

**ИЗНЕСЕНИ ПЛЕНАРНИ ЛЕКЦИИ И ДОКЛАДИ НА
XXIII-та НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО
ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ**

**01 октомври – 04 октомври 2020, Хотел Риу Правец, гр.
Правец**

ПЛЕНАРНИ ЛЕКЦИИ

ПРОГНОСТИЧНИ ФАКТОРИ В ОНКОГИНЕКОЛОГИЯТА

Н. Василев*, Р. Велев, А. Начева****

*СУ „Св. Климент Охридски“, Медицински факултет; **Втора САГБАЛ
„Шейново“, София

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

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

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

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

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

ЛИТЕРАТУРНИ ИЗТОЧНИЦИ:

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

Алгоритъм на ESGO-SIOPE за лечение на неепителни злокачествени тумори на яйчника при млади жени.

Проф. Г. Чакалова

УСБАЛО

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

Общи принципи на лечение

Поради рядкостта на различните неепителни яйчникови тумори, пациентите трябва да бъдат насочени към специализиран мултидисциплинарен център с експерти за възрастни и педиатри. Терапията трябва да бъде адекватно определяна от обучени онколози. Пациентите трябва да бъдат стадирани съгласно системата за стадиране FIGO 2014. При пациенти със съмнение за тумори на яйчниците, предоперативната диагностика трябва да включва освен ултразвук на корем и малък таз, магнитен резонанс (ЯМР), КАТ на гръден кош и серумни туморни маркери алфа-фетопротеин (AFP), β -човешки хорион гонадотропин (β -HCG), инхибин В, анти-мюлерова хормон (AMH) и лактат дехидрогеназа (LDH). Серумното ниво на калций също трябва да бъде изследвано. В случаите, когато е извършена операция по спешност, преди тези изследвания, то те трябва да бъдат извършени възможно най-скоро след операцията. Предпочита се извършване на ЯМР

на корема и таза пред СТ сканиране, когато е възможно, за да се намали излагането на радиация. Извършването на предоперативен ЯМР е полезно за оценка на потенциални двустранни яйчникови тумори (например при дисгермином и тератом) и за по-добро охарактеризиране на тумора за определяне на хирургическата стратегия (избор на подход). Няма индикации за извършване на позитрон-емисионна томография (PET-CT) поради ниската отрицателна прогнозна стойност. В случай на кистозна компонент в подозрителна туморна маса, трябва да се избягва пункцията за диагноза. Хирургичният подход трябва да бъде внимателно подбран въз основа на първоначалните образни изследвания, за да се избегне интраоперативно разкъсване на тумора. Оофоректомията трябва да се предпочете пред цистектомията / туморектомията. Биопсиите на тумора са противопоказани, освен при пациенти с екстраоварийно разпространение. Срединната лапаротомия е предпочитаният вариант при съмнение за злокачествени тумори. Мини инвазивният подход е приемлив вариант само ако хирургът е обучен на лапароскопска онкологична хирургия. Премахването на тумора трябва да се извърши без разкъсване, като по време на отстраняването на тумора не се извършва морселация и се прави пълно изследване на перитонеалната кухина. Преди да се оперира тумора, трябва да се изпрати перитонеална течност за цитологично изследване. Ако в коремната кухина няма течност, трябва да се извършва смив на перитонеума. Стадирането на тумори също така включва изследване на перитонеалните повърхности, биопсия на диафрагмален перитонеум, параколичните участъци, тазовия перитонеум, палпация на тазовите и парааорталните лимфни възли, отстраняване на уголемените лимфни възли, инспекция, палпация и широка ексцизия на оментума ако е без промени или тотална оментектомия ако е променен, биопсия на контралатералния яйчник. При първата операция до получаване на окончателните хистологични резултати, с оглед запазване на фертилитета не се отстранява

матката и се запазват поне част от аднексите. В случай на макроскопско разпространение извън яйчниците се извършва точно описание на (местоположение и размер) и се извършва биопсия. Пациентките трябва да се подкрепят заради ефекта свързан с химиотерапията. Трябва да се избягва използването на стероиди. Преди терапията следва да се направи консултация за запазване на фертилността. Следва да се предложи и психонкологична подкрепа на болните и техните близки. Ако туморни маркери са повишени при диагнозата, те трябва да бъдат изследвани след операция и преди началото на наблюдението или каквото и да е адювантно лечение. В случаите на химиотерапия, туморните маркери трябва да бъдат изследвани преди всеки цикъл на лечение. Намаляването на туморните маркери трябва да бъде в съответствие с техния полуживот. Неопителните тумори на яйчника трябва да се лекуват, когато това е възможно, в рамките на клинични изпитвания. Целите на клиничните изпитвания при „високорискови“ пациенти трябва да бъдат с оглед подобряване на ефикасността, като същевременно се поддържа степента на безопасност, която вече е приета. Целите на клиничните изпитвания при пациенти с нисък до среден риск трябва да бъдат за поддържане на ефикасността, като същевременно намалява токсичността. В случаите, когато не са налични стандартни възможности за лечение, участието в клинични изпитвания е с цел да се обмислят нови терапевтични подходи. Когато няма клинични изпитванията, клиничните данни трябва да се докладват на клинични комисии.

Общи принципи на хистопатологична диагноза

Туморите трябва да бъдат класифицирани според класификацията на Световната здравна организация за 2014 г. Потвърждение на диагнозата от опитен специалист в областта на гинекологията или патологията в детската възраст се препоръчва предвид рядкостта на тези новообразувания и

значителния риск от неправилна диагноза. Силно се насърчава консултация за второ мнение. Имунохистохимията и молекулярните тестове често са необходими за диагнозата, но те не се предлагат в много лаборатории по патология. При определени типове тумори трябва да се помисли за наличие на фамилен туморен синдром и генетично консултиране. Препоръчва се анализ на мутацията – по-специално при случай на двустранно разпространение на тумори на стромалната полова връв, едностранно разпространение на тумори на стромалната полова връв с изоставане на развитието на половити жлези или забавяне на пубертета, както и при дребноклетъчен карцином на яйчника от хиперкалциемичен тип.

Злокачествени герминативноклетъчни тумори на яйчника

Диагноза, хистопатология, стадиране и проследяване.

Клиничното стадиране следва препоръките, дадени в общия раздел. Тези тумори включват дисгермином, тумор на ендодермалния синус, незрял тератом, ембрионален карцином и негестационен хориокарцином. Трябва да се отчита наличието или отсъствието на инвазия в лимфоваскуларно пространство. Тези новообразувания могат да бъдат трудни за диагностициране и имунохистохимичните маркерите могат да бъдат от полза: SALL4 обикновено е положителен при всички, включително при незрелите невроепителни тумори и при незрелите тератоми, OCT3 / 4, PLAP, D2-40, NANOG и CD117 обикновено са положителни при дисгермином, PLAP може да бъде положителен при тумор на ендодермалния синус, AFP и глипикан -3 обикновено са положителни при тумор на ендодермалния синус, OCT3 / 4, CD30, NANOG и SOX10 обикновено са положителни при ембрионален карцином. Негестационните хориокарциноми обикновено са имунореактивни с β -НСГ и инхибин. Като цяло поради припокриване между различните имунохистохимични маркери

и неочаквани отклоняващи се модели на оцветяване, най-добре е да се използват панели от маркери, а не отделни маркери. Съществуват редица непълно характеризирани хромозомни и генетични абнормалности при злокачествените герминативноклетъчни тумори на яйчника, клиничната значимост на които все още не е определена. Най-честата хромозомна аберация е изохромозома 12, т.е. усилване на р рамото на хромозома 12, съкратено i (12p). Тези тумори могат да възникват в контекста на дисгенеза на гонадата (напр. синдром на Суйвър), и трябва да се препоръча генетична оценка за полови хромозомни аберации.

Лечение на начален стадий

В случай на установена твърда или частично твърда маса в яйчниците трябва да се извърши допълнително ЯМР. Ако при ЯМР се установи твърд компонент, е необходимо извършване на операция, която е първоначалното лечение на ранен стадий. Изборът на подход трябва да бъде внимателно оценен, за да се избегне разкъсване на тумора по време на интервенцията. В случай на двустранни тумори се извършва двустранна салпинго-оофоректомия, което ще доведе до безплодие и запазването при възможност на поне част от един яйчник трябва да се насърчава. В случай на солиден едностранен тумор, едностранна салпингооофоректомия, е лечение на избор. При кистозни тумори трябва да се избягва цистектомия. Операции, запазващи фертилитета се считат за стандартното хирургично лечение при млади пациентки. При макроскопски нормален яйчник контралатерално и отрицателно изображение при ЯМР, не е необходима биопсия на кантралатералния яйчник. В случай на макроскопско двустранно ангажиране на яйчниците (предимно при дисгермином), запазването на поне на част от здравата тъкан на единия яйчник (едностранна салпинго-оофоректомия и контралатерална частична оофоректомия) и запазване на матката трябва да се насърчава, освен ако при генетичното изследване не се

установят дисгенетични полови жлези. В този случай, се отстранява целия яйчник. В случаите на двустранни тумори, и установени хромозомна аберация трябва да се проведат в комбинация генетичната консултация и психологическата подкрепа. Поради риска от съчетание на гонадобластом и дисгермином, в случай на установена дисгенетична гонада, може да се извърши двустранна салпингоофоректомия. Ако е извършена първоначално цистектомия / туморектомия без индикации за адювантно лечение въз основа на хистологичния резултат и при нормални туморните маркери, е необходима допълнителна операция за отстраняване на остатъка от яйчника за намаляване на риска от рецидив. Когато е необходимо провеждане на адювантно лечение, допълнителната операция може да бъде избегната. При дисгермином и тератом съществува риск от двустранно ангажиране и се препоръчва следоперативно проследяване с ултразвук на останалия яйчник. При съмнение за злокачествен тумор от образните изследвания, по-подходящо е извършването на лапаротомия за отстраняване на тумора и стадиране с оглед намаляване на риска от разпространение. В случаите, когато рискът от злокачествено заболяване е нисък или несигурен, може да се обсъди минимално инвазивен подход (лапароскопия или роботизирана хирургия). Ако диагнозата е поставена следоперативно, не се препоръчва радикална хирургия и трябва да се избягва лимфадендектомия за стадиране. Открояването на лимфните възлите трябва да се извършва само когато има данни за метастази, установени по време на операцията и / или с образно изследване- MRI или СТ. При напълно отстранени новообразувания в IA стадий с отрицателни туморни маркери след операцията, активното наблюдение е предпочитаният подход. В IA стадии без радикална операция, е опция провеждането на 2 цикъла адювантна химиотерапия. Лечението на новообразувания в IB стадий (редки случаи) е сложно и трябва да бъде обсъдено според хистотипа на тумора в двата яйчника. В случаите на IC1 стадии са възможни и двата

варианта (химиотерапия - максимум 2 цикъла или активно наблюдение). При пациентки с IC2 и IC3 стадий от всички хистологични видове трябва да се приложи адювантна химиотерапия - максимум 3 цикъла.

Лечение на напреднал стадий

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

заболяване на яйчниците, което включва gliomatosis peritonei (морфологично доброкачествена глиална тъкан без незряли елементи), не се изисква пълна хирургична резекция на перитонеалната болест (ако операцията е твърде инвазивна), но тогава трябва да бъдат извършени големи и множествени биопсии, за да се гарантира, че във всички участъци тъканите са зрели и глиални.

Лечение на рецидивите

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

включване на стволови клетки. Ролята на спасителната хирургия при рецидивираща болест не е добре дефинирана.

Проследяване

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

- мониторинг на потенциалната токсичност в дългосрочен план (различни органи, ендокринни жлези, функция на слуха)
- MRI трябва да се прилага винаги, когато е възможно, с оглед да се избегне излагането на радиация,
- трябва да се използват възрастови въпросници за самоотчет за проверка на психологичните късни ефекти
- след нормализиране на туморните маркери, проследяването е на всеки 2 месеца
- проследяване на оплакванията на пациентката.

Тумори на стромалната полова връв

Диагноза, хистопатология, стадиране и проследяване.

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

Клиничното стадиране следва препоръките, дадени в общия раздел.

Различните имунохистохимични маркери имат стойност при диагностицирането и включват: инхибин (най-специфичен), калретинин, CD56, мелан А, CD 99, стероидогенен фактор-1 (SF-1), FOXL2 и WT1. При всички тези маркери има проблеми по отношение на чувствителността и специфичността, и те трябва да се използват комбинация, а не да се разчита

на един маркер. Тези маркери, са с ограничена стойност при разграничаване на различни неоплазми от тази група. Патологичната оценка трябва да включва описание на степента на диференциация (високо, умерено, или слабо диференциран) и наличието на специфична хистологична характеристика -в това число и присъствието на хетерологични елементи (обикновено муцинозни, жлезисти, кости, мускули или хрущяли). Пациентките с гинандробластом, трябва да бъдат прегледани за други нарушения, които може да бъде свързан със синдрома на DICER1, поспециално заболяване на щитовидната жлеза и разнообразие от необичайни новообразувания. Трябва да се вземе фамилна анамнеза и генетичен анализ на DICER1 трябва да започне заедно с генетичното консултиране. Предвид риска от съчетание с пролиферативни лезии на ендометриума (хиперплазия и /или ендометриален карцином) поради хормоналното производство, се препоръчва вземане на проби от ендометриума при възрастни пациенти с гранулозноклетъчен тумор. Няма данни, които да подкрепят нуждата от вземане на проби от ендометриума при момичета. Въпреки това трябва да се извърши образно изследване на ендометриума за оценка на дебелината на ендометриума. Не е определена ролята на PET-CT.

Лечение на ранен стадий

Извършват се изследване на перитонеалната течност или намазки от перитонеума, изследване на контралатералния яйчник, случайна сляпа биопсия от перитонеума, резекция на подозрителни лезии, и оментектомия. Системна дисекция на лимфните възли не се препоръчва. Резекция на лимфни възли трябва да се извършва само в случаи на съмнения за метастази в лимфните възли, установени с образна диагностика или интраоперативно. След цялостно стадиране, ако туморът бъде потвърдено като IA стадий, лечението е само хирургично. Изключения правят слабо диференцираните форми на тумори на стромалната полова връв с

хетероложни елементи или променена структура, където може да се помисли за радикално лечение. При туморите над IA стадии, може да се наложи химиотерапия. Само хирургично лечение е вариант в IC1 стадии на гранулозноклетъчен тумор. При девойки в IC2 и IC3 стадии на тумори на стромалната полова връв и при млади жени в IC стадии трябва да се прилага адювантна химиотерапия. При повечето пациенти се прилагат 3–4 цикъла Цисплатина.

Лечение на напреднал стадии

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

Лечение на рецидивите

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

Проследяване

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

При проследяването се провежда:

* мониторинг на потенциалната токсичности в дългосрочен план (различни органи, ендокринна система, функция на слуха);

** минимум 10 години;

туморни маркери ако са били повишени при диагнозата;

Въпросниците за самоотчет, подходящи за възрастта, трябва да се използват за проверка на късните психологически ефекти;

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

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

Дребноклетъчен карцином на яйчника от хиперкалциемичен тип

Диагноза, хистопатология, стадиране и проследяване

Когато диагнозата се подозира преди операцията, предоперативното стадиране включва КАТ на корем / гръден кош, изследване на серумен СА-125, калций, хромогранин А, и неврон специфична енолаза (NSE). Не е определена ролята на предоперативния PET-СТ. Оперативното лечение трябва да се извършва от екип, обучен в областта на лимфната дисекция и екстирпация на перитонеума. Хирургичният обем е по-обширен в сравнение с другите хистологични видове, и епителния рак на яйчниците. Поставянето на диагноза може да се окаже трудна, като се имат предвид различните тумори с малки кръгли клетки. Имунохистохимията за SMARCA4 (BRG1) може да бъде изключително полезна, тъй като над 95% от тези неоплазми

показват загуба на ядрена имунореактивност с този маркер, докато има задържане на ядрена имунореактивност в почти всички други хистологични видове. Двойната загуба на SMARCA4 (BRG1) и SMARCA2 (BRM) може да бъде полезен при диагностиката. Тъй като в значителна част от случаите е налична мутация на зародишна линия SMARCA4, понастоящем всички жени със дребноклетъчен карцином трябва да бъдат подложени на генетична консултация и SMARCA4 секвениране на зародишната линия. Ефикасността на редовните изследвания на корема с УЗИ и ЯМР и за SmarCA4 мутационните носители не са определени. Профилактичната оофоректомия следва да се обсъди при здрави момичета, носители на SMARCA4 мутации. Оптималната възраст за тази оофоректомия обаче не е определена.

Лечение на ранен стадии

Когато хистологичната диагноза е сигурна, хирургичното лечение включва хистеректомия и двустранна салпингектомия с перитонеално стадиране и пълна тазова и парааортна лимфаденектомия дори и за пациенти в I стадии, защото прогноза е лоша, има високия риск от екстраовариално разпространение на тумора и загубата на функцията на останалия яйчник след интензивното адювантно лечение. Не се препоръчва консервативен подход. Адювантна химиотерапия включва комбинации на Платина (обикновено, Цисплатина и Етопозид). Може да се обмисли включването на Паклитаксел в комбинация с Платина. Лъчетерапията може да се използва в мултимодален подход след химиотерапията, но ролята и обаче все още не е добре дефинирана. При пациенти без данни за заболяване след първоначалната химиотерапия, по-интензивна химиотерапия, подкрепена със стволови клетки може да се прилага.

Лечение на напреднал стадии

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

Лечение на рецидивите

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

Проследяване

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

Литература

1. https://eacademy.esgo.org/pdfviewer/web/viewer.html?file=https%3A//eacademy.esgo.org/util/document_library%3Fdc_id%3D6402%26g_id%3D41%26vxc%3D/esgo/document_library%3Fdc_id%3D6402%26f%3Dlisting%253D3%252Abrowseby%253D8%252Asortby%253D2%252Amedia%253D11%252Alabel%253D19912%252Afeatured%253D16231

Ускорено възстановяване след операция- ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)-концепция, основни принципи и елементи на протокола в оперативната гинекология

Явор Корновски, Йонка Иванова

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

Ускореното възстановяване след операция (ERAS-enhanced recovery after surgery) е система от мероприятия, които се прилагат основно периперативно-непосредствено преди и по време на операция, както и в ранния следоперативен период. Тази система се прилага при отворени операции в различни специалности, включително в гинекологията. Целта на тези мероприятия и мерки е да се смекчи стреса от оперативната намеса върху функционирането на органите и системите и по този начин се постигне по-бързо възстановяване, с по-малко усложнения и да направи периперативните резултати сравними с тези от минимално-инвазивните процедури. Въвеждането на ERAS протоколи в клиничната практика се налага в последните години в много центрове основно в САЩ, но и в Европа, поради прякото повлияване на болничния престой, цената на здравната услуга и ползите за пациента, неговите близки и лекуващия го персонал. В доклада са представени основните акценти на ERAS протоколите в оперативната гинекология, включително и онкогинекология. Отделено е внимание на ползите за здравната система от придържането към тези протоколи в условията на глобална COVID-19 пандемия. Знанието ни за тези протоколи, базирани на доказателствената медицина, трябва да ни води при прилагането им в ежедневната практика. Най-важни остават практическото приложение и одит на отделните компоненти на ERAS. Докладването на резултати от прилагането на ERAS протоколи в различни клинични центрове ще обогати знанието и опита ни в областта на периперативните грижи, продължителността на болничния престой,

моделите на възстановяване при различни отворени операции, както и профила на усложненията. Всичко това би имало пряко отношение към цените на отделните здравни услуги и здравната система като цяло.

СТРАТИФИЦИРАНА МУЦИН-ПРОДУЦИРАЩА ИНТРАЕПИТЕЛНА ЛЕЗИЯ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Весела Иванова¹, Димитър Методиев²

¹Катедра по обща и клинична патология, МФ, МУ – София; УМБАЛ „Александровска” – София, ²Патохистологична лаборатория, МБАЛ Надежда – Болница за женско здраве; Лаборатория по невропатология, УМБАЛ “Св. Иван Рилски”, София

Стратифицираната муцин-продуцираща интраепителна лезия (stratified mucin-producing intraepithelial lesion – SMILE) е рядка HPV-асоциирана преканцероза с произход от цервикалните резервни клетки, описана за първи път от Park et al. през 2000 г. SMILE се открива в 0.6% от биопсичните материали от маточна шийка, като показва морфологично сходство както със сквамозните интраепителни лезии (squamous intraepithelial lesions – SIL), така и с цервикалния аденокарцином in situ (adenocarcinoma in situ – AIS). Според 4-та редакция на Класификация на туморите на женски репродуктивни органи на Световната здравна организация, SMILE се определя като вариант на AIS; въпреки това някои автори предлагат SMILE да се разглежда като отделен тип – аденосквамозна интраепителна лезия. Авторите дискутират детайлно хистологичната и имунохистохимична картина на SMILE през призмата на собствен клиничен опит.

**Редки тумори на матката - класификация, диагноза,
епидемиология, лечение**

Явор Корновски (1), Весела Иванова (2), Димитър Методиев (3), Йонка
Иванова (1)

1. МУ-Варна; МБАЛ „Св. Анна-Варна“ АД; Гинекологична клиника
2. МУ – София, Катедра „Обща и клинична патология“, УМБАЛ „Александровска“, Клиника по обща и клинична патология
3. МБАЛ „Надежда“, Патохистологична лаборатория; УМБАЛ „Св.Иван Рилски“, Лаборатория по патология

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

Изводи:

1. Хирургичното лечение е основно и пръв избор за всички редки тумори на матката, като лимфната дисекция е задължителна.

2. Повечето проучвания са малки ретроспективни анализи.

3. Алгоритмите на лечение, основани на научни доказателства, са изведени от ретроспективни проучвания върху малък брой пациенти.

4. Квалификацията на хистопатолога и хистологичната диагноза са от съществено значение за лечението и прогнозата на редките тумори на матката.

Венозен тромбемболизъм при пациенти с ендометриален карцином

Йорданка Ямакова¹, Неделина Куртелова², Росен.Петков²

¹УСБАЛО, гр.София, ²МБАЛББ”Света София”, гр.София

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

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

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

Резултати: Стадият и вида на ЕК и не провеждането на лечение са независими рискови фактори за ВТЕ. Презентацията разглежда коморбидностите, които имат значение за ВТЕ. Повишен риск от тромбоемболично събитие има през първата година от диагностицирането на ЕК. При хемодинамично стабилни пациенти с ЕК и подозрение за ВТЕ диагностичният процес протича в 3 етапа : Първи етап - оценка на клиничната вероятност за ВТЕ. Основава се на *анамнезата и клиничната симптоматика*. Използват се стандартизираните системи Wells и Geneva. Втори етап –D-димер тест. При пациентите с ЕК може да се използва и като предоперативен скрининг за откриване на „тих” ВТЕ, чиято честота е около 9%. Трети етап - образни диагностични методи: КТ пулмоангиография, вентилационно/перфузионна сцинтиграфия, ехокардиография, ултразвуково изследване на дълбоки вени, торакален ултразвук. Акцент на презентацията е алгоритъмът на поведение при онкологични пациенти с ВТЕ. Той се изгражда на базата на клиничната оценка, диагнозата, оценката на риска, лечението и оценката на клиничния ход при пациенти с ЕК.

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

ДОКЛАДИ

Хирургично лечение при авансирал овариален карцином – съвременни аспекти.

BRAC 1 и BRAC 2 мутации при болни карцином на яйчника.

Г. Чакалова

Клиника по гинекология УСБАЛО

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

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

Резултати: При 10 болни (37%) са установени BRAC мутации, а при 17 болни (63%) не са установени. При 1 пациентка са установени и BRAC 1 и

BRAC 2 мутации. От изследваните 54 проби за BRAC 1 и BRAC 2 мутации, в 11 проби (20%) за установени мутации, а в 43 проби (80%) не са установени мутации. BRAC 1 мутации са установени при 6 болни (22%) и не са установени при 21 болни (78%), а BRAC 2 мутации са установени при 5 болни (18%) и не са установени при 22 болни (82%). От 10 болни с BRAC мутации, 8 са в IIIС стадии (при 1 болна са установени и двете мутации), 1 в IA стадии и 1 в IC стадии. От 10 болни с BRAC мутации, 6 са със серозен карцином (при 1 болна са установени и двете мутации), 3 са с аденокарцином и 1 със светлоклетъчен рак.

Изводи: Получените от нас данни показват, че честотата на BRAC 1 и BRAC 2 мутациите е еднаква и се наблюдава при повече от 1/3 от болните. Преобладават болните със ниско диференциран серозен карцином и тези в IIIС стадии. Изследването за BRAC мутации трябва да се насърчава, защото оптимизира лечението на болни със рак на яйчника.

ПРОУЧВАНЕ ДИАГНОСТИЧНИТЕ И ТЕРАПЕВТИЧНИ ВЪЗМОЖНОСТИ НА ЕЛЕКТРО-БРИМКОВАТА ЕКСЦИЗИЯ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Св. Славов, Б. Славчев, С. Кедикова, Е. Тюфекчиева, Цв. Попова, Н.
Петракиева

I-ва Гинекологична клиника, СБАЛАГ “Майчин дом” ЕАД

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

За да се оценят предимствата и недостатъците на електробримковата ексцизия на МШ сравнени с класическата конизация се проведе ретроспективно и проспективно клинично проучване за периода 2012-2015 год., обхващащо пациентки на възраст между 10-69 год. Участниците в проучването са разделиха в две основни групи: гр.1 - LLETZ -552 жени и гр.2 – Conisatio -200 жени (141 със сепарирано абразиво по време на конизацията). Приложиха се следните диагностични методи: гинекологичен преглед, цитонамазка, колпоскопия, насочена биопсия и хистопатологично изследване. Конизациите бяха извършени в I-ва Гинекологична клиника на

СБАЛАГ “Майчин дом”, а LLETZ процедурите в МЦ “ Д-р Божидар Славчев”

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

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

По отношение анализ на здравното състояние на изследваните групи се оказва, че най-високата честота на ексцизионни техники е във третата и четвъртата декада от живота.

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

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

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

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

По отношение влиянието на оперативната техника върху близките и далечни терапевтични резултати в двете групи се оказва, че тя няма

значение за ефективността на процедурите – както за LLETZ, така и за конизация.

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

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

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

Недвусмислено е становището, че конизацията се асоциира с повишен морбиден риск в сравнение с други методи на терапия, особено що се отнася до акушерските последици.

Предвид добре известните практически условия за извършване на класическа конизация, свързани с болничен престой, осигуряване на операционна зала с оперативен екип от квалифициран персонал и не малък набор инструменти и пособия правят LLETZ все по-предпочитана методика като съвременен диагностичен и терапевтичен избор при лечение на CIN.

СЛУЧАЙ НА БЪРЗО РЕЦИДИВИРАЩ ТУМОР НА ВУЛВАТА

Г. ЧАКАЛОВА

УСБАЛО

Представен е случай на пациентка на 72 години с диагноза Карцином на вулвата T2NxM0 (лява лабия), оперирана в КОЦ на 22.04.2016, като е направена радикална вулвектомия. Хистологичен резултат № 5980-82 от 25.04.2016 –недиференциран спиноцелуларен карцином. Следоперативно е провела перкутанна лъчетерапия само 40 Gr за лява ингвинална област. На 25.02.2020 е оперирана в КОЦ заради локален рецидив в областта на интроитус вагине, като е извършена екстирпация на рецидива. Хистологичен резултат № 2447-2450 от 04.03.2020 – умерено диференциран плоскоклетъчен карцином с вретеновидно клетъчна диференциация. ИХХ – р63 – позитивен (+), Цитокератин АЕ1/АЕ3 – негативен (-), Дезмин - негативен (-). Решение на онкологичен комитет № 2956 от 06.03.2020 - за диспансерно наблюдение и КАТ. От направеният КАТ на 24.03.2020 се установява персистенция на туморния процес в областта на влагалището и е насочена към УСБАЛО. При постъпването, гинекологичния преглед показва: ВПО-състояние след радикална вулвектомия. В долната 1/3 на влагалището по задната стена и латерално в ляво се палпира туморна лезия с размери 5 x 6 см. ПВКУ-гладко, матката е не уголемена, аднекси - б.о. Решение на онкологичен комитет № 1847 от 02.04.2020 – подлежи на оперативно лечение. На 06.04.2020 болната беше оперирана, като се направи радикално отстраняване на тумора на влагалището с резекция на ректума. Хистологичен резултат № 7076-77 от 07.04.2020 –недиференциран плоскоклетъчен карцином. На 14.04.2020 болната беше изписана без персистенция на туморния процес и възстановен чревен пасаж. Решение на онкологичен комитет № 1975 от 13.04.2020 –подлежи на диспансерно наблюдение. На 04.05.2020 пациентката се яви на контролен преглед с оплакване

за болки, кървене и фебрилитет. Гинекологичния преглед показва: ВПО-състояние след радикална вулвектомия - туморна формация в ляво с размери 13 x 6 см., достигаща и инфилтрираща сфинктер ани и преминаваща към долната 1/3 на влагалището по задната стена и латерално в ляво. Туморът е в разпад, кърви спонтанно, а при допир, кървенето се засилва. Решение на онкологичен комитет № 2220 от 04.05.2020 –подлежи на лъчелечение с хемостатична цел. Нв -115. Болната беше хоспитализана на 05.05.2020 за провеждане на лъчетерапия 5 x 4 Gr. От направеният КАТ на 05.05.2020 се установява персистенция на туморния процес в областта на вулвата и влагалището с инфилтрация на ануса. Заради фебрилитет (38° С) и левкоцитоза (30 000) беше включено антибиотично лечение. Поради нехарактерните за спиноцелуларен карцином бърза прогресия на тумора и макроскопския му вид, се поиска ревизия на последните хистологични препарати. Ревизия на хистологични препарати № 7076-77 от 07.04.2020- Материал от влагалище – инфилтрация от карциносарком. От направената ИХХ :SMA – позитивен (+), Цитокератин AE1/AE3 – огнищно позитивен (+), Дезмин - негативен (-), Ег - негативен (-), S100- негативен (-). С потвърждаването на карциносарком с ИХХ се обясниха бързите рецидиви на тумора. Лечебен ефект от провежданата лъчетерапия с последваща химиотерапия при този хистологичен вид не следва да се очаква. Болната беше консултирана с хирург и се взе решение след приключване на лъчелечението с хемостатична цел да се пристъпи към задна екзентерация. Пациентката приключи ЛТ на 12.05.2020 като реализира 5 x 4 Gr. Пациентката категорично отказа предложеното и оперативното лечение-задна екзентерация и беше изписана. Пациентката почина на 14.05.2020. Представеният случай показва трудната хистологична диагноза на редките злокачествени тумори на вулвата и бързото развитие на карциносарком на вулвата.

Психично функциониране при пациенти с онкологично заболяване

А. Милушева

УСБАЛ по Онкология-гр. София

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

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

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

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

Често ракът показва, че някъде в живота на човек е имало нерешени проблеми, които се засилват или усложняват поради поредица от стресови ситуации, възникнали от шест месеца до година и половина преди появата на рака. Типична реакция на пациент с рак на тези проблеми и стресове е усещането за безпомощност, отказ от борба. Тази емоционална реакция води задействие на поредица от физиологични

процеси, които потискат естествените защитни механизми на организма и създават условия за появата и развитието на тумор.

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

1.Началото на болестта съвпада по време със значими травмиращи събития в живота на индивида;

2.Лечението на онкологичното заболяване е стресогенно;

3.Личностните модели за справяне по време на лечението повлияват не само качеството на живот на пациента, но и на прогнозата.

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

Димитър Методиев¹, Весела Иванова²

¹Патохистологична лаборатория, МБАЛ Надежда – Болница за женско здраве; Лаборатория по невропатология, УМБАЛ “Св. Иван Рилски”, София, ²Катедра по обща и клинична патология, МФ, МУ – София; УМБАЛ „Александровска” - София

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

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

диференциално-диагностични аспекти на ISMC с други редки хистологични форми на карцином на маточната шийка.

**Диагностични затруднения на овариален карцином при пациентки с
чернодробна недостатъчност – литературен обзор с принос на два
клинични случая**

А. Гановска, С. Ковачев

Клиника по обща и онкологична гинекология, Военномедицинска
академия - София

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

Представяме два клинични случая на пациентки с различни заболявания и повишени стойности на СА 125. При първия клиничен случай се касае за пациентка с асцит и повишени туморни маркери с декомпенсирана чернодробна недостатъчност при която при подготовка за чернодробна трансплантация се установи карцином на яйчника. Втория клиничен случай е на пациентка с повишени туморни маркери, асцит и съмнение за овариален карцином, но след диагностична лапароскопия се установи макронодуларна чернодробна цироза с неясна етиология.

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

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

Честота, лимфно и локално разпространение на серозен ендометриален карцином – ретроспективно изследване

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

Клиника по обща и онкологична гинекология – Военномедицинска академия, София.

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

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

Резултати. От 123 (100%) с ендометриален карцином включени в изследването хистологично с аденокарцином са 106/86.2%, серозен карцином 9/7.3%, карциносарком 4/3.3%, светлоклетъчен 4/3.3% и с плоскоклетъчен 0/0%. В изследването останаха и бяха обработени резултатите на 115 (100%) жени: n-106/92.2% с аденокарцином и n-9/7.8%

със серозен карцином. При тези пациентки са извършени 8 радикални хистеректомии тип В1, 80 тип В2, 4 тип С1 и 23 тип С2. В групата жени с аденокарцином са извършени 95 тазови и 11 тазови и парааортални лимфни дисекции, респективно при тези със серозен карцином 1 тазова и 8 тазови и парааортални. При пациентките с аденокарцином лимфни метастази няма при 90/78.3%, само тазови се откриват при 9/7.8%, тазови и парааортални при 7/6.1%. В групата на серозния рак лимфни метастази нямат 2/1.7%, тазови имат 4/3.5%, тазови и парааортални 2/1.7% и само парааортални 1/0.9%. Открива се статистически значима (< 0.00001) разлика по отношение на лимфните метастази на двата хистологични типа ендометриален карцином. Локално разпространение извън маточната кухина се открива при 24/20.9% от жените с аденокарцином и при 6/5.2% от тези със серозен. Открива се статистически значима ($p = 0.003881$) разлика по отношение на локалното разпространение на двата хистологични типа ендометриален карцином.

Заключение. Установената от нас честота на серозен ендометриален рак от 7.3% е по-ниска от световната такава. Пациентките със серозен ендометриален рак имат статистически значимо по-често лимфни метастази и локално разпространение в сравнение с тези с ендометриален аденокарцином

ERAS (Enhanced recovery after surgery) системата и нейното прилагане (одит) при отворена гинекологична хирургия-първи резултати от наше проспективно проучване

Йонка Иванова, Явор Корновски

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

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

Клиничен контингент: От 01.07.2020г започна проспективно проучване за приложимостта на ERAS протоколи в гинекологията и създаване на модели за следоперативно възстановяване в Гинекологична клиника на МБАЛ„Св.Анна-Варна“ АД. За периода 01.07-31.07.2020 бяха включени 10 пациента подложени на отворена хирургия, оперирани по протоколи ERAS . Пациентите са със следните диагнози: myoma uteri-5; ca endometrii-2;kysta ovarii-2; ca ovarii-1. Видовете операции са следните:LHT sine adnexes bill-2; LHT cum adnexes bill-5; LHT cum adnexis sin-1; LHR class II cum adnexes bill et lymphonoductectomia paraaortalis-1; LHR class III cum adnexes bill et lymphonoductectomia pelvis et paraaortalis. Видовете лапаротомия са както следва: срединна лапаротомия-9; лапаротомия a modo Pfannenstiel-1

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

един пациент е създадена карта за проучване, отчитаща различните показатели в различните дни в периоперативния период.

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

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

Рядък случай на карциносарком на яйчник с масивно лимфогенно метастазиране

Явор Корновски (1), Стоян Костов (2), Станислав Стоилов(2), Йонка Иванова (1), Станислав Славчев (1), Екатерина Трендафилова(1), Деян Дженков (3)

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

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

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

Представен е случай на 53 годишна жена без придружаващи заболявания и запазено общо състояние с двустранни кисти на яйчниците, суспектни за малигнени и без данни за асцит. Интраоперативно ,освен кистозните яйчникови формации се установиха обемни пакети парааортални лимфни възли плътно сраснали с долна празна вена, коремна аорта, долна мезентериална артерия и превертебралната фасция. Експресната хистология доказва диагнозата яйчников карцином, която по-късно на траен препарат бе карциносарком на яйчник и липса на туморни клетки в перитонеалния смив. Единствената проява на авансирания процес бе ретроперитонеалната лимфогенна дисеминация. Извърши се екстирпация на всички лимфни пакети като се лигира *a. mesenterica inf*, лява и дясна овариални вени се лигираха при вливането им съответно в долна празна вена и лява ренална вена. Интраоперативно настъпи лезия на *v. cava inferior*, която се заши с бавно резурбируем конец 4/0. Ранният следоперативен период протече гладко, но след 15 ден се наложи рехоспитализация по повод усложнения, които по-късно бяха овладяни.

Изводи: Образните методи на диагноза като ЯМР на малък таз могат да пропуснат изолирана парааортална патология; при клиничен I или II

стадии карцином на яйчника е много важно, освен перитонеална да се извърши и ретроперитонеална инспекция и стадиране ; при III-IV стадий овариален карцином първичната хирургия без остатъчен тумор се асоциира с най-голяма преживяемост; този тип екстензивна хирургия води до висока честота на усложнения (интра- и следоперативни) и трябва да се извършва при млади (<60 г) и физически добре подготвени и здрави пациенти, както и в специализирани центрове с добре обучени и подготвени екипи; изолираната масивна ретроперитонеална дисеминация може да е проява на рядък яйчников тумор.

Скалпелна конизация при бременност II триместър и карцином на шийката –принос с един случай

Явор Корновски (1), Станислав Стоилов (2), Павел Добрев (3), Йонка Иванова (1), Екатерина Трендафилова (1), Стоян Костов (2), Станислав Славчев (1)

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

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

3. КОЦ-Бургас, Онкогинекологично отделение

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

Конизацията по време на бременност е рискована операция, която може да се усложни с неовладяемо кръвотечение и опасност от инфекция, хориоамнионит, преждевременно пукане на околоплодния мехур, както в ранния следоперативен период, така и по-късно и да доведе до и аборт или преждевременно раждане. Тази процедура в условия на бременност е оправдана и индицирана , като диагностична за определяне на инвазия в случаите, когато чрез колпоскопия или биопсия не може да се изключи инвазивен карцином. Според Ръководството на БДАГ съвместно с БАОГ конизацията по време на бременност се съчетава с едновременно

налагане на серкляж по Mc Donald.Оптималният срок за тези процедури е II –ри триместър. Случаят е демонстративен за ролята и значението на колпоскопията за определяне на лечебната тактика при бременни с абнормна цитология, както и за приложимостта на конизацията и цервикалния серкляж в една манипулация при бременни, суспектни за инвазивен карцином.

**Карцином на вулвата – II стадий по FIGO- широка локална
ексцизия, резекция на уретра и възстановяване на дефекта- наша
модификация** Явор Корновски (1), Станислав Стоилов(2), Никола
Дончев(3), Йонка Иванова (1), Стоян Костов (2), Станислав Славчев
(1), Екатерина Трендафилова(1)

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

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

3. МУ-София, студент, стажант-лекар

Карциномът на вулвата засяга предимно жени в напреднала и старческа възраст, разпространява се бързо, както локорегионално, така и лимфогенно. Предвид възрастта на пациентите и спецификата на туморна локализация върху ВПО, пациентите дълго време игнорират или се срамуват да споделят проблема си и това води до засягане на важни анатомични структури, разположени на ограничено пространство, близо една до друга (влагалище, анус, уретра). Засягането на тези органи от туморния растеж е причина в голяма част от случаите диагнозата да се поставя в II-III стадии по FIGO . От друга страна напредналата възраст, коморбидността, нарушения нутритивен статус и спецификата на локалния статус (менопауза, атрофия, условия за бактериална контаминация) обуславят трудното зарастване на оперативната рана. Не на последно място, за да се получи адекватна от онкологична гледна точка радикалност, особено при по-големи тумори се отварят големи дефекти, за чието зарастване се изисква използване на кожа и подкожие по съседство като пластичен материал. Към сложността на хирургичното лечение при голяма част от случаите се прибавя и резекцията на дисталната уретра с цел осигуряване на поне 2 см отстояние на резекционната линия от тумора. Всички тези фактори в съвкупност правят оперативното лечение на карцинома на вулвата голямо

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

**Интраоперативна консултация (гефрир) в гинекологична патология –
индикации, методи, предизвикателства.**

С. Бачурска

Клиника по обща и клинична патология, УСБАЛЮ – София

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

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

Случай на сарком на матката и рак на апендикса - СПТМ.

Проф. Г. Чакалова 1 , Е. Ангелова 2

Клиника по гинекология 1, Клиника по коремна хирургия 2, УСБАЛО

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

Представен е случай на болна на 71 години, постъпила в клиниката по гинекология на УСБАЛО за оперативно лечение след решение на онкологичен комитет с хистологично доказан ниско диференциран аденокарцином на ендометриума. На 03.08.2020 г. беше оперирана. Интраоперативно се установи уголемена матка колкото м. л. 2, нормални аднекси и туморна формация в областта на апендикса с диаметър 6 см. Беше извършена радикална хистеректомия с аднексите с двустранна тазова лимфна дисекция и апендектомия. Хистологичен резултат 20/14509-04.08.2020-Стена на апендикс с огнищна инфилтрация ат аденокарцином. Първичен карцином на апендикса с мукоцеле. Влагалище-б.о. Маточна шийка-б.о. Матка с лейомиом. Тумор- инфилтрация до ½ от маточното тяло от анапластичен стромален сарком. Леви и десни аднекси-б.о. Тазови лимфни възли в ляво – 9 бр. с хроничен лимфаденит. Тазови лимфни възли в дясно – 6 бр. с хроничен лимфаденит. Болната беше стадирана като T1N0M0 по отношение на саркома на матката и T1NxM0 по отношение на рака на апендикса. Следоперативния период протече гладко. Болната беше изписана с решение № 4366 от 17.08.2020 г. на онкологичен комитет за провеждане на адювантна химиотерапия с Епирубицин и Ифосфамид. В

процеса на проследяване на онкогинекологичното заболяване следва да се проследява и с Са 19-9 за рака на апендикса. Прогнозата за пациентката е лоша. В достъпната литература не установихме съобщение за друг случай на СПТМ на сарком на матката с рак на апендикса.

Забавена операция за метастази в ЛВ от карцином на ендометриума

Г. Чакалова, П. Костова, Р. Стоянов

Клиника по гинекология, УСБАЛО

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

Представяме болна на 57 г. , на която през март 2017 г. в друго лечебно заведение е направено абразио с хистологичен резултат № 891-30.03.2017 г. – умерено диференциран папиларен аденокарцином. След решение на онкологичен комитет е оперирана в същото лечебно заведение на 04.05.2017 г. като е направена тотална хистеректомия с аднексите- хистологичен резултат № 1222-04.05.2017 г. – умерено диференциран ендометроиден аденокарцином с инфилтрация с повече от 1/2 на миометриума. Лейомиом, маточна шийка-хроничен цервицит. Аднекси двустранно-б.о. Болната е стадирана като T1cN0M0 – I стадий. На онкологичен комитет № 14 от 09.05.2020 г. е решена за провеждането на съчетана перкутанна и интравагинална брахитерапия. От 20.06.2017 г. до 25.07.2017 г. е провела интравагинална брахитерапия 6 x 5 Gr. Заради обострен улцерозен колит е взето решение да не се провежда перкутанната лъчетерапия. През юли 2018 г. болната е оперирана заради карцином на пикочния мехур като е направен ТУ ТУР. Хистологичен резултат № 7017-04.07.2018 г. – вилозен аденокарцином на пикочния мехур предимно интерстициален тип с интрацелуларна слузопродукция. Следоперативно до юли 2019 г. е провеждала интравезикална химиотерапия (аплициране на Епирубицин в пикочния мехур). При направен КАТ са установени метастатични ЛВ

параилиачно в ляво. Пациентката е провела 8 курса ХТ с Гимзар и Карбоплатина до март 2020 г. На контролен КАТ на 10.07.2020 г. е установена прогресия на метастазите в ЛВ – в ляво метастаза с ангажиране на левия псоасен мускул с размери 56/52 мм в аксиален план и надлъжен размер 87 мм., и параилиачни ЛВ с размери 33/28 мм до бифуркацията на аортата и реналните съдове. Десните ЛВ са с размери 10 мм. Установена е и лека хидронефроза на левия бъбрек. Химиотерапевтите биват озадачени от прогресията на заболяването на фона на химиотерапията (за лечение на рак на пикочния мехур) и едва тогава приемат, че метастазите в ЛВ най-вероятно са от рака на ендометриума и болната е насочена за консултация към клиниката по гинекология на УСБАЛЮ. На онкологичен комитет № 4031 от 30.07.2020 г. е решена за тазова лимфна дисекция и второ ниво в ляво. На 10.08.2020 г. болната постъпи в клиниката и беше оперирана на 11.08.2020 г. Ин ситу-в ляво метастатични лимфни възли във фоса обтуратория и до мускулус псоас (възел на Cloquet- Rosenmuller), и до бифуркацията на артерия илиака комунис. Направи се тазови лимфна дисекция в ляво до бифуркацията на аортата и реналните съдове, като се екстирпират 8 бр. лимфни възли. В дясно ЛВ бяха неуголемени и се направи тазова лимфна дисекция, като се екстирпират 4 бр. лимфни възли. Хистологично 20/15095-102 от 12.08.2020 г. В ляво- 8 бр. ЛВ, от които 5 са с метастази с характеристиката на нискодиференциран светлоклетъчен аденокарцином с транскапсуларна инвазия и туморни депозити в околни меки тъкани (метастази от рак на ендометриума). В дясно изследвани 4 бр. ЛВ без метастази. От направената имунохистохимия 20-15095 с p53 се установи, p53 (+) позитивна експресия - метастазите са от ниско диференциран серозен аденокарцином.

Следоперативния период протече гладко. Болната е стадирана като T1vN1M0 – III стадий. На онкологичен комитет № 4464 от 20.08.2020 г. подлежи на следоперативно лъчелечение. Болната беше изписана в добро

общо състояние на 21.08.2020 г. и насочена за провеждане на лъчетерапия. Случаят представлява интерес заради множеството грешки свързани с лечението на пациентката:

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

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

Предложение на БАОГ за колпоскопска номенклатура и промени в обучението по колпоскопия и деструктивно лечение на предраковите изменения на шийката на матката, влагалището и вулвата.

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

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

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

Спешни състояния в онкогинекологията

Р. Велев, А. Начева

2- ра СБАЛАГ Шейново

В презентацията се разглеждат състоянията, които пораждаат спешност и изискват неотложна намеса при пациенти с онкогинекологични заболявания. Това са състояния предизвикани от самото онкологично заболяване, както и неговите усложнения. Показани са възможните подходи и обичайните терапевтични процедури. Във втората част се разглеждат и спешни състояния и процеси възникнали вследствие на лечебните процедури, които се прилагат при тези пациенти и техните усложнения, които включват не само хирургични такива, но и усложнения вследствие на лъчетерапия и химиотерапия.

Грануларноклетъчен тумор на пикочния мехур. Случай от практиката.

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

Грануларноклетъчният тумор, или познат още като тумор на Абрикосов, е рядко мезенхимно новообразувание, което може да се развие в различни част от тялото. Дисфункция в метаболизма на швановите клетки е основната хипотеза за развитието на тумора. Засяга по- често женския пол -(3 : 1) и негроидната раса. Голяма част от грануларноклетъчните тумори са бенигнени, като по- малко от 2 % са злокачествени, но с много лоша прогноза. Различни образни изследвания се използват в диагностиката, като най- често се установяват единични, и по- рядко множествени нодули с различни размери и органна локализация. Интраоперативната експресна хистология е с ограничени възможности- най-често установява тумор с мезенхимен произход и евентуално съмнение за малигненост. Окончателната диагноза се базира на критериите на Фанбург- Смит и на имунохистохимично изследване. Представяме случай на 30- годишна пациентка с грануларноклетъчен тумор на пикочен мехур.

Лезия на проксимален уретер след радикална хистеректомия с пара-аортална лимфна дисекция- диагностични затруднения и проблеми на хирургичното лечение.

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

Репродуктивните органи и пикочните пътища са тясно свързани анатомично и ембриологично. Познаването на анатомичните особености играе важна роля за предотвратяване на увреждане на пикочните пътища по време на гинекологична хирургия. Основният подход за превенция е внимателната хирургична дисекция и познаването на топографията на структурите на пикочните пътища в рамките на хирургичното поле. Най-често ятрогенно увреждане се наблюдава в пикочния мехур и дисталния уретер с честота около 60%. По-рядко се увреждат проксимален уретер и бъбреците. Установените интраоперативно увреждания се възстановяват лесно и без съществени последствия, докато неразпознатите, освен диагностично и хирургично предизвикателство, могат да причинят тежки усложнения. Представяме случай на 34 годишна жена след радикална хистеректомия, с неразпознато интраоперативно високо увреждане на уретер.

МЯСТО НА ХИСТЕРОСКОПИЯТА В ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕНИЕТО НА АТИПИЧНАТА ПОЛИПОИДНА АДЕНОМИОМА

Александър Любенов, Десислава Кипрова, Славчо Томов, Григор Горчев

УМБАЛ " Св. Марина" - Плевен

Медицински университет – Плевен

Атипичният полипоиден аденомиом (АПА) е доброкачествен полипоиден тумор, който включва както епителни, така и мезенхимни лезии. Следователно АПА трябва да се диференцира от ендометриален полип, субмукозен лейомиом, ендометриоиден аденокарцином, аденосаркома и карциносаркома. Докато при жени в менопауза сеплата хистеректомия е лечение на избор, при млади жени, локалната резекция и внимателното следоперативно проследяване може да представлява подходящо лечение. Консервативното хистероскопско лечение с използване на четириетапна техника, при която всяка стъпка се характеризира с патологичен анализ е подходяща алтернатива както за пациентки, желаещи да запазят фертилитета си, така и за такива с висок риск за хистеректомия. Въпреки това, честотата на рецидивите на АПА е висока и могат впоследствие да се развият злокачествени тумори. Това налага прецизно изследване на всички получени проби, което е от решаващо значение за хирурга при избора на най-доброто лечение и определяне на неговата радикалност.

Хистологична класификация на рак на маточната шийка – информативност.

Йорданов А., Цветков Ч., Стратева Д., Янев Н., Кирилова В., Илиев И.
Клиника по онкогинекология , УМБАЛ „Д-р Г.Странски”ЕАД гр.Плевен

Рака на маточната шийка (РМШ) се разглежда като едно относително хомогенно заболяване. Смята се че над 98 % от него възниква в резултат на инфекция с HPV. Разделя се на три основни групи, като най- голямата от тях (80 - 85 %) се пада на плоскоклетъчния карцином. Останалите 15 -20 % се поделят между аденосквамозен и аденокарцином. Всеки един от тези типове има своите биологични и клинични особености, свързани както с преживяемостата, така и с необходимите методи за лечение. Всяка една от тези групи РМШ хистологично се разделя на хистологични субтипове, които допълнително проявяват специфични характеристики и трябва да се има предвид, когато се поставя диагнозата РМШ. Хистологичното разграничаване на плоскоклетъчен, аденосквамозен и аденокарцином не би трябвало да е достатъчно за определяне на терапевтичното поведение и диагноза.

Какво е мястото на предоперативната лъчетерапия при рака на шийката на
матката в България?

Цветков Ч. , Йорданов А., Стратева Д., Янев Н., Кирилова В.,Илиев И.
Клиника по онкогинекология , УМБАЛ „Д-р Г.Странски”ЕАД гр.Плевен

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

Цел: целта на настоящето е проучване е да се анализират резултатите от провеждането на предоперативна лъчетерапия при рак на шийката на матката в Клиника по онкогинекология при УМБАЛ "Д-р Георги Странски" гр. Плевен за период от 8г.

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