитронна емисия (18Fluor или 68Gallium) за метаболитна радионуклидна терапия, които се свързват с туморотропни биомаркери: специфични молекули, антитела или рецептори за образуване и комерсиално предлагане в съвременната нуклеарно-медицинска фармакопея. Презентирана е дефиниция на понятието тераностика, посочват се приносите на този диагностично-терапевтичен, неинтервенционален подход

за индивидуализирано лечение, предикция и подобряване на прогнозата на онкологичните заболявания, най-често в напреднал стадий, с нови тераностични РН и РФ.

ДИСКУСИЯ: Посочва се смисълът, същността и индикациите за тераностиката, нейната ефективност, без интервенционалност, максимално щадящи за пациентите, с високо-технологична, специфична, метаболитно-хибридна SPECT/CT или PET/CT диагностика и едновременно лечение с точна предикция на очаквания терапевтичен отговор, чрез представяне на клинични примери от собствената и световната клинична практика.

ИЗВОДИ: Тераностичният подход би подобрил диагностиката и би допринесъл за по-специфична, индивидуализирана, неинтервенционална терапия, за подобряване на прогнозата, преживяемостта и качеството на живот при пациенти с метастатично-авансирани злокачествени заболявания: диференциран карцином на щитовидната жлеза, метастатичен карцином на простатната жлеза, карцином на гърдата, метастатичните невро-ендокринни и ектодермални тумори, хепато-целуларния карцином или неподдаващи се на друга терапия метастази на черния дроб.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: тераностика, SPECT/CT, PET/CT, радионуклидна метаболитна терапия.

СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ТЕНДЕНЦИИТЕ ПРИ КАРЦИНОМ НА ГЪРДАТА ЗА ЕДНО ДЕСЕТИЛЕНИЕ

Митова В., М. Д. Плачкова, И. Гаврилов

Клиника по гръдна хирургия, Отделение по хирургия на гърда,
УСБАЛО „Проф. Иван Черноеземски“ – ЕАД, София

УВОД: Ракът на гърдата продължава да бъде най-честото онкологично заболяване сред жените в света. Отчита се повишаване в заболеваемостта през последните четири десетилетия, като всяка година честота му се увеличава с около 0,5%. Това увеличаване води до промени в характеристиките на пациентите и поставя въпросът за обновяване на онкологичните стратегии и грижи за профилактика и скрининг.

ЦЕЛ: Представяне на тенденциите по отношение на възрастови групи, стадийното разпределение, биологична характеристика и лечението на карцинома на гърдата, отчитайки настъпилите промени в периода 2014 – 2024 година.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Извършен е ретроспективен сравнителен анализ на 1741 пациенти, лекувани с рак на гърдата в Отделението по хирургия на гърда в УСБАЛО, разделени в две сравними по брой групи: 1-ва гр. – 767 пациенти, лекувани през 2014 г. и 2-ра гр. - 974 пациенти, лекувани през 2024 г.

РЕЗУЛТАТИ: Отчита се нарастване на средната възраст на пациентите от 60 години в първата група през 2014 г. на 64 години във втората група през 2024 г., като същевременно с това се увеличава значително делът на пациентите във възрастовата група (41 г. - 50 г.) от 17,56% лекувани през 2014 г. на 29,86%, лекувани през 2024 г. Отчита се следното Т стадийно разпределение на пациентите лекувани през 2024 г.: T1 – 51,1%, T2 – 27,3%, T3 – 2,5%, T4 – 9,3%, T0 – 5,8%, Tis – 3,8%, Tx – 0,2%. През 2014 г. в сравнение с 2024 г. лекуваните болни в клиниката с карцином на гърдата в T1-стадий са с близо 10% по-малко, 41,06% към 51,1%, предимно поради благоприятната миграция на болните от T2-стадий, съответно 45% към 27,3%. Отчита се промяна и в биологичната характеристика на туморите.

Регистрира се значително повишаване на пациентите с фамилна обремененост от 16.16% в първата група на 27,5% във втората група през 2024 г. Трикратно е увеличението на пациентите, преминали неоадювантно системно лечение от 5.47% за 2014 г. на 16.2% през 2024 г., предвид възможностите за предлечебно ПЕТ-КТ / МРТ стадиране и съобразяване със съвременните стандарти на поведение и спазване на тимовото решение. Това рефлектира и в промяна на хирургичното поведение, като увеличаване на органозапазващите операции, включващи и онкопластични техники, намаляване на секторалните резекции с гефрир, въвеждане на нови техники като прицелна аксиларна дисекция, сентинелна биопсия чрез индоцианин грийн, селективна денервация на m. pectoralis major, като модифицирана техника при реконструкция с имплант, както и добавяне на титанизирани протезни мрежи при реконструкции.

ИЗВОДИ: Наблюдаваните благоприятни тенденции през последните 10 години по отношение на възрастови групи, образно стадиране, Т-стадийно разпределение, възможност за изследване на биомаркери, както и съществената промяна в лечението на пациентите с това заболяване, неминуемо ще доведе до очаквани по-добри лечебни и козметични резултати и възможност да се доближим до средна 5 г. преживяемост на страните в европейската общност. Така дефинираната информация може да бъде използвана в разработването на национална стратегия за профилактика и скрининг, особено при установената нарастващата фамилна обремененост на болните.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: карцином на гърдата, стадии, фамилна обремененост, неоадювантна системна терапия, оперативно лечение, сравнителен анализ.

AI ИЗКУСТВЕН ИНТЕЛЕКТ В ДИАГНОСТИКА НА КОЖНИТЕ ТУМОРИ ПЛЕНАРНА ЛЕКЦИЯ

Гаврилова И.

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

УВОД: Глобалното нарастване на случаите на кожни неоплазми, особено малигнен меланом (ММ), и подмладяването на засегнатите пациенти изискват спешни мерки за повишаване на осведомеността и подобряване на ранната диагностика.

ЦЕЛ: Анализиране потенциала на изкуствения интелект за повишаване ранната диагностика на злокачествени кожни лезии.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ: Дерматоскопията е утвърден метод за разграничаване на доброкачествени и злокачествени кожни образувания, но при пациенти с множество меланоцитни лезии остава недостатъчен. В отговор на тези предизвикателства се въвежда автоматизираното картографиране на цялото тяло (Total Body Dermoscopy – TBD), което предлага нови възможности за скрининг чрез наблюдение на цялата кожна повърхност. Системи, базирани на изкуствен интелект (ИИ) и конволюционни невронни мрежи (CNN), като 2D ATBM Master и 3D Vectra WB360, подпомагат бързото и точно откриване на нови или променени лезии. Автоматизираното картографиране на цялото тяло има висок потенциал да се превърне в рутинна помощна методика и златен стандарт в онкологичната практика,

съчетаваща научните възможности на дерматоскопията и техническия напредък, подпомаган от изкуствен интелект.

РЕЗУЛТАТИ: Проспективно проучване, при което са оценени 1690 меланоцитни лезии при 143 пациенти с висок риск от малигнен меланом, илюстрира потенциала на ИИ. При тестване върху нови клинични случаи ИИ моделът е достигнал диагностична точност от 95% за откриване на меланом, в сравнение с 86,6% средна точност на група от 21 сертифицирани дерматолози. В допълнение, при класификация на базалноклетъчен карцином AI системата е показала 90% чувствителност и 94% специфичност.

ИЗВОДИ: Тези резултати подчертават потенциала на AI за повишаване на ранната диагностика на злокачествени кожни лезии, което е от ключово значение за подобряване на прогнозата при кожните онкологични заболявания.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: изкуствен интелект, автоматизирано картографиране на тялото, целотелесно картографиране, фотофайндер диагностика, кожни тумори, малигнен меланом, ранна диагностика.

РЕТРОСПЕКТИВЕН АНАЛИЗ НА КОМПЛЕКСНОТО ТЕРАПЕВТИЧНО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ В НАПРЕДНАЛА ВЪЗРАСТ (≥ 70 ГОДИНИ) С ОНКОЛОГИЧНИ БОЛЕСТИ – ОПИТ НА КЛИНИКАТА ПО МЕДИЦИНСКА ОНКОЛОГИЯ

П. Спасов, Ц. Йорданов, М. Мусин, И. Панджарова, С. Тунчева, Х. Маркова, Т. Караниколова, И. Хасан, С. Велчова, А. Консулова

УВОД: Гериатричната онкология представлява нарастващо предизвикателство, предвид негативните демографски тенденции и идентифициране на превалиращите онкологични нозологии в тази група, както и очертаване на специфичните аспекти и проблеми на комплексното терапевтично поведение.

ЦЕЛ: Анализ и характеризиране на кохорта от пациенти на възраст ≥ 70 години, лекувани в клиниката по медицинска онкология в УСБАЛО „Проф. Иван Черноеземски“.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ: Проведен е ретроспективен анализ на всички пациенти ($N=702$) на възраст ≥ 70 години, хоспитализирани или амбулаторно лекувани в клиниката за периода 01. 01. 2024–01. 01. 2025 г. Анализирани са данни относно водещата онкологична диагноза, класифицирана съгласно Международната класификация на болестите (МКБ), както и информация за коморбидност, отразена в предоставения контекст като значим фактор.

РЕЗУЛТАТИ: Анализът на нозологичната структура при изследваната кохорта от 702 пациенти показва следното разпределение на водещите онкологични локализации: карцином на гърда (C50) $N=167$, карцином на простата (C61) $N=101$, колоректален карцином (C18 + C20) $N=95$, карцином на бял дроб (C34) $N=57$, злокачествен меланом

на кожата (C43) $N=43$ и карцином на яйчник (C56) $N=19$. Тези данни демонстрират концентрация на определени малигнени болести в популацията пациенти на възраст ≥ 70 години, като честотата на водещите локализации в анализирания период показва запазване на установени тенденции от общата популация. Представените резултати очертават онкологичния профил на пациентите в напреднала възраст в условията на специализирана клиника. Високата честота на коморбидитет, характерна за тази възрастова група, представлява съществено предизвикателство при формиране на терапевтичен алгоритъм. Комплексното поведение изисква мултидисциплинарен подход, индивидуализирана оценка на функционалния статус и нуждите на пациента, отчитане на психосоциални фактори и активно интегриране на принципите на палиативната медицина.

ИЗВОД: Балансирането между онкологичната ефикасност и терапевтичната токсичност при пациенти с редуциран функционален капацитет остава ключов проблем, изискващ задълбочена експертиза и сътрудничество между специалисти, пациенти и техните семейства.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: възраст ≥ 70 години, системно противотуморно лечение.

МЕТАБОЛИТНИ НАХОДКИ НА МИОКАРДНО FDG РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИ КЛИНИЧНО НЕПРОЯВЕНА СЪРДЕЧНА ПАТОЛОГИЯ НА ПАЦИЕНТИ, СКЕНИРАНИ С ОНКОЛОГИЧЕН ПРОТОКОЛ – 18F FDG PET/CT

Николова К., Е. Пиперкова, М. Захаринов

Клиника по нуклерна медицина, УСБАЛО "Проф. Иван Черноеземски" – ЕАД, София

УВОД: Въпреки нарастващата онкологична заболяемост в световен мащаб, сърдечните страдания остават с най-висока смъртност. 18F FDG PET/CT, като едно от често използваните нуклерномедицински изследвания за стадиране, рестадиране и проследяване на онкологичните заболявания, може да насочи към различна сърдечна патология.

ЦЕЛ: на настоящата презентация е обсъждане на различни метаболитни модели, срещани в нашата практика при диагностициране на пациенти с онкологични заболявания и насочващи за синхронна случайна находка на сърдечна болест.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД: Известно е, че за PET/CT оценка при заболяванията на миокарда е необходима специфична предварителна подготовка, целяща да намали физиологичното усвояване на FDG в миокарда, което изисква продължително гладуване (18-24 часа) или диета с високо съдържание на мазнини и ниско съдържание на въглехидрати. Имайки предвид стандартния онкологичен протокол за 18F-FDG-PET/CT, провеждан след 10–12

часово гладуване, могат да се очакват метаболитни промени и в миокарда, но непълно достатъчни според кардио-PET/CT, изискванията за прецизна оценка на глюкозния метаболизъм и миокардната жизнеспособност. Въпреки това, се обособяват различни модели на натрупване на маркираната глюкоза, насочващи към сърдечно заболяване.

РЕЗУЛТАТИ: Представяне на физиологични модели на разпределение. Повишено натрупване в предсърдието. Повишено натрупване в дясна камера. Хипертрофия на стената на миокарда на лявата камера и в цялост. Локализирано, островно повишен глюкозен метаболизъм в стената на лявата камера.

ИЗВОДИ: Познаването на метаболитните варианти на разпределение на глюкозата при 18F-FDG-PET/CT скениране, дава възможност за диагностициране на клинично не проявена, суспектна сърдечна патология и своевременно насочване на пациентите към кардиолог за консултация, лечение и предотвратяване на бъдещи усложнения.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: 18F FDG PET/CT скениране, миокардно разпределение.

ДЕФИНИТИВНО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ КАРЦИНОМ НА ПРОСТАТНАТА ЖЛЕЗА СЪС ИЛИ БЕЗ АНДРОГЕНДЕПРИВАЦИОННА ТЕРАПИЯ

Първанова В., Б. Генова, И. Михайлова, Д. Кацаров, А. Балабанова, К. Кунин,
Г. Радева, В. Любомиров, *Т. Атанасов
Клиника по лъчелечение, *Отдел „Проекти и програми“,
УСБАЛО „Проф. Иван Черноеземски“ – ЕАД, София

УВОД: Има непрекъснато нарастващо търсене за прилагане на лъчелечение (ЛЛ) при локализиран и локално напреднал карцином на простатата (КП), което позволява повишаване на дозата и минимизира рисковете от остра и късна тежка токсичност. Брахитерапията с висока мощност на дозата (HDR) се използва не само самостоятелно при болни с нисък риск, но и съчетано – комбинирано с перкутанно ЛЛ при болни с умерен и висок риск, с начало през първото десетилетие на 21. век. Реализират се високи отделни фракции в простатата, където туморите са силно чувствителни към повишаване на дозата, без да се засягат съседните тъкани, поради уникалния радиобиологичен отговор на КП, в контраст с други злокачествени заболявания.

ЦЕЛ: Анализ на лечебните резултати от прилагане на дефинитивно облъчване при болни с нисък, умерен и висок риск на простатен карцином, без далечно метастазиране със или без прилагане на неoadювантна андрогендепривационна терапия (НАДТ).

МАТЕРИАЛ И МЕТОД: Проследени са 347 болни с локализиран КП, лекувани със съвременно дефинитивно ЛЛ в периода 2015 г. – 2020 г. в УСБАЛО със или без НАДТ. Средната възраст на болните при поставяне на диагнозата е 71 г. (52–87 г.) при проследяване от 2 до 11 г. (ср. 5,5 г.). Съобразно скалата на NCCN заболяването е разпределено в нисък риск при 41 (12%) от болните, с умерен – при 127 (37%) и при 179 (52 %) е високорисково, като при 71% е прилагана НАДТ. Използваните мишенни обеми се разпределят на: малък обем за простатната жлеза при 84 (24%) от болните, при 197 (57%) голям обем за тазовите лимфни възли + малък обем с перкутанно ЛЛ и при 66 (19%) + брахитерапия. Според прилагането на НАДТ преди ЛЛ болните са

три терапевтични групи: 1. само с ЛЛ - 100 (29%) болни, 2. с краковременна от 0 до 4 мес. НАДТ + ЛЛ при 92 (26%) и 3. с ≥ 5 мес. НАДТ + ЛЛ при 155 (45%) от болните. Общо умиранията при болните на възраст над 71 г. са 19,1%, сравнени с 9,8% при тези под 70 г. Анализирани са образновидимите локални рецидиви в простатата (ЛР) или метастази в тазовите ЛВ, параорталните ЛВ (ПАЛВ) и далечно метастазиране (М), както и времето на тяхната диагноза.

РЕЗУЛТАТИ: Установена е прогресия на болестта с дата 31. 12. 2022 г. при 20 (5.8%) от болните в период от 14 до 76 мес. (ср. 39 мес.). С ЛР са 4-ма болни (2 в простатата и 2 в тазовите ЛВ), при които е проведена успешно радиохирургия и АДТ - болните са живи, при 3-ма са установени метастази в ПАЛВ с проведено палиативно ЛЛ + АДТ, един е починал, при 13 от болните с костно метастазиране – 7 са починали. Прогресия на болестта в зависимост от прилагания обем бе установена както следва: при малък обем - 5-ма (1,4%) болни, спрямо голям+малък обем с ПЛЛ - 12 (3,5%) и при съчетано ЛЛ – 3-ма (0,9%) болни. Тенденция за зависимост на прогресията на заболяването от рисковите групи по NCCN се установи при 3-ма болни (0.9%) с нисък риск, при 5-ма (1,4%) с умерен риск и във високорисковата група – при 12 (3,5%) от болните. По-разграничима е тенденцията при умиранията – общо 100 (28,8%) болни, както следва в трите групи: нисък риск 7 (2,0%), спрямо умерен – 30 (8,6%) и при високириските болни – 63 (18,2%). Напълно съпоставими са резултатите за прогресията на болестта и за умиранията и в трите изследвани терапевтични групи.

ИЗВОДИ: Прилагането на самостоятелно ЛЛ, на ЛЛ с кратковременна 0–4 месеца и над 5 месеца НАДТ, съобразено с принадлежността на болните в рисковите групи по NCCN, сочи за правилен

терапевтичен подход. Резултатите ни дават основание за препоръка да се прилага стадиране с 68-галий PSMA при болни със стойности на PSA ≥ 20 ng/ml при диагнозата за по-прецизно определяне на регионалното и далечното метастазиране, даване предимство на съчетаното ЛЛ със

свръхдозирание чрез БрТ и ограничаване на неуместно високия процент болни у нас с андрогендепривационна терапия.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: простатен карцином, нисък, умерен и висок риск, свръхдозирание чрез брахитерапия с висока мощност на дозата, андрогенрецепторни инхибитори.

МЕТАБОЛИТНА ТЕРАПИЯ С ^{177}Lu -PSMA ПРИ МЕТАСТАТИЧЕН КАСТРАЦИОННО РЕЗИСТЕНТЕН КАРЦИНОМ НА ПРОСТАТАТА – ПЪРВИ РЕЗУЛТАТИ У НАС

Маринов В.

Клиника по нуклеарна медицина, УМБАЛ “Токуда”, София

УВОД: Простатспецифичният мембранен антиген (PSMA) се експресира от по-голямата част на клинично значимите аденокарциноми на простатата, като пациентите с таргет-позитивно заболяване могат лесно да бъдат идентифицирани чрез PSMA- PET- образна диагностика.

Окончателни доказателства за безопасността и ефикасността на лечение с ^{177}Lu -PSMA в комбинация със стандартно лечение са демонстрирани при метастатичен кастрационно-резистентен карцином на простатата (КП) при установена прогресия след или по време на поне един таксанов режим и поне едно ново лекарство от андрогенната ос.

ЦЕЛ: Оценка за безопасността и ефикасността на терапията с ^{177}Lu -PSMA при пациенти с метастатичен, кастрационно-резистентен карцином на простатата след въвеждането ѝ у нас.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Изследвана е кохортата от 11 пациенти с метастатичен, кастрационно-резистентен КП в периода юли 2022 г. – април 2025 г., лекувани с персонализирана доза ^{177}Lu -PSMA. Предварителната оценка на пациентите е извършена от мултидисциплинарен екип в съответствие с публикуваните протоколи. Всеки пациент е информиран за потенциалните рискове и ползи от това лечение от експерт в съответната област и взето информирано решение да се подложи на терапията.

РЕЗУЛТАТИ: Извършени са 21 вливания на ^{177}Lu -PSMA. Броят на процедурата за един пациент варира от 1 до 6 с интервал между тях от 6–8 седмици. Приложената активност за едно вливане е в диапазона 150-217 mCi. Един от болните завърши целия курс от 6 вливания със значително намаляване на болката и забележимо понижение на серумните нива на PSA, което доведе до подобро качество на живот. Петима пациенти получиха две вливания, а останалите 5 пациенти получиха едно вливане. Трима от пациентите с едно вливане прекратиха лечението поради финансови причини - терапията е все още неимбурсирана. Първоначалните резултати показват добра поносимост с минимални или липсващи нежелани реакции.

ИЗВОДИ: Първоначалният опит на клиниката за лечение на метастатичен кастрационно-резистентен КП със ^{177}Lu -PSMA е обещаващо и с отличен профил на безопасност, което определя необходимостта лечебният метод да бъде реимбурсиран, което би позволило навременен и широк достъп на болни с метастатичен кастрационно-резистентен карцином на простатата. Необходими са допълнителни проучвания с по-големи кохорти, за да се потвърдят тези резултати.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: метастатичен кастрационно-резистентен карцином на простатата, метаболитна (радионуклидна) терапия, ^{177}Lu -PSMA.

ПЛАСТИКА НА ПИКОЧЕН МЕХУР С ПАРИЕТАЛНО ПЕРИТОНЕАЛНО ЛАМБО В УСЛОВИЯТА НА ХРОНИЧНО ТАЗОВО ВЪЗПАЛЕНИЕ – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Луков Л.

Клиника по обща и коремна хирургия на УСБАЛО “Проф. Иван Черноземски” – ЕАД, София

УВОД: Радикалната тазова онкохирургия често налага нарушаването целостта на стената на пикочния мехур с извършване на различни по обем и локус парциални резекции на органа. В повечето случаи корекциите на дефекта не представляват техническа сложност. При наличие на здрава, податлива за манипулация остатъчна мехурна стена коригирането на дефекта се извършва рутинно, с послойно зашиване. Предизвикателството при подобни интервенции произлиза от ниския вискозитет и високата химическа активност на урината, което налага постигане на педантична херметизация на пикочния мехур и надеждно дрениране на тазовата кухина, в случай на следоперативен лийк. В някои случаи мехурната стена не е така податлива на херметичен първичен шев. Хроничното ѝ възпаление, на фона на бактериална инфекция, перитуморна инфламация или предоперативно лъчелечение, може да направи реконструкцията невъзможна. В много случаи се налага извършването на цистектомия, с оглед опазването живота на болния.

ЦЕЛ: Развитие на методите за херметична пластика на пикочния мехур чрез използване на мекотъканни ламба.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Предходни оперативни интервенции в малкия таз, туморна инфилтрация, предоперативно лъчелечение и тазови инфекции, обуславят заличаването на нормалните анатомични планове на сечение в областта. В световен

мащаб се регистрират усложнения при 5–10% от оперативните интервенции на болни с гореизброените нокси, свързани с нарушаване цялостта на пикочния мехур. Представен е клиничен случай на пациент, опериран в ДЛЗ по повод карцином на ректума с ранна инсуфициенция на колоректалната анастомоза, реоперация, оформяне на тазов абсцес и везикокутанеална фистула в късния следоперативен период. Болният постъпва в Клиника по обща и коремна хирургия на УСБАЛО “Проф. Иван Черноземски” с оплаквания от обилно изтичане на урина от фистулния ход по предна коремна стена, на фона на тежка хронична уроинфекция с пиурия и оформен тазов абсцес.

РЕЗУЛТАТИ: Извършена е пластика с пълна херметизация на мехурната стена, чрез оформяне на париетално перитонеално ламбо по съседство, със запазване на хранещите го съдове, клонове на а. et v. epigastrica inferior. Корекцията на мехурната стена с педикулизиран меки тъкани по съседство позволи запазване на пикочния мехур с гладък и кратък следоперативен период.

ИЗВОДИ: Париеталното перитонеално ламбо е надежден метод за постигане на херметичност на пикочния мехур в условията на тежко локално възпаление и невъзможност за налагане на херметичен шев.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: париетално перитонеално ламбо, пластика на пикочен мехур.

ЕПИДЕМИОЛОГИЯ НА ЦЕРВИКАЛНАТА HPV ИНФЕКЦИЯ В БЪЛГАРИЯ

Ковачев С.

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

УВОД: България има популация от 3,47 милиона жени на възраст над 15 години, застрашени от карцином на маточната шийка. Този вид рак е втори по честота сред жените в България и вторият по честота във възрастовата група от 15 до 44

години. Цервикалната инфекция с Human Papillomavirus (HPV) е категорична причина за карцином на маточната шийка. Необходими са много проучвания за епидемиологията на HPV-генотиповете във всяка популация, за да се изгради концепция за периодичност

и необходимост от вторична профилактика и да се разработят съответни скринингови програми у нас.

ЦЕЛ: Проучване на специфичното национално разпространение и възрастово разпределение на високо-, средно- и нискорисковите генотипове HPV в цервикалните проби на българските жени.

МАТЕРИАЛИ МЕТОДИ: В това изследване са включени 5694 жени на възраст между 16 и 55 години от София, Пловдив, Бургас, Варна, Плевен и Видин, разделени в 4 възрастови групи: I гр. (15–24 г.), II гр. (25–34 г.), III гр. (35–44 г.) и IV гр. (45–54 г.). Извършен е стандартен гинекологичен преглед и са взети цервикални проби за HPV- изследване и цитология. Жените са изявиали желание за изследване или въз основа на цитологични и колпоскопски находки, или видими лезии (кондилом) са маркирани като имащи HPV- инфекция. При всички тях са взети и изследвани цервикални проби (секрет) за HPV в Генетична лаборатория “Геника” чрез полимеразна верижна реакция (PCR) тест и Flow-through™ хибридизация. Тестът е за високорискови HPV- генотипове: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, за умеренорискови генотипове – 53, 73, 81, 82, и нискорискови генотипове: 6, 11, 42, 43, 44, 40, 61, 54, 55, 70, 57, 71, 72, 84, 26. В проучването не са включени: бременни, диагностицирани преди това с HPV- инфекция, с имунни заболявания, анормална цитология, анамнеза за предишно хирургично или деструктивно лечение на маточната шийката, предракови състояния и HPV- ваксинирани.

РЕЗУЛТАТИ: От изследването са отпаднали 417 жени, като останалите 5277 жени, приети за 100%, са разпределени по брой, както следва: от София – 2396 жени, от Пловдив – 1163, от Варна – 839, от Бургас – 556, от Плевен – 224 и от Видин – 99 жени. Най-често за HPV инфекция са изследваните от II гр. (25–34 г.) при ср. възраст 29,2 години или 2274 (43,1%) жени. От всички изследвани 5277 жени, 3707 (70,8%) са отрицателни за HPV-инфекция и 1570 (29,2%) са положителни. Средното съотношение на позитивни/негативни в различните градове/региони е почти еднакво 29% (± 3) позитивни към 70% (± 3) негативни. Най-голям брой (%) позитивни жени са регистрирани в гр. Видин (33,3%), най-малко в гр. Пловдив (29,2%)

при несъществени разлики. Не се открива статистически значима разлика по отношение на позитивни/негативни за HPV- инфекция в изследваните градове/региони ($p=0.895$). Най-много HPV (+) жени 638 (28,1%) има във втора възрастова група, докато най-висок е процента на инфектираните спрямо здравите в първа група (33,3% инфектирани срещу 66,7% здрави). Най-ниска е честотата на инфекцията в четвърта група (18,2%). Не се открива статистическа зависимост между различните възрастови групи и честотата на инфекцията с HPV ($p=0.18$). Най-високе пикът на инфекцията с HPV в I гр. (15–24 г.). Най-често изолираният генотип от цервикалните проби е HPV16 при 687 (13%), следва HPV56 при 333 (6,3%) и HPV33 при 209 (4,0%) от жените. Най-често изолиран в градовете остава HPV16, но след него се подреждат по честота други генотипове, характерни за дадения град/регион. За всички градове превалява изолиран от нискорисковия генотип HPV 6. Единичните (един генотип на вируса) HPV инфекции в нашето изследване са в 10,4%, докато инфекциите с повече от един генотип на вируса са в 19,1%. При 400 (7,6%) от жените се изолират смесени инфекции с повече от два генотипа на HPV. Честотата на единичните (един генотип на вируса) инфекции е най-висока във II гр. (25–34 г.), докато смесените цервикални инфекции с повече от един генотип на HPV

ИЗВОДИ: Установената обща честота на цервикалните инфекции с HPV от 29,2% у нас е по-висока от световната и от тази за Източна Европа, както за цялата изследвана популация, така и поотделно за различните възрастови групи. Честотата и възрастово разпространение на цервикалната инфекция с HPV не се различават между отделните градове и в отделните възрастови групи, като най-често изолираният генотип от 6-те български града е HPV 16 (13%). Всички високо-, средно- и нискорискови генотипове на вируса, показваха определена регионална и възрастова специфичност. Това прави цервикалния скрининг, ваксинацията срещу HPV и въвеждането на тестовете за детекция на HPV в България, национално, регионално и възрастово зависими.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: HPV цервикална инфекция, честота, разпространение, възрастово разпределение, рискови генотипове, смесени инфекции.

18F-FDG-PET/СТ ПРИ КАРЦИНОМ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА – ПРЕДИМСТВА И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА

Чавдарова Л.¹, Н. Пиперкова-Славова², Е. Пиперкова¹

¹Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО „Проф. Иван Черноемски“ – ЕАД, София

²Неоклиник, София

УВОД: Карциномът на маточната шийка (КМШ) е сред водещите причини за онкологична смъртност при жените. Ревизираната класификация на FIGO включва не само клиничко-патологични, но и образно-диагностични критерии. 18F-FDG-PET/СТ има ключова роля в локорегионалното и целотелесно стадиране и рестадиране на заболяването, добавяйки прогностични данни и насочвайки терапевтичния подход.

ЦЕЛ: Представяне на актуалните показания за включване на 18F-FDG-PET/СТ в диагностичния, стадиращ и рестадиращ алгоритъм при КМШ, на предимствата на метода и предизвикателствата пред него.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД: Представят се данни от систематични и мета-анализи за чувствителност, специфичност и ефективност на 18F-FDG-PET/СТ при КМШ, както и препоръките на световни ръководства (NCCN, ESMO). Методът се сравнява с MRT по отношение на локорегионално разпространение и с СТ по отношение на далечно метастазиране, проучват се възможностите на метаболитните параметри за предикция и прогноза. Представя се опита на Клиниката по нуклеарна медицина на УСБАЛО.

РЕЗУЛТАТИ: PET/СТ детектира първичен КМШ >IB КС със сигнификантно по-високи

стойности на SUVmax за плоскоклетъчните хистологични видове и известно ограничение по отношение на ранните Т-стадии. Сходни са възможностите на PET/СТ и MRT за регионално лимфожлезно разпространение, с предимства на хибридната PET/MRT и значително по-висока точност на PET/СТ за детекция на далечни метастази спрямо КТ. За оценка на локалния терапевтичен отговор PET/СТ показва сходни и отчасти преимуществени резултати спрямо MRT. Високите стойности на SUVmax, TLG и MTV корелират с по-лоша прогноза. Проспективни проучвания показват по-точно определяне на лъчетерапевтичния обем с PET/СТ. Според NCCN PET/СТ е предпочитан метод за целотелесно стадиране и рестадиране 3–6 месеца след приключване на лечението, както и за детекция на рецидив. Представят се собствени клинични случаи от практиката.

ИЗВОДИ: Световният и наш опит доказва ползата от FDG-PET/СТ при локалноавансирал КМШ за детекция на извънпелвични МЛВ и далечни метастази, за оценка на терапевтичния отговор и прогноза. Методът е приет стандарт при всички случаи с неясни от други образни изследвания или суспектни клинични находки.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: карцином на маточна шийка, PET-СТ, предимства и предизвикателства.

АКЦЕНТИ ОТ КУРС НА ТЕМА „BRACHYTHERAPY (INTERVENTIONAL RT) IN CERVICAL CANCER”, 17-19 APRIL 2024, GEMELLI HOSPITAL, ROME, ITALY

Радева Г., Б. Генова

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

УВОД: Брахитерапията е незаменима част от дефинитивното лъчелечение при карцином на маточната шийка. Тя осигурява достигане на високи лечебни дози в този лъчечувствителен тумор, едновременно щадейки близките критични органи. В последните години въвеждането на триизмерно планиране чрез съвременни образни методи, както и използването на комбиниран интракавитарен с интерстициален подход, доведе до отлични дългосрочни резултати по отношение на локален контрол и обща преживяемост.

ЦЕЛ: Представяне на акценти от Brachy-Academy курс „Брахитерапия при карцином на маточната шийка“, проведен в болница „Джемели“, Рим.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Водещи експерти от Европа в областта на онкогинекологията изнесоха лекции и проведоха практически обучения, обхващащи основните лечебни методи. Представени бяха съвременни стандарти и нови проучвания, подкрепени от внимателно подбрани клинични случаи, илюстриращи приложението им в практиката.

РЕЗУЛТАТИ: Подробно беше представен алгоритъмът за прецизно **стадиране на пациентите чрез клинична оценка и съвременни образни изследвания** (МРТ, КТ, ПЕТ-КТ, ултразвук) при определяне на оптимална стратегия за лечение. Участниците се запознаха с последните тенденции при провеждане на съчетано лъчелечение – перкутанно с брахитерапия и едновременно прилагане на химиотерапия и

имунотерапия. Обсъдено бе приложението на имунотерапия и таргетна терапия при персистиращ, рецидивиращ или метастатичен карцином на маточната шийка и докладвани резултатите от последните проучвания. Практическото обучение беше насочено към провеждане на интерстициална брахитерапия като етап от дефинитивното лъчелечение. То включваше детайлно запознаване с процедурата, прилагане на необходимата анестезия, организация на работа в оперативната зала, задачите на медицинския персонал в нея, както и възможност за обучение върху тренировъчни макети с различните видове апликатори. Подчертано бе предимството от прилагане на персонализиран подход и мултидисциплинарно сътрудничество в екипа.

ИЗВОДИ: Курсът в болница „Джемели“ предостави ценна информация за съвременните подходи в лечението на карцинома на маточната шийка, особеностите при планиране и провеждане на перкутанното лъчелечение и брахитерапия. Получената информация и практическа подготовка е основание нашият екип да въведе комбинирана интракавитарна и интерстициална брахитерапия при лечение на авансирал карцином на маточната шийка у нас.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: карцином на маточната шийка, дефинитивно лъчелечение, стадиране, комбинирана интракавитарна и интерстициална брахитерапия.

РОЛЯ НА CD47 И CD68 ПРИ КАРЦИНОМ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Хасан И.¹, В. Шиваров², П. Спасов³, Ц. Йорданов³, М. Мусин³, И. Панджарова³,
С. Тунчева³, Х. Маркова³, Т. Караниколова³, С. Велчова³, А. Консулова³, А. Йорданов⁴

¹Отделение по акушерство и гинекология, УМБАЛ „Софиямед“;

²МБАЛ „Света София“;

³Клиника по медицинска онкология, УСБАЛО „Проф. И. Черноеземски“ – ЕАД, София,

⁴Отделение по онкогинекология, УМБАЛ „Георги Странски“ – ЕАД, Плевен

УВОД: Карциномът на маточна шийка (КМШ) остава значим здравен проблем, особено в страни с ограничен достъп до скрининг и профилактика. В световен мащаб КМШ е на четвърто място по заболяемост и смъртност от онкологични заболявания сред жените, с над 604 000 нови случая и над 340 000 смъртни случая през 2020 г. В ход са изследвания на туморната микросреда с фокус върху CD68- трансмембранен гликопротеин и CD47- трансмембранен имуноглобулин при различни хистологични варианти на КМШ. CD68 се експресира от моноцитна линия, главно от макрофаги и остеокласти. Те влияят върху активността на други имунни клетки, създавайки про- или антитуморна микросреда. CD47 се намира на повърхността на много типове клетки, включително и туморни. Той предпазва клетките от разрушаване от макрофагите, като изпраща сигнал „не ме изяждай“. Високата му експресия се свързва с лоша прогноза при различни видове рак.

ЦЕЛ: Изследване експресията на CD68 и CD47 при различни хистологични варианти на КМШ и анализиране връзката между тяхната експресия с FIGO стадий, T- и N- статуса и преживяемостта.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Проведено е ретроспективно проучване върху 191 пациенти с КМШ, диагностицирани и оперирани в периода между 2014 и 2021 г. Извършен е имунохистохимичен анализ (IHC), като експресията на CD68 е оценена в интратуморни (IT) и стромални (ST) макрофаги (CD68+ клетки) чрез тристепенна скала. Експресията на CD47 е отчетена като Н-скор. Всички статистически анализи са извършени с R v.4.3.1 за Windows. Клинико-патологичните данни включват: FIGO стадий (I–III), туморен

размер (T1b, T2a, T2b), лимфен статус (N0, N1) и хистологичен вариант (плоскоклетъчен карцином – 79,1%, аденокарцином – 13,6%, аденосквамозен карцином – 7,3%).

CD68+ макрофагите са оценени по тристепенна скала: 0 – липсващи, 1 – ниска концентрация (IT <13, ST <25), 2 – висока концентрация (IT ≥13, ST ≥25). CD47 се оценява чрез H-score: 0 – отрицателен, ≤74 – нисък, >74 – висок. Статистическият анализ включва Fisher's exact test, мултивариантни линейни и регресионни модели, Cox анализ и Fine-Gray модел за оценка на преживяемостта.

РЕЗУЛТАТИ: Проведен е анализ Н-скор на CD47 и корелация със стадий, клинични характеристики и хистологичен подтип. Зависимостта между CD68-ST и прогноза също е анализирана, както и корелацията спрямо експресия на CD47. Обсъдена е научната значимост на двата маркера, както и реалното клинично приложение при пациенти с КМШ.

ИЗВОДИ: Експресията на CD47 и инфилтрацията от CD68+ макрофаги са важни характеристики на туморната микросреда при КМШ. Корелация между нивото на инфилтрация на TAM (CD68+ клетки), туморен стадий и клиничните характеристики са различни според хистологичен подвид и имат прогностично значение. Тези маркери могат да подпомогнат стратификацията на риска и персонализирането на лечението при пациенти с КМШ, включително потенциално таргетиране на оста CD47-SIRPα като нова имунотерапевтична стратегия.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: карцином на маточна шийка, CD47, CD68+ макрофаги, предиктивни и прогностични биомаркери, преживяемост.

ТЪКАНЕН ФАКТОР (TF) КАТО НОВА МИШЕНА ЗА ПРОТИВОТУМОРНО ЛЕЧЕНИЕ С АНТИТЯЛО КОНЮГАТ ЛЕКАРСТВО (ADS) ПРИ СОЛИДНИ ТУМОРИ

Велчова С., С. Тунчева, И. Панджарова, Ц. Йорданов, М. Мусин, П. Спасов, Х. Маркова, И. Хасан, А. Консулова

УВОД: Трансмембранныят гликопротеин тъканен фактор (TF) е ключов инициатор на външния път на коагулационната каскада. Много изследвания показват неговата свръхекспресия при различни видове солидни тумори, включително при карцином на маточна шийка, панкреас, на глава и шия, тройнонегативен карцином на гърда и др., което е свързано с тромбози, метастазиране и лоша прогноза.

ЦЕЛ: Обсъждане ролята на *Tivdak (tisotumab vedotin)* - *тисотумаб ведотин* при солидни тумори.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Селективната свръхекспресия позиционира TF като привлекателна мишена за терапия с конюгати между антитяло - лекарство (ADC), целяща доставянето на цитотоксичен агент специфично до туморните клетки. *Tivdak (tisotumab vedotin)* - *тисотумаб ведотин* е първият одобрен ADC при солидни

тумори, съставен от човешко моноклонално антитяло, насочено към TF и ковалентно свързан цитотоксичен агент.

РЕЗУЛТАТИ: Цитотоксичният агент монометил ауристатин Е (MMAE) е малка молекула, която нарушава мрежата на микротубулите директно в туморните клетки. Докладва се клинично значима и дълготрайна ремисия с контролируема и поносима безопасност при приложение на *тисотумаб ведотин*.

ИЗВОДИ: На 29 април 2024 г. Агенцията по храните и лекарствата - FDA предостави одобрение на *tisotumab vedotin* при рецидивирал или метастазирал карцином на маточна шийка с прогресия на болестта по време на или след химиотерапия, с последващо одобрение на 28.03.25 от ЕМА.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: *tisotumab vedotin*, антитяло конюгат, карцином на маточната шийка, солидни тумори.

ПРЕДИКТИВНИ И ПРОГНОСТИЧНИ БИОМАРКЕРИ В РАННИ СТАДИИ НА МЕЛАНОМ – СЪВРЕМЕННИ ПОДХОДИ И КЛИНИЧНИ ПЕРСПЕКТИВИ

Гаврилова И.

Клиника по онкодерматология, УСБАЛО „Проф Иван Черноземски“ – ЕАД, София

УВОД: Малигненият меланом (ММ) е кожен тумор, отличаващ се с биологична агресивност и хетерогенност в клиничното протичане дори и в ранните му стадии, което го прави до голяма степен и непредсказуем. В ерата на иновативни възможности за лечението му използването на надеждни биомаркери за прецизна прогноза и индивидуализирана терапия е наложително. Традиционните клинично-патологични фактори, като дебелина по Бреслоу, улцерация и статус на сентинелен лимфен възел, остават основни прогностични показатели. Въпреки това съвременните молекулярни и имунологични биомаркери предлагат допълнителна стойност в стратификацията на риска и вземането на терапевтични решения.

ЦЕЛ: Анализ на текущите подходи, интегриращи традиционни клинично-патологични фактори с молекулярни и имунологични биомаркери.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Особено внимание е отделено на нововъзникващите молекулярни диагностични методи, като профилиране на генната експресия (GER), пространствена транскриптомика и анализ на циркулираща туморна ДНК (ctDNA), които се проучват за подобряване оценка на риска от прогресия и прогнозиране на терапевтичния отговор.

РЕЗУЛТАТИ: Прогностичните биомаркери, като дебелината по Бреслоу и улцерацията, остават златен стандарт за оценка на риска при ранен меланом. Верифициране на сентинелния лимфен възел допълнително уточнява стадия и прогнозата и при липса на финансово достъпен, валидиран и надежден биомаркер все още се явява единствен метод за ранна детекция на биологично агресивни ММ. Последните научни достижения включват панели от гени, свързани с имунен отговор, които позволяват стратифициране на пациенти в групи с висок и нисък риск от рецидив и преживяемост. Сред **новите молекулярни инструменти** изключителен интерес представлява тестът Merlin -

CP-GEP, включващ клинична възраст (C), патологична информация за дебелина по Бреслоу (P) и генна експресия (GER). Представлява молекулярен диагностичен тест, показващ обещаващи резултати при категоризиране на тънки меланоми в групи с висок или нисък риск от прогресия, подпомагайки индивидуализираните терапевтични стратегии и проследяване. Данни от мащабно проучване Merlin 001 на 2141 пациенти в стадий IB детектира 63% високо рискови с установени впоследствие реално позитивни сентинелни възли. Това дава надежда, че CP-GEP може да идентифицира в практиката подходящите пациенти за извършване на сентинелна биопсия. Предлагани са и различни други прогностични биомаркерни тестове, като Melagenix, DecisionDx, SkylineDxq Immunoprint, AMBLor, като най-широко застъпен в редица клинични изпитвания за стадий II към момента е Melagenix GER тестът. Макар предиктивните биомаркери за отговор към имунотерапия все още да не са рутинно прилагани в ранните стадии, водещ кандидат сред проучваните е нивата на ctDNA, които могат да предскажат рецидив и отговор към адювантна терапия при стадий IIB/IIC меланом.

ИЗВОДИ: Интегрирането на съвременни молекулярни и имунологични биомаркери в клиничната практика при ранен стадий на ММ предлага възможности за по-прецизна прогноза и индивидуализирано лечение. Продължаващите изследвания и клинични проучвания са от съществено значение за валидирането и оптимизирането на тези биомаркери, с цел подобряване на клиничните резултати и качеството на живот на пациентите.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: Малигнен меланом, ранна диагностика, прогностични биомаркери, предиктивни биомаркери, генна експресия, циркулираща туморна ДНК, ctDNA, имунотерапия, персонализирано лечение, CP-GEP, Merlin CP-GEP, Melagenix, DecisionDx.

ОЛИГОМЕТАСТАТИЧЕН КАРЦИНОМ НА ГЪРДАТА – ПРОМЕНЯ ЛИ СЕ СТРАТЕГИЯТА

Гаврилов И., В. Митова, М. Д. Плачкова, О. Ал Баяти

Клиника по гръдна хирургия, Отделение по хирургия на гърда,
УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“ – ЕАД, София

УВОД: Олигометастатичният карцином на гърдата (OMBrCa) представлява около 40% от всички метастатични случаи на това заболяване. Стандартът за клинично поведение при тези пациенти е системната терапия. През последните години обаче, поради липсата на рандомизирани проучвания и хетерогенната биология на заболяването, решенията за лечение на пациенти с OMBrCa варират значително.

ЦЕЛ: Представяне промените в стратегията за лечение на пациентите с олигометастатичен карцином на гърдата, отчитайки поведението при пациентите с различни биологични характеристики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Извършен е мета-анализ за оценка на локорегионалното лечение при пациенти с OMBrCa и приносът му за удължаване на общата преживяемост (OS) и подобряването на качеството на живот (QoL).

РЕЗУЛТАТИ: Отчита се увеличаване на локорегионалното, включително

хирургичното, лечение при пациенти с OMBrCa и контролирано системно заболяване. Увеличава се приложението на стереотактичното лъчелечение (SABR) поради отличната си ефикасност и пониските нива на токсичност, свързани с нея. Значително предизвикателство остава идентифицирането на популацията от пациенти, които са подходящи съобразно специфичната биология на олигометастатичното заболяване и вида на засегнатия орган.

ИЗВОДИ: Стратегията за поведение при олигометастатичен карцином на гърдата е дискутабилна. Необходими са повече проспективни проучвания с ясни критерии за стратификация и балансиране на групите на пациентите, което би позволило стриктен подбор с цел удължаване на OS и подобряване на дългосрочните резултати.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: карцином на гърдата, олигометастатична болест, стратегия.

СЕНТИНЕЛНА ЛИМФНА БИОПСИЯ СЛЕД ЛУМПЕКТОМИЯ ПРИ КАРЦИНОМ НА ГЪРДАТА

Митова В.¹, М. Д. Плачкова¹, И. Гаврилов¹, О. Ал Баяти¹, Е. Пиперкова², Л. Чавдарова², М. Михайлова²

¹Клиника по гръдна хирургия, Отделение по хирургия на гърда

²Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“ – ЕАД, София

УВОД: Сентинелната лимфна биопсия (SLNB) при карцином на гърдата (BrCa) е стандарт за аксиларно стадиране при пациенти с клинично негативни аксиларни лимфни възли (cN0). При пациенти, които са претърпели лумпектомия на първичния тумор, извършването на SLNB е дискусабилно поради риск от фалшиво негативни резултати.

ЦЕЛ: Оценка на възможностите за извършване на SLNB след лумпектомия, отчитайки степента на идентификация на сентинелните лимфни възли, рисковите фактори за фалшиво негативни резултати и добрите световни практики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Извършено е ретроспективно проучване при 97 пациенти с хистологично доказан инвазивен карцином на гърда, при които е проведена SLNB с ^{99m}Tc-Nanocol и/или ICG в отделение по хирургия на гърда за периода 01.01.2024 – 31.03.2025 г.

РЕЗУЛТАТИ: Идентифицирани са 12/97 (12.4%) пациентки, при които е извършена SLNB след лумпектомия, включваща първичния тумор и след предварително проведена лимфосцинтиграфия, SPECT/CT с периареоларно инжектиране на ^{99m}Tc-Nanocol. При 3 пациентки допълнително е използван и ICG за комбинирано идентифициране на сентинелните лимфни възли (SLN). Средната възраст на болните е 47,4 г., като най-младата е на 30 г. При

2 пациентки е проведена SLNB след неoadювантно системно лечение. Средно са изследвани 2,6 броя сентинелни лимфни възли. Независимо от наличието на предходна оперативна интервенция на проведената лимфосцинтиграфия, при 83,3% не се установи нарушаване на лимфооттичането. Само при една се наблюдава прекъсване на лимфните пътища в областта на предходно намиращия се тумор и удължен лимфен дренаж. Интраоперативно при всички пациентки, посредством Гама-сонда и/или NIR камера, се верифицираха SLN с висока активност. Патоанатомично само при една болна се установи микрометастаза в един лимфен възел и при една пациентка се установиха интракапсулни групи от туморни клетки и изолирани туморни клъстери (ITC).

ИЗВОДИ: SLNB след лумпектомия при карцином на гърдата с клинично негативни аксиларни лимфни възли (cN0) е онкологично безопасен хирургичен метод и може да се използва след селекция на пациентите. Ниският процент на отчитане на прекъсване на лимфни пътища показва обнадеждаващи резултати. Необходими са допълнителни проучвания с по-големи серии от пациенти, които да определят достатъчният времеви интервал между двете операции, както и да се дефинират стриктно противопоказанията за извършване на SLNB при тези пациенти.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: сентинелна лимфна биопсия, карцином на гърдата, лумпектомия.

МОЛЕКУЛЯРНО ОБРАЗНО КАРТИРАНЕ НА СЕНТИНЕЛНИ ЛИМФНИ ВЪЗЛИ ПРИ КАРЦИНОМ НА ГЪРДАТА СЛЕД НЕОАДЮВАНТНО СИСТЕМНО ЛЕЧЕНИЕ

Михайлова-Христова М.¹, Е. Пиперкова¹, Л. Чавдарова¹, М. Захарин¹, В. Митова²,
М. Д. Плачкова², И. Гаврилов²

¹Клиника по нуклеарна медицина,

²Клиника по гръдна хирургия, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“ – ЕАД, София

УВОД: Хибридна сентинелна лимфосцинтиграфия (ХСЛС) е утвърден метод за установяване на сентинелните лимфни възли (СЛВ) при пациенти с карцином на гърдата (КГ) в ранен стадий. Предимствата ѝ са минимално инвазивен подход към аксилата и възможност за избягване на усложненията на разширената аксиларна лимфна дисекция. Приложението на ХСЛС след неoadювантна химиотерапия е обект на нарастващ интерес и се препоръчва при пациенти с клинично определен усN0 стадий от приключило неoadювантно системно лечение (НАСЛ).

ЦЕЛ: Оценка диагностичната стойност на хибридна сентинелна лимфосцинтиграфия след неoadювантно противотуморно лекарствено лечение и постигнат пълен клиничен отговор за аксиларните лимфни възли.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: За периода от януари 2024 г. до януари 2025 г. е проведено ретроспективно проучване при 22 болни в стадий T1-2 N1-2 карцином на гърдата след постигнат пълен клиничен туморен контрол от проведеното лекарствено лечение – усN0. При всички пациенти е извършена хибридна SPECT/CT лимфосцинтиграфия с използване на радиомаркирани колоидални частици (^{99m}Tc-NanocolI) за картографиране и локализиране на СЛВ. Средната възраст на болните е 58 г., от които при 19 (86,4%)

болни е проведена кор-биопсия и при 3 – лумпектомия. При 21 (95,5%) е установен инвазивен дуктален карцином и при 1 инвазивен лобуларен карцином. Най-често туморът е локализиран при 13 от болните в ГВК, при 4 в ДМК, при 3 в ГМК и при 2 от болните в ДЛК.

РЕЗУЛТАТИ: Хибридна сентинелна лимфосцинтиграфия с последваща биопсия на СЛВ е успешно проведена при всички 22 пациентки. Установен е един СЛВ при 18 (81,8%) и два СЛВ при 4 (18,2%) от болните с пълна интраоперативна корелация. Броят на биопсираните интраоперативно ЛВ при болните е както следва: един СЛВ при 3, два СЛВ при 11, три СЛВ при 6 и повече от шест ЛВ при 2 от болните. При последващото хистопатологично изследване се докладват при 4 (18,8%) от болните метастази в аксиларните ЛВ, от които 2 с микрометастази и 2 с макрометастази.

ИЗВОДИ: Биопсията на СЛВ е утвърдена и стандартизирана процедура в УСБАЛО, прилагана чрез мултидисциплинарен подход със 100% успеваемост при установяване на СЛВ на болни с установен пълен контрол след приключване на НАСЛ при карцином на гърдата.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: карцином на гърда, неoadювантната химиотерапия, сентинелна лимфосцинтиграфия.

КАРЦИНОМ НА ГЪРДАТА И БРЕМЕННОСТ

Плачкова М. Д., В. Митова, О. Ал Баяти, И. Гаврилов

Клиника по гръдна хирургия, Отделение по хирургия на гърда,
УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“ – ЕАД, София

УВОД: Карциномът на гърдата е най-често срещаното онкологично заболяване, диагностицирано по време на бременност, засягайки 1 на 3000 бременни. Той съставлява близо 7% от всички диагностицирани онкологични заболявания на гърдата годишно. През последните години се установява понижаване на средната възраст на болните, като в световен мащаб се отчита тенденция към повишаване възрастта на жените при първа бременност.

В резултат от комбинацията на тези два фактора се наблюдава увеличение на броя на пациентите, при които се установява карцином на гърдата по време на бременност. Често пациентките се диагностицират в по-напреднал стадий с големи туморни формации, тъй като симптомите се интерпретират като нормални промени, свързани с бременността, което води до забавяне на диагнозата.

ЦЕЛ: Анализ на трудностите и възможности за поведение в диагностично-лечебен план при карцином на гърдата, диагностициран по време на бременност.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Представени са 3 болни с карцином на гърдата, които са диагностицирани и лекувани по време на бременност в Отделението по хирургия на гърда в УСБАЛО за периода от ноември 2024 г. до април 2025 г.

РЕЗУЛТАТИ: Средната възраст на пациентките е 39.3 години, от 32 г. до 44 г. Трите пациентки (1-ва, 2-ра и 3-та) са с различна хистологична и имунохистохимична характеристика на тумора:

1. Ниско диференциран (high grade),

дуктален карцином ин ситу (DCIS), ER – негативен (0), PR – позитивен (1+2);

2. Високо диференциран (low grade), инвазивен дуктален карцином, ER – позитивен (5+3), PR – позитивен (4+3), HER2 – негативен (0);

3. Нискодиференциран (high grade) тройно-позитивен инвазивен дуктален карцином, ER – позитивен (5+3), PR – позитивен (5+3), HER2 – позитивен (3+).

Клиничното стадийно разпределение на пациентите е съответно:

1. cTis cN0 cM0,

2. cT2(m) cN1 cM0

3. cT1c cN3a cM0, която е претърпяла неoadjuvantна терапия.

При третата от пациентките бременността е след in vitro процедура. При две от пациентките – първата и третата, е извършена органозапазваща операция в комбинация с онкопластична техника (J - пластика с cavity shaving и V - мамопластика).

ИЗВОДИ: Лечението на карцинома на гърдата по време на бременност е затруднено поради липсата на големи проспективни, рандомизирани проучвания.

Възрастовите промени по отношение заболяемостта от карцинома на гърдата общо и на жените в репродуктивна възраст, които забременяват, води до необходимостта от разработване на стандартизирани протоколи за лечение, задълбочено познаване на алгоритмите за поведение и повишаване осведомеността за навременна диагностика и лечение.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: карцином на гърдата, бременност, алгоритъм.

ПОКАЗАНИЯ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА СВРЪХДОЗИРАНЕ В ТУМОРНОТО ЛОЖЕ СЛЕД ОРГАНОЗАПАЗВАЩА ОПЕРАЦИЯ ПРИ КАРЦИНОМ НА ГЪРДАТА

Лалова С., И. Михайлова, Р. Иванова, М. Ганчева - Масо, Д. Стоева

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

УВОД: Сврѣхдозирањето (boost) в туморното ложе при лѣчелечение на карцином на гърдата след органопазвѣща операция се препорѣчва при високорискови за локален рецидив болни, без категорични данни за повлияване на общата преживѣаемост. Провеждането му се сврѣзва с известна токсичност, затова е необходимо да се определят единни критерии и групи болни, при които да се прилага.

ЦЕЛ: Определяне показанијата за сврѣхдозирање в туморното ложе, приложено едновременно или последователно при перкутанно лѣчелечение на болни с карцином на гърдата след органопазвѣща операция.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Използвани са резултатите от големи меѓународни проучвания относно показанијата и рисковите групи болни с карцином на гърдата, при които се препорѣчва провеждане на boost в туморното ложе.

РЕЗУЛТАТИ: Според препорѣките от проучването на GEC-ESTRO Breast Cancer Working Group при три групи болни с карцином на гърдата се препорѣчва провеждане на boost в туморното ложе. Първата група (ниско ризикова) вклучва болни, при които провеждането на boost е препорѣчителна,

но не задължителна индикација при наличие на всички признаци като: <50 години и уницентричен и унифокален тумор и радикално оперирани и без метастатични лимфни възли. Втората група (високо ризикова), при която провеждането на boost е задължителна препорѣка при наличие на един от признаците както следва: възраст ≤40 години, близки резекционни линии, наличие на ин ситу карцином (DCIS) или тройно негативен тип карцином. Третата група (умерен ризик), при които провеждането на boost е задължителна препорѣка – при болни на възраст от 40 до 50 години, съчетани с поне един от следните признаци: размер на тумора над 3 см, DCIS, наличие на лимфоваскуларна инвазия, N+, тумор след неоадијувантна химиотерапија, мултифокални тумори, тройно негативен тип карцином.

ИЗВОДИ: Все още не е приет единен консенсус с висок процент на одобрение от експерти в областта за провеждане на boost при болни с карцином на гърдата след органопазвѣща операция, независимо от доказаната роля за намалявање на веројатноста от локален рецидив при ризикови групи болни.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: карцином на гърда, лѣчелечение, сврѣхдозирање (boost).

ОПТИМАЛНА ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ И ЕФЕКТИВНОСТ НА НЕОАДЮВАНТНА ЕНДОКРИННА ТЕРАПИЯ ПРИ ЖЕНИ С НЕМЕТАСТАТИЧЕН ЛУМИНАЛЕН HER2- НЕАМПЛИФИЦИРАН КАРЦИНОМ НА ГЪРДА – ПРОСПЕКТИВЕН РЕГИСТЪР НА ЕДНО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ

Тунчева С., И. Панджарова, Ц. Йорданов, М. Мусин, П. Спасов, М. Михайлова, Х. Маркова, С. Велчова, А. Консулова

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

УВОД: Неоадювантната ендокринна терапия (НАЕТ) се прилага все по-често при менопаузални жени в менопауза с неметастатичен луминален HER2- неамплифициран карцином на гърдата. Този подход все още се използва при добре подбрани пациентки с цел постигане на предоперативно намаляване на стадия (“down staging”) на заболяването и повишаване на възможността за органо-запазваща операция.

Освен ниската токсичност и липсата на влошаване на качеството на живот при пациентките, НАЕТ може да се използва и като инструмент за определяне *in vivo* на ендокринната чувствителност.

ЦЕЛ: Проспективно проучване за идентифициране на предиктивни биомаркери и определяне на оптималната продължителност на неоадювантната ендокринна терапия при жени в менопауза с неметастатичен луминален HER2- неамплифициран карцином на гърдата.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: В клиниката по медицинска онкология към Университетската болница „Проф. Иван Черноземски“, София, поддържахме проспективна база данни на такива пациентки и представяме анализ на кохортата от 30 последователно постъпили болни за провеждане на неоадювантната ендокринна терапия (НАЕТ).

РЕЗУЛТАТИ: Неоадювантната ендокринна терапия е ефективна и безопасна възможност за лечение на неметастатичен луминален HER2-неамплифициран карцином на гърдата.

ИЗВОДИ: Благоприятният профил на безопасност на този вид лечение прави НАЕТ възможна терапевтична алтернатива и все по-широкото ѝ обсъждане като стратегически подход.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: неметастатичен луминален карцином на гърдата, неоадювантна ендокринна терапия, предиктивни биомаркери.

ИНОВАЦИИ В ЛЕЧЕНИЕТО НА КАРЦИНОМ НА ГЪРДА: НАШЕСТВИЕ НА АНТИТЯЛО КОНЮГАТИТЕ

Мусин М., Ц. Йорданов, И. Панджарова, С. Тунчева, П. Спасов, Х. Маркова, А. Консулова
Клиника по медицинска онкология, УСБАЛО „Проф. Иван Черноеземски“ – ЕАД, София

УВОД: Карциномът на гърдата е сложна и хетерогенна група от болести, които изискват специализирани и индивидуални лечебни подходи според биологичния им подвид. Trastuzumab deruxtecan, начално разработен за HER2- позитивна болест и sacituzumab govitecan, насочен начално към тройнонегативния подвид, предлагат нови възможности за подобряване на клиничните резултати. Техният механизъм на действие и уникални профили на безопасност ги поставят в централната роля на съвременната онкология. Възможността за прилагане и на двата конюгата при една болест повдига въпроси за тяхното секвениране, безопасност и ефективност.

ЦЕЛ: Анализират ефективността и безопасността на два нови антиляло конюгата: trastuzumab deruxtecan и sacituzumab govitecan, за лечение на различните подтипове карцином на гърдата.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Използвани са клинични проучвания и данни от литературата и опита в клиниката по медицинска онкология, свързани с trastuzumab deruxtecan и sacituzumab govitecan, с акцент върху индикациите за терапия. За trastuzumab deruxtecan внимание

та роля в лечението на HER2 - позитивен карцином на гърда като втора или поредна линия, както и на карциноми с HER2-ниска експресия. Sacituzumab govitecan е оценен при тройнонегативни и луминални карциноми.

Анализиран е опита на клиниката с двата медикамента и възможностите за секвениране при споделени индикации.

РЕЗУЛТАТИ: Trastuzumab deruxtecan и sacituzumab govitecan са ефективни медикаменти в системното лечение на метастатичен карцином на гърда. Безопасността на двата препарата е в рамките на приемливия профил, с отчетени нежелани реакции, които до момента са напълно управляеми.

ИЗВОДИ: Антиляло конюгатите предлагат нови възможности за лечение на специфични подтипове карцином на гърдата. Те представляват значителен напредък в лечението, което може да подобри клиничните резултати и качеството на живот на пациентите.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: карцином на гърда, HER2- позитивен, тройно негативен, антиляло конюгати.

ЩЕ ПРЕВЗЕМАТ ЛИ ОНКОЛОГИЧНИЯ СВЯТ АНТИТЯЛО КОНЮГАТИТЕ

Панджарова И., П. Спасов, Ц. Йорданов, М. Мусин, С. Тунчева, Х. Маркова,
Т. Караниколова, С. Велчова, А. Консулова

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

УВОД: Антитяло конюгатите са един от най-бързо развиващите се класове противотуморни медикаменти. Въпреки че концепцията за тяхното създаване не е нова, те имат потенциал фундаментално да променят клиничната практика. Уникалната им структура позволява доставянето на високо цитотоксични агенти до туморните клетки, които експресират предефинирани таргети. По този начин те могат да бъдат класифицирани като химиотерапевтици, както и като таргетни агенти.

ЦЕЛ: Анализ на нови концепции при въвеждането на таргетна терапия и имунотерапия в лечението на карцинома на белия дроб с акцент върху антитяло конюгатите като терапевтична опция за втора линия системна терапия.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: При НДРБД съществува остра нужда от нови лечебни стратегии след прогресия на фона на имунотерапия и/или платинови дублети, както и развитие на резистентност към таргетни медикаменти срещу установени онкодрайвърни мутации. Известни таргети, използвани при разработване на антитяло конюгати са HER2, TROP2, HER3, MET, CEACAM5, NECTIN4, TF. Одобрени в клиничната практика до този момент са trastuzumab - emtansine и trastuzumab - derux-tecan, които таргетират HER-2. В различни фази на клинични проучвания, показващи

значителна ефикасност, са и patritumab - derux-tecan (HER3 блокер), datopotamab - derux-tecan и sacituzumab - govitecan (TROP2 блокер), telisotuzumab - vedotin (MET блокер), enfortumab - vedotin (Nectin4 блокер).

РЕЗУЛТАТИ: Антитяло конюгатите са разработени с цел да лимитират токсичността на цитостатиците, включени в тяхната структура, но въпреки това, те се свързват с поява на специфични нежелани лекарствени събития (НЛС). Профилът им на безопасност е в голяма степен благоприятен, но са наблюдавани и широк спектър от НЛС като: хепатотоксичност, невротоксичност и дерматотоксичност, определени като дозолимитиращи. Използването на антитяло конюгатите доведе до значително подобрене в прогнозата на редица онкологични заболявания с безспорен принос при пациенти с напреднал карцином на белия дроб, при които терапевтичните опции са лимитирани.

ИЗВОДИ: Използването на антитяло конюгатите във всекидневната практика доведе до цялостна промяна в мисленето на медицинския онколог, което за пореден път утвърди необходимостта от търсене на нови таргети и стремеж към персонализирана медицина.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: антитяло конюгати, НДРБД, таргетна терапия, нови терапевтични възможности.

ПСИХОЛОГИЧНА ГРИЖА ПРИ ОНКОЛОГИЧНИ И ПСИХОСОМАТИЧНИ СЪСТОЯНИЯ: НОВИ ПОДХОДИ ЗА ОБУЧЕНИЯ НА СПЕЦИАЛИСТИ

Азис В.¹, В. Митова²

¹ Център за психологическа помощ, УМБАЛ „Лозенец“, София

² Отделение по хирургия на гърда, УСБАЛО „Проф. Иван Черноеземски“ – ЕАД, София

УВОД: Комплексната грижа при пациенти с онкологични и психосоматични състояния е водеща в съвременната медицинска практика, като един от акцентите през последните години е върху психологичната грижа. Развитието на съвременната психология доведе до необходимостта от провеждане на надграждащи обучения за ефективно внедряване на нови терапевтични подходи в клиничната практика.

ЦЕЛ: Представяне на новите възможности и значението на обучителните стажантски програми за специалисти, работещи с онкологични и соматични пациенти, с фокус върху практическото обучение, иновациите и клиничния опит в болнична среда.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Представяме стажантска програма, насочена към бъдещи и настоящи специалисти по психично здраве – студенти по клинична психология, психотерапевти, медици и социални работници. Програмата се провежда в УМБАЛ „Лозенец“ и съчетава теоретично обучение и специализирана супервизирана практика. Акцентът е върху подготовката за работа с пациенти, диагностицирани с карцином на гърдата.

РЕЗУЛТАТИ: Програмата комбинира теория и практика в болнична среда и включва интервюиране, диагностика и терапевтични интервенции. Подчертана е ролята на мултидисциплинарния подход, супервизията и работата в малки групи. Обучението включва и модул за работа с пациенти чрез телемедицински платформи, онлайн практики и групов психотерапия. При стажантите се наблюдава нарастваща увереност, усъвършенстване на уменията за диагностика и интервенция, както и по-задълбочено разбиране на психологическите аспекти на страданието, преживяването на загуба и механизмите за справяне при тежко заболяване. Регистрира се подобряване на аналитичното мислене и професионалната рефлексия.

ИЗВОДИ: Въвеждането на нови подходи за обучение предоставя ефективна възможност за подготовка на специалисти, ангажирани при работата с болни – карцином на гърдата, което подпомага усвояването на основните умения и включване в мултидисциплинарни онкологични екипи.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: клинична психология, стажантска програма, карцином на гърдата.

ПСИХОСОМАТИКА И ОНКОЛОГИЯ – ЕМОЦИОНАЛНИТЕ ПРИЧИНИ ЗА БОЛЕСТИТЕ И БОЛКАТА

Иванова М.

„КОЦ – Враца“ – ЕООД

УВОД: Между човешкия ум, емоции и тяло има неразривна връзка. Всяко едно емоционално и психическо състояние оказва влияние на физическо ниво. Човешките мисли и чувства са свързани с определени части на тялото и могат да провокират и отключат различни заболявания. Нерешените проблеми, конфликтите, дълготрайните страхове, продължителния гняв, омразата, дългосрочната тъга, непреодолените вини оказват влияние върху здравето. Болестите, стресът и всички проблеми на хората са в резултат на несъответствието между съзнателните желания и подсъзнателните намерения.

ЦЕЛ: Анализ на психосоматичния фактор, като очевиден и не под съмнение в развитието на онкологични заболявания и представяне на дисциплината Психосоматика.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД: Дори опитни онколози не отричат, че човек създава онкологично заболяване за себе си по същество: от неговото поведение, навици, реакции и дори мисли. Психосоматиката се занимава с лечение на заболявания, повлияни от психични, емоционални или социални фактори. Психосоматични заболявания са тези, които в също време обхващат тялото и ума на индивида. Не бива да се подценява генетичният фактор

в развитието на болест, но все по-често научните изследвания сочат, че в значителна степен появата на болест не се влияе от вътрешни генетични причини, а от външни. Изследователите включват неблагоприятна екология, лошо хранене, затлъстяване и ниска подвижност на човек, някои вируси, отслабен имунитет, тежка и продължителна депресия.

РЕЗУЛТАТИ: Психосоматиката и психотерапията помагат на хората да научат нови начини да се справят и решават проблемите си и да получават по-дълбоко разбиране за тяхното състояние или обстоятелства. Също така се научават да определят реалистични цели за живота си и да идентифицират и променят поведението или мислите си, които имат отрицателен ефект върху техния живот.

ИЗВОДИ: Злокачествен тумор от гледна точка на психосоматиката е концентрация на безнадеждност. Психолозите разкриха, че хората с рак почти напълно са загубили вярата в себе си и хората като цяло. Техните мисли и чувства са разрушителни и имат такава сила, че в човешкото тяло всъщност се стартира програма за самоунищожение.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: болест, емоции, мисли, стрес, злокачествена болест.

ФЮЖЪН БИОПСИЯ НА ПРОСТАТА

Тахчиев М., Ю. Ганчев

Клиника по урология, УСБАЛО „Проф. Иван Черноеземски“ – ЕАД, София

УВОД: Карциномът на простатата (КП) е болестно състояние, една от най-разпространените форми на рак сред мъжете. В структурата на смъртните случаи при заболялите от рак мъже КП съставлява 9%. Най-заstraшената група мъже са тези над 50-годишна възраст и мъже над 45 години, които имат фамилна обремененост.

ЦЕЛ: Споделяне опыта на Клиниката по урология към УСБАЛО „Проф. Иван Черноеземски“ – ЕАД, София, при използване на най-съвременни методи за ранна диагностика – фюжън биопсия на простатната жлеза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Ретроспективното едноцентрово проучване оценява 30 случая на комбинирана фюжън биопсия на простатната жлеза в периода от януари 2024 г. до април 2025 г. Всички мъже са имали съмнение за рак на простатата поради повишени стойности на PSA и/или подозрителен дигитален ректален преглед, което е наложило провеждане на

мултипараметрична МРТ на простатата. При всички болни биопсията на простатата е била извършена под фюжън контрол с 12-14 бода от суспектните зони на простатата.

РЕЗУЛТАТИ: В изследваната група при 20 (66,6%) от пациентите са били с размер на видимите лезии под 8 мм, при които доказване на рака с конвенционално проведена биопсия на простатната жлеза клони към нула. С помощта на фюжън биопсията при 19 мъже хистологично е верифициран карцином на жлезата. При останалите 10 (33,4%) от пациентите с размер на видимите лезии между 8 и 10 мм, имащи предходни негативни конвенционални биопсии, заболяването се доказва при 8 от тях.

ИЗВОДИ: Фюжън биопсията е съвременен и ефективен метод за диагностика на ранен карцином на простатната жлеза, независимо от високата първоначална инвестиция.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: биопсия на простата, рак на простата, фюжън биопсия, мултипараметрична МРТ.

МУЛТИДИСЦИПЛИНАРЕН ПОДХОД В ЛЕЧЕНИЕТО НА МУСКУЛНОИНВАЗИВНИЯ КАРЦИНОМ НА ПИКОЧНИЯ МЕХУР

Тахчиев М.

Клиника по урология, УСБАЛО „Проф. Иван Черноеземски“ – ЕАД, София

УВОД: Карциномът на пикочния мехур (КПм) представлява нарастващ проблем на здравеопазването в световен мащаб. Във времена на ограничени бюджети и застаряващо общество са необходими нови стратегии за лечение на мускулноинвазивния КПм.

ЦЕЛ: Анализ от приложение на тримодалния модел на лечение на мускулноинвазивния карцином на пикочния мехур в Клиниката по урология на УСБАЛО „Проф. Иван Черноеземски“ – ЕАД, София.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД: Двадесет и един пациенти с първичен мускулноинвазивен карцином на пикочния мехур в периода 1 януари 2019 г. до 31 декември 2023 г. са лекувани с тримодална терапия (ТМТ). Лечебната схема включва максимално възможна трансуретрална резекция на тумора на пикочния мехур, лекарствено противотуморно лечение и лъчелечение. Пациентите, които са били подложени на ТМТ са отказали извършване на радикална цистектомия.

РЕЗУЛТАТИ: ТМТ демонстрира сравними онкологични резултати с радикалната цистектомия по отношение на 5-годишната обща преживяемост, в рамките на 36%-74% и докладвана специфична за рака преживяемост от 50%

до 82%. Дългосрочните данни от множество проучвания и нашият опит показват, че ТМТ може да запази функцията на пикочния мехур, като същевременно поддържа приемливи нива на преживяемост при 17 от 21 болни. Неотдавнашното интегриране на инхибитори на имунните контролни точки с ТМТ дава обещаващи резултати, като допълнително подобрява контрола на тумора и разширява допустимата популация от пациенти. Все още обаче липсват стандартизирани протоколи и данни за дългосрочно проследяване. ТМТ служи като ефективна алтернатива на радикалната цистектомия при подбрани пациенти, като предлага сходни онкологични резултати и същевременно запазва качеството на живот при болните.

ИЗВОДИ: ТМТ е алтернатива на радикалната цистектомия при определена група пациенти. Необходими са по-нататъшни изследвания за създаване на стандартизирани протоколи и за усъвършенстване на критериите за подбор на пациенти с цел оптимизиране на резултатите от лечението.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: карцином на пикочния мехур, тримодална терапия, радикална цистектомия.

18F-FDG PET/CT – МЕТАБОЛИТНИ РАЗЛИЧИЯ ПРИ НЕДРЕБНОКЛЕТЪЧЕН БЕЛОДРОБЕН КАРЦИНОМ (NSCLC)

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

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

УВОД: Белодробният карцином е социално значимо заболяване със средна заболеваемост за 2018 г. 71,5/100 000 в Европейският съюз и 60,4/100 000 в България. PET-CT е стандартен и ефективен метод за стадиране и рестадирание при откриване на първичния белодробен тумор и далечното разпространение на заболяването при всички хистологични варианти.

ЦЕЛ: Установяване и анализ на ценна диагностична корелация на полуколичествените метаболитни параметри – SUVmax, MTV и TLG при 18F-FDG-хиперфиксиращ адено- и плоско-клетъчен белодробен карцином.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Проведен е ретроспективен анализ при 14 пациенти с хистологично верифициран карцином на белите дробове. От тях 10 (71,4%) пациенти са с плоскоклетъчен и 4 (28,6%) с аденокарцином, на възраст от 52 до 63 г. – 9 мъже и 5 жени. При всички пациенти е проведена инициална, стадираща 18F-FDG PET-CT. Образите са получени на 60–64 мин. при i.v. апликация на 18F-FDG с коефициент

средно 1,5mCi/kg и са определени: стандартизирана стойност на натрупване (SUVmax), туморен метаболитен обем (MTV) и обща лезийна гликолиза (TLG).

РЕЗУЛТАТИ: Изследваните пациенти са с авансирало онкологично заболяване в клинични стадии IIIC, IVA и IVB. Стойностите на PET- параметрите са сравнени между двата хистологични вида. За плоскоклетъчния карцином средните стойности на SUVmax, TLG и MTV са съответно: 15,50±5,22, 167,41±32,03 и 7,47±0,93cm³, за аденокарциномите са съответно 7,82±1,02, 13,88±1,23 и 6,89±0,73. Установява се статистически значима разлика в метаболитните параметри на двата хистологични вида на NSCLC.

ИЗВОДИ: 18F-FDG PET-CT има потенциал за неинвазивно разграничаване на хистологичните подтипове на недребноклетъчния карцином на белия дроб и подобряване точността на диференциалната диагноза.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: карцином на белия дроб, недребноклетъчен карцином, 18F-FDG PET-CT.

НЕОБИЧАЙНО БЪРЗА И МАСИВНА СЛЕДОПЕРАТИВНА ПРОГРЕСИЯ ПРИ ПАЦИЕНТКА С ЕДРОКЛЕТЪЧЕН НЕВРОЕНДОКРИНЕН БЕЛОДРОБЕН КАРЦИНОМ

Г. Калайджиев¹, М. Янкова¹, Л. Чавдарова², С. Бачурска³, П. Цонев¹

¹Отделение по гръдна хирургия,

²Клиника по нуклеарна медицина,

³Клиника по обща и клинична патология,

УСБАЛО «Проф. Иван Чернопоземски» – ЕАД, София

УВОД: Едроклетъчният невроендокринен белодробен карцином е рядко срещан тумор със специфични характеристики, неизяснени въпроси относно диагностиката и лечението и изразен злокачествен ход на болестта.

ЦЕЛ: Представяне на рядко срещан едроклетъчен невроендокринен белодробен карцином при пациентка, оперирана в стадий p IA 2, с бърза и масивна следоперативна прогресия и фатален изход.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Пациентка М.Ж.П. на 54 год., пушачка, с едномесечни оплаквания от продуктивна кашлица и еднократен оскъден кръвохрак е изследвана в отделението чрез КТ с контраст и ФБС без морфологично доказателство. На КТ е установен периферен тумор в ляв долен дял с размери 20/24 мм без други суспектни находки. Извършена е лява долна белодробна лобектомия и системна лимфна дисекция със сравнително гладък следоперативен период. Следоперативният стадий е определен като p IA 2 и хистологичното заключение – смесен едроклетъчен невроендокринен карцином (едроклетъчна невроендокринна компонента 90% и аденокарцином 10%) без регионално лимфно разпространение (ЛВ). Решена на обща онкологична комисия за

наблюдение и провеждане на ПЕТ-КТ след 3 месеца.

РЕЗУЛТАТИ: Без наличие на съществени оплаквания е проведена планираната ПЕТ-КТ, при което са установени данни за прогресия на заболяването с масивна метастатична формация с некротични промени в лява надбъбречна жлеза, паренхимни чернодробни метастази с ангажиране на капсулата, по-изразено за десния лоб, перитонеални лезии, предимно в лява коремна и тазова половина със суспекция за инфилтрация по съседство на стомашната стена, ангажирани парастернални ЛВ вдясно, както ЛВ ретрокурално в супрадиафрагмалния рецесус, ад портал хепатис. Единичен метастатичен нодул на плеврата вдясно, дорзално с прилежащ малък плеврален излив и единични костни метастази.

ИЗВОДИ: Представеният случай потвърждава известните литературни данни за изключително злокачествения ход на едроклетъчния невроендокринен карцином, независимо от стадия, което налага прилагане на непосредствено следоперативно комбинирано противотуморно лечение.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: едроклетъчен невроендокринен белодробен карцином.

ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОЛИГОМЕТАСТАТИЧНА БОЛЕСТ И ОЛИГОПРОГРЕСИЯ – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Луков Л., Е. Диманова, В. Георгиев

Клиника по обща и коремна хирургия, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски” – ЕАД, София

УВОД: Хирургията в метастатичен стадий е насочена традиционно към палиативни мерки, както и интервенции в условия на спешност, поради застрашаващи живота усложнения.

Локалните методи за лечение намират приложение както за контрол на заболяването, така и за доказване на биомаркери, свързани с лечението и прогнозата. Изучаването на олигометастатичната болест (ОМБ) при съвременните диагностични и терапевтични възможности е предизвикателство в ежедневната онкологична практика.

ЦЕЛ: Проучване на олигометастатичната болест (ОМБ) според създадената от EORTC и ESTRO класификация и номенклатура при определяне на нейните предиктори, препоръки за локално, системно лечение и прогноза при обусавянето ѝ като отделен подстадий на метастатичната болест.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Въпреки че все още липсват достатъчно данни, чрез които да се предвиди хода на метастатичната болест и резултатите от локалните методи в дългосрочен план, те остават единствена алтернатива след изчерпване възможностите на портивотуморното

лекарствено лечение. Локалните хирургични методи дават задоволителни резултати при наличие на солитарни, резектабилни лезии, на фона на добри резултати от системната терапия.

Представяме клиничен случай на пациент, лекуван по спешност в Клиниката по обща и коремна хирургия на УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски”, поради настъпил илеус в хода на метастатичния процес при колоректален карцином.

РЕЗУЛТАТИ: Локалното оперативно лечение при резектабилност дава възможност за значително подобряване на продължителността и качеството на живот при болни с ОМБ.

ИЗВОДИ: Създадената от EORTC и ESTRO класификация и номенклатура, както и възможностите за регистриране и проследяване на пациентите, са предпоставка за проучвания, чрез които ОМБ да се обуслови като отделен подстадий и да получи своите предиктори, препоръки за локално, системно лечение и прогноза.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: олигометастатична болест, колоректален карцином.

ВТОРИЧНО ЗАРАСТВАНЕ ПРИ МЕКОТЪКАННИ ДЕФЕКТИ В СЪВРЕМЕННАТА ОНКОЛОГИЧНА ХИРУРГИЯ – ЛЕЧЕНИЕ НА РАНИ С ПОМОЩТА НА ПРОТЕОЛИТИЧНИ ЕНЗИМИ

Луков Л., В. Георгиев

Клиника по обща и коремна хирургия, УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски” – ЕАД, София

УВОД: Лечението на локално авансиралите кожни карциноми изправя мултидисциплинарния онкологичен екип пред редица предизвикателства. Високата честота на заболяванията, разнообразието в анатомичните локализации на туморите и наличието на подлежаща кожна коморбидност налагат изграждането на нови, все по-сложни методи за лечение. Основен за хирургично лечение на кожните карциноми остава радикалната ексцизия и първично затваряне на оперативния дефект. Невинаги тя води до добри резултати, особено в случаите с тежка локална инфекция на околните меки тъкани и високо микробно число, както и при авансирани тумори, разположени в областта на главата и шията. Протеолитичните ензими са съвременно средство за промотиране на вторично зарастване.

ЦЕЛ: Докладване опыта на клиниката при вторично зарастване на мекотъканни дефекти в онкологичната хирургия и мястото на протеолитичните ензими.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Вторичното зарастване спрямо сложните реконструктивни методи е свързано с по-кратки и лесни за изпълнение оперативни

интервенции, които могат да спестят на пациента обща анестезия и продължителен болничен престой. Съществуват редица предимства при кожни тумори с висок риск от рецидив, особено такива в критични зони, където стремежът е за максимално икономична ексцизия, като предлага отлични козметични резултати. Промотирането на вторично зарастване чрез протеолитични ензими, дава възможност за третиране на рани с високо микробно число, без използването на окисляващи антисептици, което допълнително ускорява оформянето на здрава грануляционна тъкан.

РЕЗУЛТАТИ: Представени са клинични случаи на пациенти с разнообразна патология, при които успешно е приложено лечение чрез вторично зарастване. Вторичното зарастване е достъпен метод за затваряне на дефекти след ексцизия на кожни неоплазми, който осигурява отлични козметични и функционални резултати.

ИЗВОДИ: Вторичното зарастване има нарастваща роля при лечението на авансирани кожни неоплазми и усложнени рани.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: вторично зарастване, кожни карциноми, протеолитични ензими.

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОУЧВАНЕ ПРЕЖИВЯЕМОСТТА ПРИ БОЛНИ С ПЛОСКОКЛЕТЪЧЕН КАРЦИНОМ НА ГЛАВА И ШИЯ, ЛЕКУВАНИ С ТРИ РЕЖИМА НА СЛЕДОПЕРАТИВНО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ

Кацаров Д.¹, В. Любомиров¹, М. Ганчева¹, Т.Атанасов²

¹Клиника по лъчелечение,

² Отдел проекти и програми, УСБАЛО «Проф. Иван Черноземски» – ЕАД, София

ЦЕЛ: Ефективност от следоперативно лъчелечение (ЛЛ) при болни с плоскоклетъчен карцином на глава и шия в зависимост от прилагания лечебен режим.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: В периода 2010–2020 г. са провели следоперативно ЛЛ поради злокачествено новообразувание на глава и шия 176 пациенти.

Анализирани са три лечебни режима, както следва: 1 гр. болни, провели самостоятелно ЛЛ до 60 Gy, 2. група болни, провели едновременно лъче-химиолечение до 60 Gy, и 3. гр. болни с едновременно лъче-химиолечение над 60 Gy. Облъчването е осъществено на уредби с мегаволтно фотонно лъчение – 60 Со телегаматерапия и линеен ускорител по радикална програма с дневна доза 2-2,12 Gy, 5 пъти седмично.

Едновременното радиосенсибилизиращо противотуморно системно лечение е стандартно при еднократно седмично i.v. приложение на Cisplatin 50 mg. Проследена е честотата на умиранията и е изчислена средната обща преживяемост в групите. Анализирани са възможните прогностични фактори и е оценена преживяемостта на болните спрямо данни на водещи центрове и ракови регистри.

РЕЗУЛТАТИ: Лъчелечението е проведено при всички 176 болни без прекъсване при средно проследяване от 86 месеца (6 месеца – 146 мес.). Ясно изразен негативен прогностичен фактор е засягане на регионалните лимфни възли, както и нерадикалното оперативно лечение в случаите, когато е приложено доза >60 Gy. Ранна дерматологична и лигавична токсичност е отчетена по скалата на CTCAE v.3. в степен II и III на дерматит и мукозит с преобладаване на ≥ III ст. при 16% от болните с едновременно лъче-химиолечение, която не е довела до прекъсване на лечебния курс.

ИЗВОДИ: Преживяемостта на пациентите, провеждали следоперативно ЛЛ с локализация глава и шия, е съпоставима с данните на други публикувани проучвания. Прилаганият протокал на клиниката отчита значимите негативни прогностични фактори и позволява провеждането на радикално ЛЛ в следоперативен план без ексцесивна токсичност.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: плоскоклетъчен карцином на глава и шия, самостоятелно лъчелечение, едновременно лъче-химиолечение, дози до и над 60 Gy, кожна и мукозна токсичност.

РЕЗЮМЕТА НА ПОСТЕРИ ОСНОВНА СЕСИЈА

НАМАЛЯВАНЕ НЕОПРЕДЕЛЕНОСТИТЕ ПРИ ПОЗИЦИОНИРАНЕ НА ПАЦИЕНТА ПРИ ОБЛЪЧВАНЕ С ЛИНЕЙНИ УСКОРИТЕЛИ

Ганчева М., Д. Кацаров

Клиника по лъчелечение, УСБАЛО „Проф. И. Черноеземски“ – ЕАД, София

УВОД: Правилното позициониране на пациента е от съществено значение при изпълнение на основната задача в лъчелечението – реализиране на оптимално висока лечебна доза в клиничния мишенен обем и максимално запазване на околните здрави структури от доза, която би предизвикала остри или късни невъзвратими увреждания в тях. Съществуват три основни източника на облъчване на пациента с йонизиращи лъчения в перкутанното лъчелечение: при КТ- скениране на пациента за добиване на образи, верификацията на позиционирането на пациента по протокол преди облъчването и облъчването на пациента на лъчетерапевтичната уредба.

ЦЕЛ: Ограничаване и оптимизиране на облъчването на пациента в перкутанното лъчелечение, така че ползата да превишава риска, следвайки един от основните принципи на радиационната защита – ALARA – as low as reasonably achievable – толкова ниско, колкото е разумно постижимо.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД: В проучването е приложен алгоритъм за работа в перкутанното лъчелечение, разделен в три последователни етапа: **подготовка:** имобилизиране на пациента, КТ локализиране на тумора или областта, подлежаща на облъчване; **планиране:** очертаване на образите – мишенни обеми и критични органи, дозиметрично планиране;

верификация на доз. план; **облъчване:** верификация на позицията на пациента и облъчване на пациента. **Обект на изследването са:** линейни ускорители Varian Clinac ix (ЛУ), фабрични протоколи за СВСТ верификация на позиционирането на пациента за целите на лъчелечението при конвенционално фракциониране на дозата и радиохирургия.

РЕЗУЛТАТИ: Изготвени са протоколи за работа при верификация на позиционирането на пациента при конвенционално фракциониране на дозата, чрез избор на техника (2D – kV, 2D - MV, СВСТ) според локализацията и определяне честотата на използване, като са анализирани и оптимизирани фабричните протоколи на ЛУ. Създадени са протоколи за работа при СВСТ верификация на позиционирането на пациента при провеждане на радиохирургия.

ИЗВОД: Липсата на утвърдени методи в лъчетерапевтичната практика за дозиметрия при СВСТ, както и за оценка на качеството на образа, налага и предстои допълнителна софтуерна оценка на дозата в прилежащите критични органи.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: верификация при позициониране на пациента, перкутанно лъчелечение, линейни ускорители.

РАДИАЦИОННА ЗАЩИТА В НУКЛЕАРНАТА МЕТАБОЛИТНА ТЕРАПИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Пиперов Ц., С. Петров, Е. Пиперкова

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

УВОД: Метаболитната терапия в Нуклеарната медицина използва радиофармацевтични продукти, насочени към специфични тумори, доставяйки радиация на туморни лезии като част от терапевтична стратегия за лечение или контрол на заболяването. Употребата на радиоактивни вещества в количества, значително по-големи от диагностичните дози, налага повишени изисквания към радиационната защита.

ЦЕЛ: Посочване рисковете при използването на изискваните високи дози радиоактивни вещества при терапията на пациенти и изпълнение на комплекс от мерки за осигуряване на безопасност за пациентите и персонала, с цел намаляване риска от вредните ефекти на йонизиращата радиация.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ: Докладват се и илюстрират с образни примери настъпили инциденти и методики за тяхното предотвратяване и осигуряване на безопасна среда за работа според международните изисквания и практики.

РЕЗУЛТАТИ: Представени са различни съвременни средства и методика за радиационна защита, както и съответните рискове при неспазването на задължителните мерки.

ИЗВОДИ: Познаването на различните видове лъчения и правилното прилагане на радиационните методи за безопасност е от изключително значение за ползите от радионуклидната метаболитна терапия.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: радиационна защита, радионуклидна терапия.

НЕОПЛАСТИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ, СВЪРЗАНИ С ГРЪДНИ ИМПЛАНТИ – АНАПЛАСТИЧЕН ЕДРОКЛЕТЪЧЕН ЛИМФОМ (BIA-ALCL) И ПЛОСКОКЛЕТЪЧЕН КАРЦИНОМ (BIA-SCC)

Йорданов Й.

МЦ „Ей Ес Ди Кънсълт“, София

УВОД: Гръдните импланти се използват повече от 60 години както за реконструктивни цели след мастектомия, така и за естетични корекции (уголемяване и оформяне) на бюста. Проучванията през годините показват, че те не увеличават риска от рак на гърдата. През последните няколко десетилетия обаче се натрупаха солидни доказателства, че различни по вид и текстура гръдни импланти могат да провокират определени процеси в околните им тъкани, основно перипротезната капсула, което в дългосрочен план и при определени обстоятелства да доведе до неопластично заболяване.

ЦЕЛ: Предоставяне на актуална информация относно етиопатогенезата, диагностиката и лечението на BIA-ALCL и BIA-SCC.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Двете основни малигнени усложнения след поставени мамарни протези са свързаният с гръдни импланти анапластичен едроклетъчен лимфом (BIA-ALCL, Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma) и свързаният с гръдни импланти плоскоклетъчен карцином (BIA-SCC, Breast Implant-Associated

Squamous Cell Carcinoma). Нито едно от тях не произхожда от млечната жлеза и следва да се прави разлика между тези две заболявания и кореспондиращите им такива с произход от самата гърда.

РЕЗУЛТАТИ: Клиничното протичане на BIA-ALCL и BIA-SCC често е завоалирано с признаци и симптоми, които може да бъдат пропуснати или погрешно интерпретирани, ако не се мисли насочено в диференциално-диагностичен план. И двете заболявания обаче е възможно да проявяват силно инвазивни свойства и да дадат регионално и далечно метастазиране.

ИЗВОДИ: Диагностиката и лечението на тези неоплазми изисква мултидисциплинарен подход, като успехът до голяма степен зависи именно от колаборацията между отделните специалисти. Макар и да не са често срещани в клинична практика, е важно лекарите и пациентите да са запознати с тези две неопластични усложнения при употребата на мамарни импланти.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: гръдни импланти, BIA-ALCL, BIA-SCC, безопасност на пациента.

АНАПЛАСТИЧЕН ЕДРОКЛЕТЪЧЕН ЛИМФОМ АСОЦИИРАН С ГРЪДНИ ИМПЛАНТИ – РОЛЯ НА ^{18}F -FDG ПЕТ/КТ В ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО

Карапеткова Г.^{1,2}, А. Ботушанова^{1,2}, Н. Георгиев^{1,2}

¹Отделение по нуклеарна медицина, УМБАЛ „Св. Георги“,

²Катедра по клинична онкология, МУ – Пловдив

УВОД: Анапластичният едроклетъчен лимфом, асоцииран с гръдни импланти (АЕЛ-АГИ), е рядък Т-клетъчен лимфом, свързан с поставени текстурирани гръдни импланти. Заболяването изисква висока клинична бдителност, навременна диагностика и интердисциплинарно сътрудничество за постигане на оптимален терапевтичен резултат.

ЦЕЛ: Представяне на АЕЛ-АГИ със засягане на лявата аксиларна област, при който прилагането на ^{18}F -FDG ПЕТ/КТ има съществена роля в диагностиката, стадирането и проследяването на терапевтичния отговор.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Докладван е клиничен случай на 65-годишна пациентка с поставени текстурирани силиконови гръдни импланти преди 10 години, с оплаквания от подуване и болезненост в лява аксиларна област. Първоначалната клинична оценка предполага възпалителен процес – абсцес, поради което е извършено оперативно лечение. От ексцизиран лимфен възел в областта се установява едроклетъчен лимфом и суспекция за АЕЛ-АГИ. За стадиране

и проследяване са проведени целотелесни ^{18}F -FDG ПЕТ/КТ изследвания на SIEMENS Biograph MCT64.

РЕЗУЛТАТИ: Стадиращата ПЕТ/КТ установява увеличени и хиперметаболически лимфни възли в лявата аксила и парастернално. Последва премахване на гръдните импланти и верификация на АЕЛ-АГИ. Следоперативната ПЕТ/КТ показва прогресия на лимфопролиферативния процес и болната е насочена за системно лечение. Междинните и финални ПЕТ/КТ изследвания установяват пълна метаболитна и морфологична регресия на лимфните възли и отличен терапевтичен отговор.

ИЗВОДИ: Докладваният клиничен случай подчертава диагностичните трудности при АЕЛ-АГИ при пациентки с неспецифични оплаквания. ^{18}F -FDG ПЕТ/КТ има ключова роля при първоначалното стадиране, формирането на лечебната стратегия и оценката на терапевтичния отговор.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: анапластичен едроклетъчен лимфом, гръдни импланти, ^{18}F -FDG ПЕТ/КТ.

ПРИРОДАТА КАТО ВДЪХНОВЕНИЕ ЗА РЕНТГЕНОЛОГИЧНИТЕ ПРИЗНАЦИ

Щерева М.

Отделение по образна диагностика, УСБАЛО „Проф. Иван Черноеземски” – ЕАД, София

УВОД: Рентгенологичните признаци играят ключова роля в медицинската диагностика, действайки като визуални метафори, които свързват сложната медицинска информация с разпознаваеми форми от ежедневието. Те опростяват идентифицирането на конкретни патологични промени чрез сравнение с познати образи или форми, които наподобяват аномални структури или процеси в тялото, правейки диагнозата по-интуитивна.

ЦЕЛ: Представяне на разнообразни рентгенологични признаци – от добре познати до по-малко известни примери, с включени ясни обяснения и илюстративни изображения като образователен инструмент, полезен за обучение, проверка на знания или преговор на вече познати концепции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД: Разгледани са различни образни методи, включително конвенционални рентгенографии, флуороскопия, ултразвук, компютърна томография (КТ) и магнитно резонансна томография (МРТ), като са обхванати почти всички системи в човешкото тяло. Чрез изучаването и прилагането на тези признаци радиолозите могат по-лесно да си припомнят

характерните образни находки при различни заболявания.

РЕЗУЛТАТИ: Резултатите подчертават креативния и прецизен начин, по който радиолозите описват както нормални, така и патологични находки, често чрез сравнение с познати образи от природата, растения или животни. Това улеснява разпознаването и запомнянето на сложни модели и подпомага ефективното обучение и диагностичния процес. Настоящото проучване подобрява разбирането на начина, по който разнообразни рентгенологични признаци се идентифицират и интерпретират в рентгенологичната практика.

ИЗВОДИ: Голям брой патологични състояния имат класически рентгенологични прояви, наподобяващи често срещани обекти, и това ги прави запомнящи се и лесни за разпознаване. Познаването и правилното прилагане на тези признаци е в помощ не само на специализиращите лекари, но и на опитни специалисти в уверена интерпретация на образните изследвания и навременна диагноза на пациента.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: конвенционална рентгенография, КТ, МРТ.

НОВОСТИ В ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО НА ЧЕТВОРНО ОТРИЦАТЕЛНИЯ КАРЦИНОМ НА ГЪРДАТА

Янева Г.¹, Д. Томов¹, Д. Белинов², Ц. Димитрова¹

¹МУ „Проф. Параскев Стоянов“,

²СБАЛОЗ „Д-р Марко Марков“, Варна

УВОД: Напредъкът в областта на имунохистохимията на злокачествените заболявания през последното десетилетие, доведе до обособяването на един нов молекулярен подтип – четворноотрицателния карцином на гърдата. Касае се за липсваща експресия при тези пациентки не само на естроген и прогестероновите рецептори, на рецептор-2 на човешкия епидермален растежен фактор, но и на андрогеновите рецептори.

ЦЕЛ: Обзор на актуалната научна литература върху диагностиката и терапията на четворно отрицателния карцином на гърдата.

РЕЗУЛТАТИ: Този молекулярен подтип при карцином на гърдата се характеризира с нарастваща заболеваемост, неблагоприятна прогноза, все още ограничени възможности за лечение и кратка преживяемост. Налице са повишени средни концентрации на протеините CD44, фасцин и виментин, определящи инвазията на тумора, както и намаление на протеините GATA3 и мамаглобин, включени в неговата диференциация. Ензимът, активиращ мастните киселини, е както биомаркер за

молекулярния подтип, така и прогностичен фактор за отговора спрямо различни хормонални и други терапевтични режими. Редица микрорибонуклеинови киселини могат да бъдат мишена на генетичната сигнализация на андрогеновите рецептори. Те регулират някои нарушени пътища при този подвид, като имунните инхибитори на пропускателния пункт, engrailed-1, свързания с киназата в S-фаза протеин-2, рецептора на епидермалния растежен фактор и синтазата-4 на мастния ацилкоензим А. Свързаният с киназата в S-фаза протеин-2 е възможна мишена за лечение, а синтазата-4 на мастния ацилкоензим А, наред с това е и биомаркер за заболяването.

ИЗВОДИ: Необходими са все по-интензивни интердисциплинарни проучвания в рамките на международни колективи за усъвършенстване на комплексния диагностично-лечебен подход при болни със социално значимия четворно отрицателен карцином на гърдата.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: четворно отрицателен карцином на гърдата, имунохистохимия, биомаркери, терапевтични мишени.

АНТИТЯЛО ЛЕКАРСТВЕНИ КОНЮГАТИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ КАРЦИНОМА НА ГЪРДАТА

Зияфетова Г.

Отделение по медицинска онкология, Комплексен онкологичен център – Шумен

УВОД: Антитяло лекарствените конюгати (АЛК) са нов клас медикаменти, които комбинират моноклонални антитела с цитотоксично лекарство, което позволява селективно доставяне на цитотоксичния агент към туморните клетки, експресиращи специфични повърхностни антигени. При карцином на гърдата (КГ) има значителен напредък в разработването на АЛК като Transtuzumab emtansine (T-DM1) е първият одобрен за солидни тумори. След T-DM1 одобрение от FDA и EMA получи и Sacituzumab deruxtecan (T-Dxd) при метастатичен КГ с висока и ниска експресия на HER2 и Sacituzumab govitecan при тройно негативен и хормонално позитивен метастатичен КГ.

ЦЕЛ: Оценяване на терапевтичната ефективност на АЛК при пациенти с карцином на гърдата в клиничната практика.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Данните са събрани ретроспективно за 43 пациенти с КГ, които са лекувани с АЛК - T-DM1, T-Dxd и Sacituzumab govitecan в адювантен или метастатичен аспект в отделение по медицинска онкология на комплексен онкологичен център в гр. Шумен в периода от 01.09.2018 г. до 31.03.2025 г. Оценен е туморният отговор като пълен, частичен, стабилно заболяване, прогресия и все още не-оценен.

РЕЗУЛТАТИ: Пациентите в проучването с приложение на антитяло лекарствен конюгат

са разпределени съответно: 30 (70%) с T-DM1, 11 (25.5%) с T-Dxd и 2 (4.5%) със Sacituzumab govitecan. От лекуваните пациентки с T-DM1 десет са били в адювантен аспект, от които една пациентка е получила рецидив в хода на лечението. Осем пациенти, получили първа линия анти-HER2 терапия с T-DM1, и 12 пациенти втора линия на лечение, като първоначалният отговор при 3 от пациентите е пълен терапевтичен отговор, при 4 – частичен, при 8 стабилно заболяване, при 4 е регистрирана прогресия на заболяването, като при 1 все още не е оценен отговорът от лечението. От пациентите, получили лечение с T-Dxd, първоначалният туморен отговор при 4 е частичен, при 2 – стабилно заболяване, при 3 е установена прогресия, като при 2 – все още не е оценен отговорът от лечението. При 2-те пациентки, лекувани със Sacituzumab govitecan, се очаква да бъде оценен резултатът от лечението.

ИЗВОДИ: Лечението с антитяло лекарствени конюгати може успешно да контролира КГ в адювантен и метастатичен аспект, съобразно приетите индикации за лечение на съответните биологични подтипове при КГ. По-ранното включване на лечението с АЛК води в по-висок процент до пълен и частичен туморен отговор.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: антитяло лекарствени конюгати, карцином на гърда.

АКТУАЛНИ ПРЕПОРЪКИ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА КАРДИО-ПУЛМОНАЛНА РЕСУСЦИТАЦИЯ В БОЛНИЧНИ УСЛОВИЯ

Младенова А. М., Л. Ангелов

Отделение по анестезиология и интензивно лечение,
УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“ – ЕАД, София

УВОД: Препоръките за разширена кардио-пулмонална ресусцитация (ALS - advanced life support) се преразглеждат непрекъснато, като официални актуализации се публикуват периодично в списанията *Circulation* и *Resuscitation*. Нововъведенията са базирани на доказателства с различна степен на достоверност и експертен консенсус. АНА (Американската асоциация по сърдечносъдови заболявания) и Европейският съвет по реанимация разработват най-актуалните препоръки за ALS през 2020 г. и 2021 г., съответно след изчерпателен литературен обзор от Международния комитет, издаващ препоръките по ресусцитация (ILCOR).

ЦЕЛ: Разглеждане на особеностите по овладяване на сърдечни аритмии и осигуряване на вентилация при възрастни, както е описано в последната версия на ALS насоките.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД: Преглед на актуалните препоръки за ALS и сравнение на тяхното развитие спрямо предходни издания.

РЕЗУЛТАТИ: Докладват се най-важните ключови принципи, които включват извършване на ефективни гръдни компресии, разпознаване на лечими аритмии и извършване на ранна дефибрилация при показание за такова. Вторичните интервенции включват осигуряване на вентилация, прилагане на кислород, осигуряване на съдов достъп, инициране на подходящ мониторинг (електрокардиограма, сатурация, капнограма).

ИЗВОДИ: Съществено значение за извършване на ефективни мероприятията по ресусцитация е постигане на максимална ефективност и синхрон на екипа, извършващ ALS. Това се постига с обучение и непрекъснато обновяване на знанията на персонала на лечебните заведения относно принципите на ALS.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: кардио-пулмонална ресусцитация, препоръки.

РЕЗЮМЕТА НА ДОКЛАДИ – СПЕЦИАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

МЕНОПАУЗА И ГРИЖАТА ЗА ЖЕНАТА

Андреева Н., Ц. Найденова

УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ ЕАД – Плевен

УВОД: Менопауза, или климактериум, се нарича периодът, настъпващ с напредване на възрастта, който се обозначава с последния менструален цикъл в живота на една жена.

ЦЕЛ: Представяне на проблема менопауза, свързан с женското здраве и иновативни методи за неговото лечение.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Менопаузата е период при жените, в който намалява количеството на естрогени в организма, спира овулацията, а вследствие на това и менструалният цикъл. В областта на медицинската практика менопаузата често може да бъде насочено медикаментозно или оперативно предизвикана в хода на лечението на доброкачествена или злокачествена болест.

РЕЗУЛТАТИ: Периодът на менопауза обикновено настъпва във възрастовата група между 45 и 55 години. Според експертите средната възраст, в която това се случва е 51 до 52 години. Периодът е естествен биологичен процес, свързан с емоционална нестабилност, проблеми със съня, намалена енергия и колебания в настроението.

ИЗВОДИ: Грижата за здравето в този деликатен период изисква постоянство, навременно повлияване на симптомите, при необходимост лечение за тяхното отстраняване, преодоляване на дискомфорта в ежедневието и цялостно подобряване качеството на живот на всяка жена.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: менопауза, женско здраве.

МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ ПРИ ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПРОТОКОЛА НА СЕНТИНЕЛНА ЛИМФОСЦИНТИГРАФИЯ (СЛВ) В СТАДИРАНЕ КАРЦИНОМА НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА

Ласкова Н., В. Драгнева, Л. Чавдарова, К. Николова, Е. Пиперкова

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

УВОД: Сентинелната лимфосцинтиграфия с картиране на сентинелните лимфни възли (СЛВ) и последваща биопсия е основен метод за предоперативно първично стадиране при малигнен меланом и карцином на гърда.

ЦЕЛ: Демонстриране ролята на медицинските специалисти – медицински сестри и рентгенови лаборанти, в провеждане на нуклеарно-медицинския диагностичен протокол за картиране и селективно отстраняване на СЛВ при болни с карцином на гърдата.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Изследват се пациенти с ранен карцином на гърдата (T1-2 N0M0) след проведена кор-биопсия и след проведена неоадювантна системна терапия (НАСТ). Спазва се установен алгоритъм за провеждане на лимфосцинтиграфията на СЛВ с хибридна SPECT/CT.

РЕЗУЛТАТИ: Медицинските сестри записват пациентите за изследване по телефона или лично след лекарско назначение, посрещат и оформят административната и медицинската документация на болните в деня на изследването. Медицинските сестри активно асистират на лекаря - специалист по нуклеарна медицина при интрадермалното периареоларно инжектиране на 4 места с 37-74 MBq 99mTc-Nanocol и при позициониране на пациента за скениране.

Рентгеновите лаборанти въвеждат утвърдените протоколи за скениране на SPECT/CT Symbia T16 Siemens (Acquisition protocols). Позиционират пациента на масата на SPECT/CT хибриден скенер. Времето на скениране се преценява от лекаря, в зависимост от състоянието на пациента и наличието на предходна терапия. След визуализация на СЛВ медицинските сестри асистират на лекаря да детектира и очертае с багрило проекционното им място (картиране). Рентгеновият лаборант подготвя електронно записаните образи за обработка от лекаря. Медицинските сестри предупреждават пациентите да не отмиват маркираните с багрило огнища на кожата, комплектват написаните от лекаря заключения със записаните образи на CD и ги предават в заявлялата изследването хирургична клиника.

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

КЛЮЧОВИ ДУМИ: карцином на гърда, СЛВ, 99mTc-Nanocol-SPECT/CT.

СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ КЛИПСИРАНЕ НА ТУМОРИ НА ГЪРДАТА И МЕТАСТАТИЧНИ ЛИМФНИ ВЪЗЛИ

Шейнова М., Е. Козарова, Р. Галева, Д. Гюрова, В. Митова

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

УВОД: Клипсирането на първичните тумори на гърдата и на метастатичните лимфни възли се превърна в стандарт, особено при пациенти, подлежащи на неоадювантна терапия, при които се планира органозапазваща операция.

ЦЕЛ: Сестрински грижи при приложение на клипси/маркери на болни с карцином на гърдата.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Представяме основните принципи, индикации и контраиндикации за употреба на клипси/маркери в Отделение по хирургия на гърда към УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“.

РЕЗУЛТАТИ: В отделението се използват биосъвместими нитинолови клипси с диаметър на пръстена 3мм и канюла 18G/1,25mm. Индикациите за поставяне на клипс/маркер включват: непалпируеми карциноми и предстояща органозапазваща гърдата операция, при неоадювантно системно лечение и последваща органозапазваща гърдата хирургия, както и при патологично потвърден метастатичен аксиларен лимфен възел (pN+) преди

терапията, особено при възможност за извършване на последваща прицелна аксиларна дисекция. Противопоказно е поставянето на клипси при пациенти със съпътстващо тежко системно заболяване, психични разстройства или други причини, поради които пациентът не съдейства. Други контраиндикации за клипсиране включват: съпътстващо тежко кървене или нарушения в коагулацията, наличие на локална инфекция на гърдата, както и при непосредствена близост до гръдна протеза (имплант). Клипсирането винаги се извършва под образен контрол, спазвайки всички правила за асептика и антисептика. Използваният консуматив е за еднократна употреба.

ИЗВОДИ: Асистенцията и употребата на клипси/маркери в ежедневната медицинска практика не изисква обучение в курсове на специалистите по здравни грижи, което прави манипулацията възможна за всеки от тях.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: маркер, клипс, карцином на гърдата, здравни грижи.

СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ ЕДНОЕТАПНА ДВУСТРАННА РЕКОНСТРУКЦИЯ НА ГЪРДА - КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Евтимова А., С. Лишковска, И. Георгиева, Д. Димитров, И. Петрова

Клиника по онкологична хирургия, УМБАЛ „Д-р Г. Странски” – ЕАД, Плевен

УВОД: Карциномът на гърдата е най-често срещаното онкологично заболяване при жените. Въпреки увеличената заболеваемост, смъртността в развитите държави намалява, което подчертава значимостта на навременното диагностициране и лечение на болестта. Все по-голямо внимание се обръща на качеството на живот след мастектомия, като реконструкцията на гърдата има важна роля за психологическия комфорт и възстановяване на женската идентичност.

ЦЕЛ: Представяне на клиничен случай с карцином на гърдата и едноетапна двустранна реконструкция, както и ролята на специалистите по здравни грижи в целия лечебен процес.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ: Представен е случай на 33-годишна пациентка без придружаващи заболявания и фамилна обремененост. При клиничен преглед се установяват две туморни формации в лявата гърда и единичен подвижен лимфен възел в лявата аксила. Проведена е неоадювантна лекарствена терапия, последвана от

едноетапна двустранна реконструкция.

РЕЗУЛТАТИ: Представен е документален анализ, интервю с пациентката и клиничното наблюдение. Ролята на специалистите по здравни грижи е ключова – от приема и предоперативната подготовка до следоперативното наблюдение, грижи за оперативните рани, психологическа подкрепа и обучение на пациентката. Възстановяването е протекло гладко – без усложнения, с добри естетични резултати и възстановена трудоспособност.

ИЗВОДИ: Едноетапната реконструкция, извършена по онкологични показания, не повлиява директно преживяемостта, но значително подобрява качеството на живот при болните. Медицинските специалисти по здравни грижи са незаменна част от мултидисциплинарния екип, осигурявайки непрекъснати и специфични грижи в процеса на лечение.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: карцином на гърда, сестрински грижи, реконструкция на гърда, естетични резултати

ТЕРАНОСТИКА – ПРИНЦИПИ, ЗНАЧЕНИЕ И РОЛЯ НА РЕНТГЕНОВИЯ ЛАБОРАНТ В ТЕХНОЛОГИЧНОТО ИЗПЪЛНЕНИЕ

Гигов К., В. Демидов, Н. Ласкова, Е. Пиперкова, Л. Чавдарова, С. Петров, Р. Младенова.
Клиника по нуклеарна медицина, УСБАЛО „Проф. Иван Черноемски“ - ЕАД, София

УВОД: Тераностика (theranostics) произлиза от гръцките думи *therapia*=лечение и *gnosis*=познание. Тераностиката е нуклеарно-медицински подход, който комбинира диагностика и терапия в единна стратегия, използвайки радиофармацевтици (РФ) с един и същ радионуклид (РН), както за откриване (диагностика), така и за лечение на заболяването в различни дози или РФ с различни РН, но с еднакъв (аналогичен) химичен състав или биологично активни рецептори или антитела. Тераностиката осъществява:

1. персонализирано лечение;
2. оптимизиране на диагностично-обратния контрол и оценката на ефекта от лечението;
3. неинтервенционална диагностика и лечение „безкръвна хирургия“ или таргетна терапия;
4. лечение в едномеденна процедура, без хоспитализация, с изключение на ¹³¹йод терапията;
5. минимизиране на страничните ефекти и др.

ЦЕЛ: Запазване на ролята на рентгеновия лаборант при технологичното изпълнение на тераностика в нуклеарната медицина.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Най-честото приложение на тераностиката в медицината е в Клиничната онкология за диагностика и лечение на метастатичен карцином на: простатата, на гърдата, на диференциран карцином на щитовидната жлеза, след тотална тиреоидектомия и на невроендокринни тумори. Прилага се и като неинтервенционален радикален подход при доброкачествени заболявания в ендокринологията при токсичен аденом, лекарствено резистентна тиреотоксикоза, в ревматологията за лечение на артрит – радионуклидни синовиектомии.

РЕЗУЛТАТИ: Рентгеновият лаборант (РЛ) работи в екип с лекари, медицински физици, инженери, медицинските сестри и санитарии – всички сертифицирани за работа в сфера на йонизираща радиация. Той познава и прилага тераностичните протоколи и технологичния процес от поставянето на апарат за осигуряване на венозен път за въвеждане на РФ, диспансърното му въвеждане във венозната система на пациента или при необходимост – перорален прием, умело и компетентно работи с апаратурата за изпълнение на диагностичните протоколи със SPECT/CT или PET/CT при спазване правилата и нормите на радиационна защита. Основна е ролята на РЛ в полагане на онкологична грижа за пациента и насочването му при провеждане на различни диагностични, терапевтични протоколи и консултации при необходимост. РЛ спазва следния алгоритъм: подготовка на пациента – инструкции за провеждане на нуклеарно-медицинското диагностично изследване с апликация на вида РФ според диагностиката или лечението. Подпомага пациента при попълване на необходимата административна и медицинска документация. Извършва мониторинг на дозите и осигурява безопасността на пациента и персонала.

ИЗВОДИ: Ролята на РЛ за правилно прилаганата тераностика е от съществено значение за прецизно изпълнение на протоколите за диагностика и лечение при пациенти, най-често с авансирани онкологични заболявания с цел осъществяване на качествена онкологична грижа в областта на нуклеарната медицина.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: тераностика, SPECT/CT, PET/CT, радионуклидна терапия, роля на рентгеновия лаборант.

МЕТАСТАТИЧНА КОСТНА БОЛЕСТ – ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПЕВТИЧНО ПОВЕДЕНИЕ

Иванова Б¹., Г. Методиева²

¹Отделение по медицинска онкология,

²Отделение по анестезиология и интензивно лечение, „КОЦ – Враца“ – ЕООД

УВОД: Ежегодно хиляди хора с поставена диагноза „рак“ научават, че болестта се е разпространила в костите им, като се използват следните термини: костно метастазиране, метастатично костно заболяване или вторичен рак на костите. Почти всички видове рак могат да метастазират в костите, но някои са особено склонни към това. Сред тях са: карцином на гърдата, на простатата, на белите дробове, на бъбреците, на щитовидната жлеза, множествения миелом и др. Най-често те съпътстват метастатичния карцином на простатата, на белия дроб и гърдата.

ЦЕЛ: Изясняване същността на метастатичната костна болест, нейната клинична изява и запознаване с методите на диагностика и терапевтично поведение.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Костните метастази се съпровождат обичайно от силна болка в областта на гръбначния стълб, тазовите кости и др. костни структури, с патологични фрактури, компресия на гръбначния мозък, водеща до слабост в ръцете или краката, уринарна инконтиненция, фекална инконтиненция, както и на изявена хиперкалциемия и/или аплазия на костния мозък. Обичайно метастазирането по костите се проявява в рамките на две до три години след диагностициране на онкологичното заболяване, но е възможно да се появи и години по-късно. Не малко са и случаите, при които първо се открива далечното метастазиране и по-късно първичният тумор. Диагностика на метастатичната костна болест се извършва посредством обстоен физикален преглед, последван от

кръвни изследвания и образна диагностика (конвенционална рентгенография, костна сцинтиграфия, компютърна томография, МРТ, и ПЕТ/КТ). При необходимост може да се извърши и биопсия на костта.

РЕЗУЛТАТИ: Терапевтичното поведение е различно, като от съществено значение е вида на първичния тумор, неговия стадий на развитие, предшестващо лечение и общото здравословно състояние на пациента. За лечение на костните метастази се прилагат: хирургично лечение – при настъпила патологична фрактура, лекарствено противотуморно лечение (остеомодулатори, таргетна терапия), лъчелечение и метаболитна терапия с радиофармацевтици. Пациентите с метастатично костно заболяване се нуждаят от мултидисциплинарен екипен подход. Медицинският онколог работи в тясно сътрудничество със специалист по образна диагностика, нуклеарна медицина, лъчетерапевт, хирург, ортопед, невролог, рехабилитатор, психолог и др.

ИЗВОДИ: Костните метастази са една от основните причини за влошаване качеството на живот при пациенти с онкологична диагноза. След черният дроб и белите дробове, костите са третият най-често засяган от метастази орган. Ранната диагностика и изборът на индивидуален терапевтичен подход са водещи инструменти, с които се постига добър контрол върху заболяването и се осигурява нормален режим на живот, без страдание и без болка.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: костни метастази, ранна диагноза, комплексен подход.

ВЕНОСКОП В СЪВРЕМЕННАТА СЕСТРИНСКА ПРАКТИКА

Лишковска С., И. Георгиева, Б. Велева, А. Евтимова

Клиника по онкологична хирургия, УМАЛ „Д-р Г. Странски” – ЕАД, Плевен

УВОД: Венепункцията е рутинна манипулация в сестринската практика. Обикновено е бърза и безболезнена, но поради анатомични особености при някои пациенти откриването на подходящи вени е предизвикателство за медицинския персонал. През 90-те години на миналия век е разработено медицинско устройство за визуализация на вените под кожата.

ЦЕЛ: Представяне на първоначалния ни опит и ползите при използване на веноскоп в сестринската практика.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Веноскопът е подходящ за редица клиники и отделения в медицинската практика. Особено полезно е неговото използване в онкологични звена, в които се лекуват пациенти, при които често се извършват венозни манипулации. През месец юни 2024 г. в Клиниката по онкологична хирургия на УМАЛ „Д-р Г. Странски” – ЕАД, Плевен, бе доставен и внедрен в практиката венедетектор. Извършено бе планирано обучение за ползване и поддържане на

апарата.

РЕЗУЛТАТИ: За 7 месеца са преминали общо 830 пациенти, от които 703 с онкологични заболявания. При 27% от тях се е наложило да се използва детектора, поради вече компрометирани вени. Наличието на устройството подпомага работата на медицинските сестри и подобрява качеството на обслужване и грижата за пациента.

ИЗВОДИ: Първоначалният ни опит показва, че ползите от прилагането на веноскопа в съвременната сестринска практика са комплексни: намалява се риска от усложнения, понижава се стреса за специалистите по здравни грижи и пациентите, ускорява се процеса на венозен достъп, когато бързината е от критично значение. Веноскопът е ценен инструмент за точност, безопасност и комфорт при венозни процедури.

КЛЮЧОВИДУМИ: веноскоп, венепункция, специалисти по здравни грижи, обучение.

СПИН – AIDS, HIV

Петкова И., Я. Глоговска, Е. Костикова

Клиника по инфекциозни болести, УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ – ЕАД, Плевен

УВОД: СПИН, или синдромът на придобитата имунна недостатъчност, е заболяване на човешката имунна система, причинено от вирус, предизвикващ имунна недостатъчност. Болестта прогресивно намалява ефективността на имунната система, правейки болния уязвим за опортюнистични инфекции и тумори. ХИВ-инфекцията е бавно развиващо се и прогресиращо заболяване, което преминава през няколко стадия, докато причини СПИН.

ЦЕЛ: Представяне ролята на специалистите по здравни грижи при пациенти със СПИН (AIDS, HIV).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: В УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ – ЕАД, Плевен, е разкрит център през месец юни 2014 година в резултат на активната дейност на проф. д-р Цеца Дойчинова, дмн – началник на Клиниката по инфекциозни болести в лечебното заведение.

РЕЗУЛТАТИ: Най-новите постановки на европейското и методично ръководство в

България, прието от експертен съвет на водещите специалисти, клиницисти по ХИВ, имунолози, вирусолози и представители на Министерството на здравеопазването у нас дефинират започване на лечение при всеки индивид, независимо от вирусния товар и броя на CD4 клетките (Т-клетки или Т-лимфоцити от групата на белите кръвни клетки) играят ключова роля за здравето на индивида. Броят CD4 клетки е важен показател за състоянието на имунната система. Колкото по-нисък е техният брой, толкова по-слаба е естествената защита на тялото срещу патогени, инфекции и заболявания.

ИЗВОДИ: Специалистът по здравни грижи работи в съответствие с универсалните предписания за сигурност, като кръвта и други телесни течности на всеки индивид се приемат за инфектирани, без значение дали статусът на лицето е известен.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: СПИН (AIDS, HIV), специалисти по здравни грижи.

“ДА, ЗА ЖИВОТ!” ИСТОРИЯ ЗА СИЛАТА НА ЧОВЕШКИЯ ДУХ И ПОСТИЖЕНИЯТА НА СЪВРЕМЕННАТА МЕДИЦИНА

Костова К., М. Христова

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

УВОД: Млада жена с първичен склерозиращ холангит, водещ до чернодробна недостатъчност, енцефалопатия и кома, въпреки тежкото състояние, в което се намира в Клиниката по интензивна терапия във ВМА, намира сили и воля за живот и се събужда на Голяма Богородица.

ЦЕЛ: Да покажем, че силата на духа и вярата, в съчетание с възможностите на съвременната медицина, могат да сътворят чудеса и раждане на нов живот.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Включена в листата на чакащите чернодробна трансплантация Петя получава шанс за нов живот на друг голям християнски празник, след като беше извършена първата по рода си във ВМА “сплит” чернодробна трансплантация. Тя представлява прецизно разделяне на две функционални части на

черния дроб, всяка от които се присажда на различни реципиенти. В случая вторият реципиент е бебе, хоспитализирано в УБ „Лозенец“.

РЕЗУЛТАТИ: Възстановителният период преминава гладко и след двадесет дни е изписана от болницата. Две години по-късно на християнския празник Св. Мина, Петя събдва най-голямата си мечтата и става майка на здраво момиченце. Тя е първата трансплантирана у нас жена, дала нов живот и забременяла по естествен път. Бременността при трансплантирани пациенти е огромно предизвикателство пред акушер-гинеколозите, особено когато става дума за черен дроб – т. н. лаборатория на организма.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: сплит чернодробна трансплантация; съвременна медицина, сила на духа, бременност.

ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ В БЪЛГАРИЯ – КРАЙНО НУЖНИ И КРАЙНО НЕДОСТАТЪЧНИ: АНАЛИЗ НА ОПИТА НА ЕДИН ЦЕНТЪР

Иванова Т., Ц. Бакалска, М. Мраценкова, Н. Зарева, Р. Младенова, И. Василева,
П. Манчорова

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

УВОД: Палиативните грижи обхващат специализирани медицински грижи при хора, най-често с хронични, неизлечими болести. Фокусират се върху предоставяне контрола на симптомите, болка и стрес от сериозна болест, независимо от диагнозата.

ЦЕЛ: Подобряване качеството на живот както на пациента, нуждаещ се от палиативни грижи, така и на неговите близки и семейство у нас, лутайки се в лабиринт от емоции, свързани с притеснения, неизвестност, болка, самообвинения и финансово бреме.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: Палиативни и поддържащи грижи са необходими за пациенти с различни диагнози – както с онкологични болести, така и при други хронични и нелечими страдания. Палиативните грижи не могат да излекуват състоянието, но целта им е да облекчат симптомите, да подпогнат както пациента, така и семейството му в трудните мигове, породени от болестта, да повишат качеството на живот и да осигурят достойни последни дни за болните, които са в терминален стадий.

В България липсва функционираща система за полагане на подобен тип дългосрочни грижи. Все още липсва и обособена клинична специалност по палиативни грижи, както и достатъчно обучени кадри. Липсва и цялостна държавна политика в тази насока, като осигуряването от държавата грижи са крайно недостатъчни и като обем, и като продължителност, както и тяхното провеждане единствено в болнични условия, за да поемат огромния брой пациенти, нуждаещи се от подобно обгрижване. В резултат близките на болните са оставени да търсят сами начини, с които да облекчат състоянието им, защото въпреки раздутата болнична система, страната ни не осигурява структури за оказване на дългосрочни грижи на държавно ниво. Алтернативата в тази ситуация е най-често или грижи у дома, които обвързват поне един член на семейството с денонощна грижа, или прибягване до частни структури,

които изискват голям финансов ресурс.

РЕЗУЛТАТИ: Палиативните грижи намират място в приетия наскоро Национален план за борба с рака, в който се посочва, че от хронични, нелечими болести могат да страдат не само възрастни, но и деца, като всички те се нуждаят от продължителни поддържащи или палиативни грижи, получаването на които реализира правото им на здраве и съхранено достойнство. В плана се обособяват и някои основни проблеми, свързани с палиативните грижи у нас, сред които ниската цена на пътеките, ограничения до 20 дни болничен престой. Липсва и регламент, условия и заплащане за предоставяне на медицинска грижа на пациенти в терминален стадий в домашни условия. Ето защо се предлага отпадане на ограниченията, въведени от НЗОК, по отношение продължителността, времето и мястото на оказването на палиативните грижи. Нужно е и осъвременяване и утвърждаване на изработения стандарт по Палиативно лечение, изграждане на структури за палиативни грижи, осигуряване на възможности за осъществяването им от мобилни палиативни екипи и консултативни центрове на териториален принцип. Необходимо е и обучение на достатъчен брой професионалисти от всички необходими звена, необходими за осигуряването на адекватна палиативна грижа. Представяме анализ на пациентите, преминаващи за консултация в Клиника по медицинска онкология на УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“ – ЕАД, София, с идентифициране на нуждаещите се от поддържащи и палиативни грижи пациенти.

ИЗВОДИ: Недофинансирането на палиативните грижи е сериозен проблем, който трябва да бъде решен, за да се подобри качеството на живот не само на онкоболните и техните семейства в Република България.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: качеството на живот, палиативни и поддържащи грижи, състояние на проблема у нас.

ЕКСТРАВАЗАТИ ОТ СИСТЕМНО ПРОТИВОТУМОРНО ЛЕЧЕНИЕ – ПОВЕДЕНИЕ И ПРЕПОРЪКИ

Манчорова П., Т. Иванова, Ц. Бакалска, Н. Зарева, Р. Младенова, И. Василева,
М. Мраценкова

Клиника по медицинска онкология, УСБАЛО „Проф. Иван Черноеземски“ – ЕАД, София

УВОД: Химиотерапевтичната екстравазация се определя като инцидентно изтичане на интравенозно приложено лекарство, водещо до увреждане на околните меки тъкани. Най-чести симптоми и признаци са болка, усещане за дискомфорт или „щипане“, парене и оток около мястото на интравенозно инжектиране, дори тъканна дисфункция или некроза в тежки случаи. В резултат системното противотуморно лечение може да се забави, а пациентът губи доверие в екипа, провеждащ системното лечение.

ЦЕЛ: Достигане на висока компетентност, опит и адекватно структурирани стандартни оперативни процедури за практиката като водещи в работата на медицинската сестра за намаляване риска от възникване и успешно справяне с екстравазат.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: В зависимост от химичния състав на екстравазата степента на тъканна увреда може да варира от лека кожна реакция до тежка инвалидизираща некроза. Според потенциала си да причиняват увреждане на тъканите противотуморните средства се групират в следните категории: везиканти, иританти и невезиканти. Везикантите водят до образуване на мехури, разязвявания и често до сериозни странични ефекти като некроза /тъканна деструкция. Иритантите причиняват болка и възпалителна реакция в мястото на инжектиране и по хода на вената, но в големи количества проявяват и улцерогенен потенциал. Невезикантите не причиняват улцерации, рядко водят до остра реакция или некроза.

РЕЗУЛТАТИ: При регистриране на екстравазат незабавно се започват мероприятия по овладяването му и минимизиране на последствията, свързани с него по следния алгоритъм: 1. Спиране незабавно на инфузията и запазване на венозния достъп на мястото му; 2. Уведомяване на лекар и фотографиране на локалната област за последващо

проследяване; 3. Поставяне на стерилни ръкавици; 4. Разкачване на инфузионната система от венозния достъп; 5. Маркиране границите на екстравазата с маркер; 6. Съчленяване на празна спринцовка с обем от 5 мл към венозния достъп и аспириране от противотуморния агент, доколкото е възможно; 7. Чрез спринцовка от 1 мл аспириране на всички подутини/образувания в областта на екстравазата при използване на нова стерилна игла след всяко убощдане; 8. Повдигане и обездвижване на крайника; 9. Консултиране с таблицата за налични антидоти през венозния достъп, ако последният е снет или е показано инфилтриране на поразения участък, прилагане на антидота подкожно в звездовидна форма от периферията към центъра на екстравазата; 10. При наличен слаб кожен еритем, прилагане до 2 пъти дневно Hydrocortisone 1% crème; 11. Покриване на участъка със стерилна марля, фиксиране; 12. В продължение на три дни непряко поставяне на лед, четирикратно дневно в продължение на 15 минути. При екстравазати от винка алкалоиди и етопозид поставяне на топла вода, еднократно в продължение на 60 минути. 13. Регистриране на екстравазата в медицинската документация на пациента. 14. Наблюдение на пациента и при нужда насочване за консултация със съдов и/или пластичен хирург.

ИЗВОДИ: Изготвяне на предварително наличен сет с всички необходими инструменти, медикаменти и инструкции съкращава времето за изпълнение на посочения алгоритъм, особено в остра ситуация. Предварителните обучения и регулярното обсъждане на всеки случай с дългосрочно проследяване повишава информираността и способността за справяне с този проблем.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: екстравазат, системно противотуморно лечение, алгоритъм на поведение.

ОНКОЛОГИЧНА ДИАГНОЗА В МЛАДА ВЪЗРАСТ (AYA) – ПОДХОДИ, ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА И НЕПОСРЕЩНАТИ НУЖДИ. КЛИНИЧНА ПЕРСПЕКТИВА

Йорданов Ц., И. Панджарова, М. Мусин, С. Тунчева, П. Спасов, Х. Маркова, И. Хасан, А. Консулова

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

УВОД: Пациенти, диагностицирани с онкологична болест във възрастовата група 18–35 години, спадат към т.нар. група на AYA (Adolescents and Young Adults – подрастващи и млади) и представляват особено трудна за диагностициране, лечение и проследяване популация. Горната граница включва според различните автори болни до 30, 35 или 39-годишна възраст. Тяхното менажиране е сериозно предизвикателство за клиницистите, дори и в специализирани центрове, посветени на грижата за подрастващи и млади пациенти.

ЦЕЛ: Анализ на предизвикателствата и неудовлетворени нужди при пациенти с онкологична диагноза в подрастваща и млада възраст.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ: В тази възрастова група се срещат различни видове злокачествени болести с изключителни и специфични характеристики, но и високи нива на неразпознати и неудовлетворени медицински, психологически и социални потребности.

Още повече, те съставляват значително малка, дори често липсваща, кохорта в клиничните проучвания, която от своя страна определя стандартите на лечение, но при значително по-възрастни пациенти.

РЕЗУЛТАТИ: Представен е анализ на тази подгрупа пациенти, лекувани в Клиниката по медицинска онкология на УСБАЛО „Проф. Иван Черноземски“ – ЕАД, София от 2023 г. до сега. Значителен брой на тези пациенти е съпоставен с наличните препоръки и ръководства за поведение, както и с данните от световната литература за повишаване осведомеността сред онкологичната общност в България.

ИЗВОДИ: Очертани са важни, но дефицитни до липсващи звена в осигуряването на качествена грижа у нас за най-младите пациенти с онкологична диагноза.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: млади пациенти, онкологична диагноза, лечение и грижа.

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“ 2025 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.