

РЕЗЮМЕТА
НА
19-ТА НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ
„НЕОПЛАЗМИ НА ДОЛЕН ГЕНИТАЛЕН ТРАКТ”

Хотел Хисар, 15 - 18 октомври 2015

Ваксинопрофилактика на заболявания свързани с
HPV с четиривалентна ваксина

Зл. Кълвачев

Болница „Софиямед”

През последните години бяха разкрити основни детайли, обясняващи ролята на човешките папиломни вируси (human papillomaviruses, HPV) в етиологията на различни видове рак. В същото време, ефективно специфично средство срещу тези вируси липсва. Тъй като имунната система играе основна роля в контрола на инфекциите, причинявани от HPV, навременната ваксинация засега е единствената реална възможност за предпазване от заразяване. Настоящата презентация обсъжда актуализирана информация относно разнообразните начини за заразяване с HPV, различните локализации на HPV-свързания рак, ролята и значението на противo-HPV ваксинацията, както и перспективите в профилактиката на инфекциите, причинени от HPV.

КЛЕТЪЧЕН И СТРУКТУРЕН АТИПИЗЪМ В ДОЛНИЯ ГЕНИТАЛЕН
ТРАКТ НА ЖЕНАТА

Н. Василев

УМБАЛ „Софиямед“, София

Вече разполагаме с молекулярна класификация на рака на ендометриума и (поне отчасти) на „епителния“ овариален рак. Все още липсва единна молекулярна класификация на туморите в долния генитален тракт на жената. Това запазва водещото значение на атипизма като основен диагностичен аргумент при изследването на тези неоплазми, а така също на пренеопластичните състояния.

Клетките, носителки на **клетъчен атипизъм** могат да са едноядрени или многоядрени, но и в двата случая заслужават названието *монструозни* (чудовищни). Както клетъчната, така и ядрената мембрана на атипичните клетки са с неправилен контур, ядърцата са многобройни и с причудлива форма. Срещат се митотични фигури, често неправилни. Цитоплазмата и ядрото на отделните клетки се оцветяват по различен начин (*полихромазия*), клетките не са еднакви помежду си (*клетъчен полиморфизъм*), не приличат на нормални клетки (*клетъчен плеоморфизъм*). Ядрата също не са еднакви помежду си (*ядрен полиморфизъм*) и не приличат на нормални ядра (*ядрен плеоморфизъм*). Комбинацията между ядрен полиморфизъм и ядрен плеоморфизъм се нарича *ядрен атипизъм* или *дискариоза*.

За **структурен атипизъм** (казва се и „архитектурен атипизъм“) говорим тогава, когато е нарушен балансът между различните тъканни компоненти.

На ниво плосък епител това нарушение се проявява като

- дисбаланс между отделните епителни слоеве;
- запълване на някой от епителните слоеве или на целия епител с атипични клетки;
- нарушена цялост на базалната мембрана и проникване на атипични клетки отвъд нея.

На ниво жлезист епител нарушеният тъканен баланс най-често се проявява с атипична структура и разположение на жлезите, като състоянието на базалната мембрана запазва своето диагностично значение.

Туморните клетки нямат изключителни права върху клетъчния атипизъм. Други болестни състояния (напр. възпаление или лъчево увреждане) също предизвикват клетъчен и ядрен атипизъм. Неподкрепен от структурен атипизъм, аргументът „клетъчен и ядрен атипизъм“ олеква в цялостната преценка за злокачественост.

Разликата между двата основни метода за морфологично изследване (цитологичен метод и хистологичен метод) могат да се обобщат по следния начин: цитологичният метод разпознава промени в клетките, докато хистологичният метод разпознава промени в тъканите и клетките. **Резултатът от цитологично изследване може да ни накара да търсим диагноза. Резултатът от хистологично изследване обикновено е диагноза.**

ДОБРАТА СТАРА КОЛПОСКОПИЯ ПРЕЗ ДВАДЕСЕТ И ПЪРВИ ВЕК

Н. Василев, А. Начева

УМБАЛ „Софиямед“, София

Развита е концепцията за *зона на трансформация* като участък от маточната шийка, разположен между „стара“ и „нова“ граница между плосък и цилиндричен епител. Образите, получени при колпоскопско изследване на маточната шийка, са интерпретирани в светлината на съвременния стремеж към дефиниране на доказателствена стойност на диагностичните методи. Показани са два типа образи:

А) Образи, определящи тежестта на измененията. Това са

- плътност на бялото оцветяване на „белия епител“;
- скорост на побеляване на „белия епител“;
- релеф на зоните „мозайка“ и „пунктирана“;
- междусъдови разстояния;
- яснота на контура на измененията;
- интензивност на оцветяването с Луголов разтвор.

Б) Образи, силно подозрителни за интраепителна неоплазия. Това са

- маншони около жлезните устия;
- симптом на хребета;
- симптом на дрипата.

Авторите правят следните основни изводи:

1. **Пред колпоскопското изследване съществуват ограничения.** Тяхното игнориране може да доведе както до колпоскопска хиподиагностика, така и до колпоскопска хипердиагностика.

2. **Колпоскопията не се извършва от машина.** Достоверността на колпоскопското изследване е в силна зависимост от човешкия фактор, т.е. от знанията и уменията на извършващия изследването специалист.
3. **Колпоскопското изследване не поставя диагноза.** Резултатът от това изследване не е диагноза, а *констатация*. Ако тази констатация буди съмнения, случаят подлежи на *прицелна биопсия*/или *абразио на цервикалния канал*. Единствено резултатът от хистологично изследване на биопсичен материал е със стойност на диагноза и дава основание за предприемане на агресивно лечение.

Третият извод е още по-валиден за резултатите от цитологично, вирусологично и други скринингови изследвания (тестове).

Микросателитна нестабилност

и ендометриален карцином - клиничко-морфологични показатели

С. Стоянов, С. Мангърова, К. Иванова, М. Гълъбова

Катедра по акушерство и гинекология, Катедра по Обща и клинична патология,
Медицински факултет, Тракийски университет, Стара Загора, България

Клиника по Обща и клинична патология, Клиника по акушерство и гинекология,
УМБАЛ „Ст.Киркович“, Стара Загора, България

През последните години все по-голямо внимание се обръща на честотата на разпространение на ендометриален карцином (ЕК), особено в постменопаузалния период. Според данни на Българския Национален Раков Регистър (2012) ЕК съставлява 4% от новооткритите тумори в България. Микросателитната нестабилност (MSI) е въввлечена в патогенезата на около 30% от случаите на ЕК, а в последните години се натрупва значителен обем данни, отнасящи този генетичен феномен като важен клиничен и прогностичен фактор.

Материали и методи. Пробите са получени от 70 пациенти, които оперирани от ЕК в Катедрата по акушерство и гинекология, МБАЛ "Проф. Св. Киркович", Медицински факултет, Тракийски университет, Стара Загора, между 2002 г. и

2013 г. Пациентите са на възраст между 43 и 79 години (средно $62,55 \pm 8,34$ години). Изследвани са имунохистохимично за MSI със антителата MLH1, PMS2, MSH2 и MSH6.

Резултати. Най-честият симптом е кървене след менопаузата (57.4%) и аномално кървене преди менопаузата (33.3%). Най-чест хистологичен тип е ендометриодният субтип, наблюдаван в 81.4% (57) от пациентките, докато тип II се среща при останалите 18,6%. Най-честата степен по FIGO е G2 наблюдава се при 52,9% от изследваната група, и стадия IA при 57,2. Анализът от имунохистохимията показва загуба на MLH1 в 15 (21.4 %), на MSH2 5 (7,1%) от пациентките , на MSH6 при 11 (15,7%) и на PMS2 в 22 (31.4%) от пациентките.

Дискусия. Ранното диагностициране на малигнените образувания има решаващо значение за изхода от заболяването и ЕК не прави изключение от този факт. Все по-голямо значение има определянето на MSI фенотип при този вид тумори, при разглеждането на молекулярната природа на събитията, въввлечени в ендометриалната канцерогенеза.

Гладкомускулни тумори на матката с неясен малигнен потенциал- проблеми с предварителната диагноза и избора на оперативна техника

А.Йорданов¹, Ч. Цветков ¹, Н. Хинкова¹, Д. Стратева¹, Б. Ивова¹,

Г. Горчев¹, С. Томов¹, И Иванов ², С Поповска²

1 Клиника по гинекология, Медицински университет – Плевен

2 Катедра по обща и клинична патология, Медицински Университет – Плевен

Увод: Гладкомускулните тумори на матката и в частност миомните възли, са причина за огромна част от хирургичните интервенции в гинекологичната практика.

Цел и задачи: Да се покаже, че въпреки първоначалните данни, част от образуванията, смятани за доброкачествени всъщност носят белези на малигненост и да се преоцени използването на някои оперативни методи в тези случаи.

Материали и методи: Този обзор обхваща окончателната диагноза, доказана хистологично и имунологично, на всички оперирани по повод на гладкомускулни маточни тумори пациентки в Клиника по Онкогинекология, УМБАЛ „Георги Странски“-град Плевен, за периода Януари-Декември 2014 година.

Резултати: Анализирани са патохистологичните резултати от всички извършени миомектомии и хистеректомии по повод гладкомускулни тумори на матката. Получените данни показват, че част от тях притежават белези на злокачественост като: висок пролиферативен индекс, висока митотична активност, позитивност за Ki 64 и други. Въпреки че досега пациентките с тези тумори са били третираны като такива с привидно доброкачествено заболяване, често прилаганата в тези случаи морселация, се оказва рискова за дисеминация на малигнени клетки.

Заключение: Поради невъзможността за ранна окончателна диагноза, трябва да се прецени добре съотношението риск:полза при избора на даден оперативен метод, да се преосмисли използването на морселацията като метод на лечение, както и да бъде провеждано активно проследяване на пациентките.

СЪВРЕМЕНО ЛЕЧЕНИЕ НА РАКА НА ВУЛВАТА

Г. Чакалова

Клиника по Гинекология, СБАЛО-ЕАД

В световен мащаб годишно се диагностицират около 27 000 болни с карцином на вулвата. Това е тумор на възрастните жени. На възраст до 44 години е 1 на 100 000 жени, на възраст от 45 до 64 години са 3 на 100 000 жени, а на възраст над 65

години са 13 на 100 000 жени. В България през последното десетилетие годишно заболяват малко над 120 жени. Хистологично в 90% е спиноцелуларен карцином. Останалите 10% са аденокарциноми, верукозен карцином, базоцелуларен карцином и малигнен меланом. Сред ревизираната FIGO стадираща система за гинекологичен рак най-големи промени има при рака на вулвата. Въпреки, че предишния стадий IA остава непроменен, тъй като това е единствената група пациенти с незначим риск за лимфни метастази. Старите стадии I и II се комбинират, защото много проучвания показват, че големината на лезията при негативни лимфни възли не се приема за прогностичен фактор. Освен това основно внимание се обръща на броя и морфологията (големина и екстракапсуларно разпространение) на позитивните лимфни възли, тъй като това е с голямо прогностично значение, докато двустранността на позитивните възли се отхвърля поради противоречието на предишни изследвания. За да бъдат определени като N0 е необходимо да се изследват 6 или повече лимфни възли. Лечението е оперативно в съчетание със следоперативна перкутанна лъчетерапия. Обемът на операцията зависи от размера и локализацията на тумора, степента на диференциация и най-вече от състоянието на ингвинофемуралните лимфни възли. Отстраняването на първичния тумор е от химвулвектомия, при малък тумор в областта на лабията, до радикална вулвектомия при тумор над 1 см. Лимфната дисекция може да се извърши едноетапно с вулвектомията, или на втори етап. Едностранна лимфна дисекция се извършва от страната на тумора, когато е до 4 см. и е в областта на лабията, а двустранна при по-голям от 4 см. тумор, в случаите когато е разположен в областта на клитори, или при двустранно увеличени лимфни възли. При инфилтрация на съседни органи се извършва тяхната резекция. Лъчетерапевтичната доза и полето също зависят от разпространението на тумора. Химиотерапията не се прилага рутинно, а само при авансирал туморен процес или при рецидиви. Химиотерапията най-често се съчетава с лъчетерапия и се провежда с Цисплатина, 5 FU и/или Митомицин С. Първичната лъче- и химиотерапия се прилага при определени болни, с цел запазване на нормалната анатомия за улесняване на последващото оперативно лечение. Обикновено това се прави при иноперабилни болни, при болни при които би се наложило частична или тотална екзентерация, при болни, при които не може за се гарантира

отстраняване на тумора в здраво (по-малко от 1 см от резекционната линия), или при болни в тежко общо състояние, което не позволява извършването на оперативно лечение. Оперативното лечение е водещо, като при всяка болна лечебният подход е индивидуален. Лъчетерапията е предимно следоперативна. Химиотерапията през последните години по-често се съчетава с лъчетерапия.

ЛЕЧЕБНИ РЕЗУЛТАТИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ ТУМОРИ НА ВУЛВАТА

Г. ЧАКАЛОВА, Н. ДИМИТРОВА*, К. АНГЕЛОВ

КЛИНИКА ПО ГИНЕКОЛОГИЯ, СБАЛО, НАЦИОНАЛЕН РАКОВ РЕГИСТЪР*

През периода 2009-2013 г. в Националния раков регистър са регистрирани 578 жени със злокачествени тумори на вулва, които са с актуализиран витален статус към 31.12.2014 г. Средната им възраст е 70.6 години (от 28 до 101). Разпределението по стадии е: I стадии - 222 болни (38,4%), II стадии - 164 болни (28,4%), III стадии - 119 болни (20,6%), IV стадии - 32 болни (5,5%). Болните с неуточнен стадии са 41 (7,1%). Относителен дял на случаите, при които комбинациите от TNM и стадий са верни са: I стадии - 63%, Ia стадии - 67%, Ib стадии - 55%, II стадии - 54%, III стадии - 73%, IVa стадии - 52% и IVb стадии - 40%. Според проведеното лечение болните са разпределени както следва: хирургия и лъчелечение - 167 болни (28,9%), само хирургия - 303 болни (52,4%), само лъчелечение - 23 болни (4,0%), няма данни за проведеното лечение (хирургия или лъчелечение) - 85 болни (14,7%). Проведените хирургично лечение за периода са разделени на групи според общия брой пациенти, лекувани в дадено лечебно заведение през периода 2009-2013 г.: 1 група: >50 пациенти (само 2 лечебни заведения, като най-много са в СБАЛО, следвани от клиниката в Плевен), като са оперирани 127 болни - 26,9%, 2 група: от 20 до 50 пациенти (КОЦ Ст. Загора, Бургас, Враца, Пловдив и Русе), като са оперирани 140 болни - 29,7 %, и 3 група: под 20 пациенти (всички останали ЛЗ), като са оперирани 204 болни - 43,4 %. За анализ на преживяемостта е използван метода Life table. 5-годишна преживяемост е по-добра при болните на възраст под 70 години - 51,3% спрямо

29,4% за болните над 70 години. По стадии преживяемостта е както следва: I стадии - 56,1 %, II стадии - 42,1% и III стадии - 9,8%. Според групата лечебно заведение, най-добра преживяемост имат болните в група I: >50 операции - 50,3%, следвани от тези в група II - : от 20 до 50 операции- 41,3% и в група III - : до 20 операции - 40,9%. Получените от нас резултати показват, че само в 38,4% от случаите са в I стадии, като само 63% от тях са правилно стадираны. При болните лекувани само с операция, едва в 50% от случаите са били в I стадии. При останалите болни се е изисквало провеждането на лъчетерапия, но тя не е била проведена. Преживяемостта при болните с рак на вулвата е лоша. Най-добри лечебни резултати имат болните, оперирани в лечебни заведения с голям опит (над 50 операции). По-добрата колаборация на опериращите гинеколози с онколозите ще доведе до по-адекватно стадиране и лечение и ще се подобрят лечебните резултати.

ЛЕЧЕБНИ РЕЗУЛТАТИ ПРИ МАЛИГНЕН МЕЛАНОМ НА ДОЛНИЯ ГЕНИТАЛЕН ТРАКТ

Б. Славчев, Г. Чакалова

I Гинекологична Клиника „Майчин дом”

Гинекологична Клиника СБАЛО

Увод. По последни данни на БННР в България през 2011 година има 97 новозабоделели със злокачествени заболявания на вулвата и 29 новозабоделели със злокачествени заболявания на влагалището. Злокачествените меланомы /ММ/ на долния генитален тракт са изключително редки тумори и годишно в България се диагностицират 1-2 жени с ММ на вулвата и влагалището.

Материали и методи. За периода 1983 – 2013 са включени 32 пациентки, 16 с ММ на вулвата и 16 с ММ на влагалището. За стадиране са използвани „TNM”, и класификациите по Breslow и Clarc.

Резултати. При всички пациентки първоначалният тумор е над IV ст. При 21 са установени локо-регионални лимфни възли. Хирургичното лечение включват:

локално обширни ексцизии – 9 случаи, тотална хистеректомия с аднекси и различен обем на ингвино-феморална- тазова дисекция при 19 пациентки и тазова екзентерация – 4 случаи. В следоперативните възможности се включват: BSG, химиотерапия, Calvex, Електропорация. От случаите при 32 пациентки 28 са преживяли под 3 години и 4 са живи до сега. Всички положителни лимфни възли не са оживели.

Заключение. Получените от нас резултати показват, че ММ на женските полови органи се среща рядко, диагностицира се късно и има лоша прогноза. Прогнозата не зависи от обема на оперативното лечение, а от стадия на заболяването

ОБЕМ И ВИД НА ОПЕРАТИВНОТО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ БОЛНИ С КАРЦИНОМ НА ВУЛВАТА

К. АНГЕЛОВ, Г. ЧАКАЛОВА

Клиника по гинекология, СБАЛО

За периода 01. 01. 2013-31. 07. 2015 в Клиника по гинекология, СБАЛО са лекувани 60 болни с карцином на вулвата. Стадииното разпределение е както следва: I ст-20 болни, II ст – 18 болни, III ст – 20 болни и IV ст-2 болни. Хистологично преобладава спиноцелуларния карцином- 57 болни, като диференциран е установен при 29 болни, умерено диференциран – при 21 болни и ниско диференциран при 7 болни. При останалите 3 болни е установен базоцелуларен карцином-2 случая и морбусБоуен- 1 случай. Метастази в ингвино-фемуралните лимфни възли са установени при 19 болни. Обемът на оперативната интервенция зависеше от стадия на пациентката и общото и състояние. Само радикална вулвектомия е извършена при 18 болни, едноетапна радикална вулвектомия с едностранен или двустранен Дюкен е извършена при 16 болни, а двуетапна операция (на първи етап е извършена радикална вулвектомия, а на втори етап - едностранен или двустранен Дюкен) - при 25 болни. При 1 болна освен радикална вулвектомия е извършена екстирпация на уретрата с цистофикс. Получените от нас резултати показват, че 2/3 от болните с

рак на вулвата са с авансирал стадии на заболяването, а при 1/3 са установени лимфогенни метастази. При много увредени болни в I стадии е възможно оперативният обем да се ограничи с радикална вулвектомия с последваща лъчетерапия. При авансирал туморен процес и когато следва да се прави и лимфна дисекция по-добри лечебни резултати са получени при двуетапната операция.

ОСОБЕНОСТИ В ЛЕЧЕНИЕТО НА РАКА НА ВЛАГАЛИЩЕТО

Г. Чакалова

Клиника по гинекология, СБАЛО

Увод. Ракът на влагалището е рядък тумор. По последни данни на НРР в България през 2011 година са регистрирани 29 нови случая, което представлява 0,8 на 100 000 жени, а през 2012 година са регистрирани 40 нови случая, което представлява 1,1 на 100 000 жени. Туморът е характерен е за възрастните жени, като пикът на заболяването е във възрастова група 70-74 години, където заболяемостта е 4 на 100 000 жени. Злокачествените тумори на влагалището се диагностицират в напреднали стадии, оперативното лечение е сложно, а прогнозата е лоша.

Материали и методи. За периода 01.01.2011-31.08.2015 година в Клиниката по гинекология на СБАЛО са лекувани 18 болни с рак на влагалището. Поставихме си за цел да анализираме тези случаи.

Резултати. Болните са на възраст от 36 до 93 години, средна възраст 64,5 години. Разпределението по стадии е: I ст.-4 болни, II ст.-9 болни, III ст.-2 болни и IV ст.-3 болни. Хистологично във всички случаи е спиноцелуларен карцином, като високо диференциран е бил в 5 случая, умерено диференциран-9 случая и ниско диференциран в 4 случая. Видът и обемът на оперативното лечение зависеще от стадия, локализацията на тумора, операбилността и общото състояние на

болната. В случаите на малък тумор в долната 1/3 на влагалището беше извършена екстирпация на тумора с долен достъп. При тумор в средната и горната 1/3 на влагалището, екстирпацията на тумора беше чрез коремен достъп. При 5 болни беше извършена радикална хистеректомия с аднексите, екстирпация на влагалището и тазова лимфна дисекция. При 12 болни беше извършена екстирпация на тумора, а при една болна - предна екзентерация. Радикално оперативно лечение беше извършено при 8 болни, а при останалите беше извършена екстирпация на тумора с оглед провеждане на дифинитивна перкутанна лъчетерапия. Лъчетерапия беше проведена при 13 болни, като при 2 беше предоперативна, при 5 следоперативна и при 6 болни беше дифинитивна. При 2 болни заради авансирал туморен процес след оперативната интервенция лечението продължи като симптоматично.

Изводи. Получените от нас резултати показват, че ракът на влагалището се среща предимно при болни над 60 годишна възраст в увредено общо състояние и множество съпътстващи заболявания, като преобладават случаите на авансирал туморен процес. Лечебното поведение се определя индивидуално и зависи от редица фактори.

Клинико-патологична характеристика на злокачествените

тумори на вулвата

К. Ангелов, Г. Чакалова

Клиника по гинекология, СБАЛО

Увод. Злокачествените тумори на вулвата са третите по честота онкогинекологични заболявания след туморите на маточното тяло, маточната шийка и яйчника. По данни на Национален раков регистър за периода 2—2-2012 година в България са регистрирани 1320 новозаболели. Годишно се регистрират около 120 нови случая, което представлява 3 на 100 000 жени. Пикът на

заболяването е 70 годишната възраст, като най-често е късно диагностициран. Преобладава спиноцелуларния карцином.

Материали и методи. За периода 01.01.2002 – 31.07.2015 година в клиниката по гинекология са лекувани 475 болни със злокачествени тумори на вулвата. Поставихме си за цел да анализираме тяхният спряво всички болни в сдтраната, както и клиничко-патологичната им характеристика.

Резултати. Преобладават болните със спиноцелуларен карцином- 433 случая (91,2%). Останалите 42 болни (8,8%) са със различни хистологични диагнози: базоцелуларен карцином-17, адено-карцином-7, морбус Боуен-7, малигнен меланом-6, сарком-2, верукозен карцином-1, карцином на потните жлези-1 и шваном-1. Според степента на диференциация на тумора болните са разпределени: диференциран карцином- 175 случая (40,4%), умерено диференциран карцином- 179 случая (41,3%) и ниско диференциран карцином- 79 случая (18,3%). За стадиране е използвана TNM. Болните с I стадии са 173 (36,42%), с II стадии- 142 (29,89%), с III стадии-146 (30,73%) и IV стадии-14 (2,94%). Първичното лечение на всичките 475 болни е оперативно, като обемът на операцията се определяше от размера и локализацията на тумора, степента на диференциация и най-вече от състоянието на ингвино-фемуралните лимфни възли. При I стадии е извършвана хемивулвектомия (при тумор до 1 см.) или радикална вулвектомия. Лимфната дисекция е била едностранна или двустранна в зависимост от локализацията на тумори (в областта на клитора или не) и от състоянието на лимфните възли в контралатералната страна. Лимфната дисекция е извършвана или еднаетапно с вулвектомията, или на втори етап. Оперативното лечение се съчетаваше със следоперативна перкутанна лъчетерапия. Лъчетерапевтичната доза и полето се определяха от разпространението на тумора. В случаите на малигнен меланом следоперативно се провеждаше имунотерапия с БЦЖ.

Изводи. Получените от нас резултати показват, че при злокачествените тумори на вулвата преобладават спиноцелуларния карцином, умерено диференцираните форми и болните в I стадии. Лечението е комплексно.

**Метастази в ингвинални лимфни възли при пациенти с
ендометриален карцином- принос от 2 клинични случая**

**Йорданов А. Д.*, Цветков Ч.А.*1, Хинкова Н.Х.*, Стратева Д.С.*, Димитрова
Б.И.*, Горчев Г.А.*, Томов С.Т.1,**

Иванов И. **, Поповска С.Л.**

*Клиника по гинекология, Медицински университет – Плевен

** Катедра по обща и клинична патология, Медицински Университет – Плевен

Въведение: Ендометриалният карцином заема второ място по честота при злокачественит заболявания при жени, веднага след рака на млечната жлеза. Един от най-важните прогностични критерии на това заболяване е състоянието на регионалните лимфни възли (ЛВ). Метастазите в ингвинални лимфни възли винаги се приемат за далечни, независимо от факта, че процес а може да метастазира директно през кръглите връзки .Когато се открият метастази в ингвиналните лимфни възли, заболяването се стадира като IVB стадий по FIGO класификацията.

Цел: Докладваме 2 случая на метастази в ингвинални лимфни възли, открити при пациенти, оперирани по повод ендометриален карцином. Описваме специфичните клинични данни и поведение пр итези редки случаи.

Заклучение: Въпреки,че случаите на ингвинални метастази при ендометриален карцином са рядкост, те винаги трябва да бъдат изследвани внимателно при жени, оперирани по повод на това заболяване.

**Прогностично влияние на клиникопатологичните карактеристики при
пациентки с рак на вулвата**

Ч. Цветков, С. Томов, Г. Горчев, А. Йорданов,

Н. Хинкова М. Николова*, М. Караиванов*

Онкогинекологична клиника, Онкологичен център МУ– Плевен

Катедра Патологоанатомия МУ– Плевен*

Цел: Целта на това проучване е да анализира клиничните и патологоанатомичните характеристики при плоскоклетъчен карцином на вулвата и тяхната прогностична значимост.

Материали и методи: Направеното проспективно клинично-епидемиологично проучване обхваща 113 болни с плоскоклетъчен карцином на вулвата, диагностицирани, лекувани и проследени в Клиника по онкогинекология, Онкологичен център, Медицински университет – гр. Плевен за периода януари 2000 - юли 2010 г. Средната възраст на пациентките е 67.64 ± 11.42 години в диапазона от 28 до 87 години. Всички включени в проучването пациентки са подложени на първично хирургично лечение. Хирургичното стадиране на карциномите е извършено според критериите на FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) и TNM-класификацията на Международната организация за борба с рака – UICC (Union Internationale Contre le Cancer). След литературна справка, бяха избрани 24 показателя с цел да бъдат тествани по отношение на тяхната стойност, като прогностични фактори за преживяемост, свободна от рецидив и обща преживяемост на пациенти с плоскоклетъчен карцином на вулвата. За целта бяха приложени методът на Каплан-Майер, като оценката - наличието на влияние, се извърши с предназначените за целта тестове Log Rank, Breslow и Tarone-Ware.

Резултати: След извършения еднофакторен статистически анализ се установи, че статистическа значимост за общата преживяемост имат 19 показателя, а за преживяемостта, свободна от рецидив имат 17 от изследваните показатели. За да се оцени комбинираното влияние на сигнификантните фактори за двата вида преживяемост, беше приложен множествен логистичен регресионен анализ (процедура Forward Wald). След проведения многофакторен статистически анализ се установи, че два от изследваните променливи са независими прогностични показатели за общата преживяемост, а независими прогностични

показатели за преживяемостта, свободна от рецидив са три от изследваните показатели.

Изводи: Стадирайки хирургично рака на вулвата, имаме възможност да съберем достатъчно важни за прогнозата показатели, както и информация даваща ни възможност да групираме болните според степента на риск от рецидивирание, необходимост от адювантна терапия и оптимално проследяване.

Усложнения и превенция на усложненията при онкогинекологични операции при рак на вулвата и влагалището

К. Цонева, Г. Чакалова, Ц. Дянкова, К. Ангелов

Клиника по Гинекология, СБАЛО

За периода 01.01.2014 - 30.06.2015 година, в Клиниката по Гинекология на СБАЛО са лекувани 1749 пациентки. От тях за неоплазми на вулва и влагалище са оперирани 61 болни (4%). Със злокачествени заболявания на вулвата са 58 (3 с карцином ин ситу, 8 в I стадии, 25 във II стадии, 15 в III стадии и 7 в IV стадии). Със злокачествени заболявания на влагалището са 3 болни (1 в I стадии и 2 във II стадии). Извършени са 28 много сложни операции, 17 сложни операции, 12 средни операции и 4 малки операции. Радикална вулвектомия е извършена в 17 случая, двустранен Дюкен с радикална вулвектомия е извършен в 4 случая, едностранен Дюкен с радикална вулвектомия е извършен в 16 случая, едностранен Дюкен след радикална вулвектомия е извършен в 6 случая, екстрипация на влагалището с тазова лимфна дисекция е извършена в 2 случая биопсия с реконструкция на влагалището е извършена в 12 случая и биопсия е извършена в 4 случая. В случаите на големи и много големи по обем операции е прилагана антикоагулантна профилактика с Фраксипарин или Клексан с доза, съобразена с килограмите на пациентката, от вечерта преди операцията до изписването (10-12 ден). Антибиотичната профилактика е провеждана с Цефтриаксон 2 гр. дневно (в 90 % от случаите), а в останалите случай- Сулперазон

2 гр. дневно. В случаите на малки и средни по обем операции профилактиката е с Ципрофлоксацин от 500 мг. 2 x1 таб., (в 95% от случаите), а в останалите с Левокс от 500 мг. – еднократно. Усложнения са установени при 9 болни (14%) с радикална вулвектомия двустранен или едностранен Дюкен: при 4 болни (6%) - супурация на оперативната рана, последвано от вторично зарастване и при 5 болни (8%) - стеноза на входа на влагалището, налагаща инцизия. При операциите на два етапа не са установени усложнения. При средните и малки по обем операции не са установени усложнения. Получените от нас резултати показват, че преобладават болните с авансирало заболяване. Рискова за усложнения е радикалната вулвектомията, докато след ингвинофемуралните и илиачните лимфни дисекции не са установени усложнения.

СЛУЧАЙ НА НЕРАЗПОЗНАТ АВАНСИРАЛ РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА ПРИ 21 ГОДИШНА ЖЕНА

Г. ЧАКАЛОВА (1), Л. ДЖОНГОВ (2), Г. ГАНЧЕВ (3), К. ЦОНЕВА (1)

Клиника по гинекология (1), СБАЛО, Клиника по хирургия (2), СБАЛО,

Клиника по патоморфология (3), СБАЛО

Пациентка на 21 години, без бременности, която от няколко месеца има аномално генитално кървене и болки ниско долу в корема. В началона на месец юли 2015 год. със същите оплаквания постъпва в АГ отделение на болница в провинцията, където в течение на 6 дни бива лекувана с антибиотици заради аднексит. При извършеният гинекологичен преглед не е установена патология на маточната шийка, и освен чувствителни аднекси не е отразена друга патология. След изписването ѝ, болките и гениталното кървене продължават заради което болната двукратно е преглеждана (в същото отделение и в друго лечебно заведение), и лечението е продължило с антибиотици. На 30.7.2015 год пациентката се явява на преглед в СБАЛО, където е установена бъчковидно

раздута маточната шийка с диаметър над 6 см., и инфилтрация на параметриумите двустранно почти до тазовата стена, по изразена в дясно. Взета е биопсия с хистологичен резултат 15/18526/30.07.2015 – инвазивен ниско диференциран спиноцелуларен карцином. На 03.08.2015 година болната е приета в клиниката по гинекология на СБАЛО заради обилно генитално кървене и изразен болков синдром, като се извършваха ежедневни влагалищни тампонади, проведе се хемотрансфузия и антибиотична терапия. От направеният КАТ се установи: матка неуголемена, уголемена и нехомогенно контрастираща се маточна шийка, с размери –напречен 64 мм, предно-заден-44 мм с разпад и газова колекция. Кисти в областта на двата яйчника, в дясно метастаза в лимфен възел с диаметър 22 мм. Болната е стадирана като T2vN1M0. На онкокомитет се взе решение, лечението да започне с предоперативна лъчетерапия. От 10.08.2015 до 19.08.2015 година болната проведе перкутанна лъчетерапия 10 x 3 Gr. На 04.09.2015 година болната е оперирана като се направи радикална хистеректомия (клас IV- V по M. Piver) с двустранна аднексектомия, резекция на десния уретер, реимплантация на десния уретер и протезиране на двата уретера с дъбъл джей, тазова и парааортална лимфна дисекция. Хистологичен резултат от операцията 9687/2015/12.09.2015 - Порцио-тотална накроза на тумора на фона на ТГТ, коилоцитода около тумора. Ендометриум-б.о. Параметриум-б.о. Аднекси – леви и десни - б.о. Леви тазови лимфни възли - 6 броя -хиперпластичен лимфаденит, Десни тазови лимфни възли – 6 броя –хиперпластичен лимфаденит. Парааортални лимфни възли – 6 броя-б.о. Отчетено е изключително добро повлияване на тумора от проведената лъчетерапия. На контролният КАТ след операцията, направен на 14.09.2015 година не се установиха патологични изменения в малкия таз и коремните органи. На онкокомитет на 14.09.2015 година се реши, че болната подлежи на допълваща следоперативна лъче-химиотерапия. Пациентката беше изписана в добро общо състояние.

Хирургично лечение на първичен и рецидивиращ вулварен карцином – радикална ексцизия и реконструкция с V-Y удължаващо кожно ламбо

Я. Корновски¹², Е. Исмаил¹², С. Иванов¹³, С. Костов²

¹ Катедра Акушерство и гинекология, МУ-Варна

² Клиника „Гинекология”, МБАЛ”Св.Анна-Варна”

³ СБАГАЛ – гр.Варна

Цел: Да се представят периоперативните показатели – времетраене на операцията, интра- и следоперативни усложнения, зарастване *per primam* на оперативната рана, болничен престой при радикална ексцизия на първичен или рецидивиращ вулварен карцином и запълване на дефекта с V-Y удължаващо кожно ламбо.

Материал: Представен е един случай на пациентка с локално авансирал рак на вулвата, оперирана в Гинекологична клиника на МБАЛ”Св.Анна-Варна”, както и обзор на литературата включващ серия пациенти, оперирани с V-Y удължаващо ламбо или други методи на реконструкция и запълване на дефекта след вулвектомия или широка (радикална) локална ексцизия, с цел по-бързо зарастване и по-добър козметичен ефект.

Методи: Представен е методът на реконструкция с V-Y удължаващо кожно ламбо за запълване на дефекта след вулвектомия без напрежение на ръбовете на кожата.

Резултати: Продължителността на оперативната намеса е 120 минути; болничен престой – 8 дни. Липсват интра- и следоперативни усложнения. Оперативната рана зарастна *per primam* без участие на некроза или дехисценция.

Вагинална трахелектомия и лапароскопска лимфна дисекция – хирургия запазваща фертилитета при селектирани случаи с рак на маточната шийка

Я. Корновски

Клиника „Гинекология”, МБАЛ”Св.Анна-Варна”

Цел: Да се определи ролята и мястото на вагиналната трахелектомия и лапароскопската лимфна дисекция в целия спектър от органосъхраняващи и фертилитет съхраняващи интервенции при ранен и начален рак на маточната шийка по отношение на онкологични и акушерски резултати.

Материал: Представени са най-новите проучвания относно критериите за селекция на пациенти, акушерските и онкологични резултати при по-малко радикалните интервенции за запазване на фертилитета при начален рак на маточната шийка – вагинална трахелектомия, конизация и LLETZ в съчетание с лапароскопска лимфна дисекция.

Представен е случай на пациентка оперирана в клиника „Гинекология” МБАЛ”Св.Анна-Варна” – стадий IB1 (тумор инфилтриращ до 3мм в дълбочина и над 7мм в широчина след конизация).

Методи: Представена е техниката на лапароскопска тазова лимфна дисекция, както и на вагинална трахелектомия с поставяне на серкляж на истмуса на матката.

Резултати: Най-актуалните проучвания на достатъчно представителни серии от пациенти показват, че колкото по-щадяща е хирургичната намеса спрямо латералния параметър, толкова по-оптимистични са репродуктивните показатели – честота на бременности, износване на бременността, живи раждания, без компроментиране на онкологичните резултати. Критериите за селекция на пациентите за този по-консервативен подход на хирургия съхраняваща фертилитета следва стриктно да се спазват.

Съвременно хирургично лечение при рак на маточната шийка – лечение „по мярка” (“tailored therapy”)

Я. Корновски

Клиника „Гинекология”, МБАЛ”Св.Анна-Варна”

Цел: Да се обособят опорните точки на концепцията за индивидуализирано лечение или лечение „по мярка“ (“tailored therapy”), която е в основата на най-съвременните проучвания, касаещи хирургията при рак на маточната шийка. Въз основа на това да се изработят индивидуализирани лечебни планове и подходи, водещи до оптимални лечебни резултати и повишено качество на живот. Определянето на лимфния статус е една от тези отправни точки за изготвяне на индивидуален лечебен план.

Материал: За периода 02.2013г.-06.2015г. на 71 пациентки с инвазивен рак на маточната шийка (PMШ)- 1-хистологичен IB1; 14-IB1; 11-IB2; 2-IIA; 31-IIВ; 9-IIIВ; 1-IVA стадии по FIGO и 1 – мезонефроиден карцином е извършена лимфна дисекция – тазова и/или парааортална.

Методи: Лапароскопска лимфна дисекция (ЛД) е извършена на 9 пациентки; екстраперитонеална ЛД – на 60 и интраперитонеална – на 2 пациентки.

Резултати: Лимфни метастази (ЛМ) са установени в 38% (27/71), като 19% (5/27) са единични, а 81% - множествени (над 2ЛМ).

Честотата на ЛМ по стадии: IB1 – 36% (5/14); IB2 – 18% (2/11); IIA – 100% (2/2); IIВ – 35% (11/31); IIIВ – 66% (6/9); IVA – 0% (0/1) и при пациентката с мезонефроиден карцином 1/1- 100%.

Лечебните подходи при пациенти с ЛМ са били различни от тези без ЛМ. Освен лимфния статус влияние върху избора на лечебен подход са оказали следните фактори: възраст, овариална функция, стадии, репродуктивна функция, обем на тумора (размер и дълбока стромална инвазия – ДСИ), резидуален тумор след лечение (макроскопски, микроскопски), ниво (тазови, парааортални), брой и латералност на ЛМ.

Парааортална лимфна дисекция чрез паникулектомия и лапаросинтеза при обезитет и ендометриален карцином (доклад)

Я. Корновски^{1,2}, Е. Исмаил^{1,2}, С. Иванов^{1,3}

¹ Катедра Акушерство и гинекология, МУ-Варна

² Клиника „Гинекология”, МБАЛ”Св.Анна-Варна”

³ СБАГАЛ – гр.Варна

Цел: Да се демонстрират индикациите и периоперативните резултати при извършване на парааортална лимфна дисекция при ендометриален карцином и да се представи техниката на паникулектомия или срединна лапаротомия с лапаросинтеза за улеснение на нейното извършване при жени с обезитет.

Материал: За периода 02.2015г.-05.2015г. 9 пациентки с обезитет и рак на ендометриума и индикации за парааортална лимфна дисекция са били оперирани в клиника „Гинекология” на МБАЛ”Св.Анна-Варна”.

Методи: На 3 пациентки е извършена паникулектомия, на 6 – срединна лапаротомия с последваща лапаросинтеза. На 8 пациентки е извършена освен парааортална лимфна дисекция, тотална хистеректомия с аднексите и тазова лимфна дисекция, на 7 – оментектомия (инфраколична) и апендектомия, на 1 – разширена хистеректомия ClassIII с резекция на пикочния мехур и тазова перитонектомия.

Резултати: Най-дълго продължилата операция е 420минути, най-кратката 150минути. На всички пациентки следоперативния период е протекъл без усложнения с дехоспитализация на 10-и следоперативен ден. Не са наблюдавани усложнения от страна на оперативната рана, като супурация и вторично зарастване.

Влагалищни рецидиви от ендометриален карцином

Я. Корновски^{1,2}, Е. Исмаил^{1,2}, С. Иванов^{1,3}, С. Костов²

¹ Катедра Акушерство и гинекология, МУ-Варна

² Клиника „Гинекология”, МБАЛ”Св.Анна-Варна”

³ СБАГАЛ – гр.Варна

Цел: Да се представят честотата на рецидиви, рисковите фактори за тяхното възникване, както и пътищата и моделите на рецидивирание при ендометриален карцином.

Материал: За 1 година в Клиника „Гинекология” на МБАЛ”Св.Анна-Варна” са оперирани 6 пациентки с влагалищни рецидиви от ендометриален карцином след първично хирургично лечение и адювантна лъчетерапия.

Методи: Представен е методът на радикална хирургична екстирпация на влагалищен рецидив от ендометриален карцином по вагинален път.

Резултати: При хирургичната радикална екстирпация на влагалищни рецидиви от ендометриален карцином не са наблюдавани интра- и следоперативни усложнения с изключение на стрес-инконтиненция. За периода на проследяване от 6 месеца до 1 година липсват данни за прогресия или рецидив на оперираните пациенти.

Значението на лимфните метастази в комплексното лечение на рака на маточната шийка

Я. Корновски^{1, 2}, Е. Исмаил^{1, 2}, С. Иванов^{1, 3}

¹ Катедра Акушерство и гинекология, МУ-Варна

² Клиника „Гинекология”, МБАЛ”Св.Анна-Варна”

³ СБАГАЛ – гр.Варна

Цел: Да се определи прогностичната стойност на лимфните метастази (ЛМ) и влиянието им върху лечебните резултати на пациенти с рак на маточната шийка (РМШ) IB1-IIВ стадий по FIGO.

Материал: 294 пациенти с РМШ: (IB1 стадий – 110; IB2 – 98; IB-86), на които са изследвани ЛВ в хода на хирургичното лечение за периода 2002-2012 г. са включени в проучването.

Методи:

- 1) Хирургичен – разширена хистеректомия Class III-IV (C2-D тип); тазова лимфна дисекция; при уголемени парааортални ЛВ – парааортална лимфна дисекция (ПАЛД)
- 2) Лъчетерапия 30Gy – предоперативна или 52Gy следоперативна (или допълване на дозата до 52Gy)
- 3) Хистологично изследване на ЛВ на траен препарат.
- 4) Описание на ЛМ като макроскопски (уголемени, фиксирани) и микроскопски (при липса на макроскопска суспекция)
- 5) Статистически методи
- 6) Проследяване

Резултати: ЛМ са установени при 28% от пациентите :

IB1стадий – 20,9%; IB2 – 33,7%; IB- 30,2%. Тазови ЛМ са установени в 90,4%, а парааортални – в 9,8%. Честотата на микро- и макрометастази е съответно 45,1% и 54,9%. Онкологичните резултати са следните:

Обща преживяемост (OS) без ЛМ – 86,8%; OS с ЛМ – 64,8% ($p < 0,005$)

OS с микрометастази в ЛВ – 81,1% ; OS с макрометастази в ЛВ – 53,5% ($p < 0,005$)

Честотата на далечни рецидиви (извън влагалище и малък таз) в случаите без ЛМ е 5,7%, докато при наличие на ЛМ – 27%. Рецидиви извън малък таз и влагалище при макрометастази в ЛВ се регистрират в 33,3%.

Изводи: ЛМ са най-важния прогностичен фактор при РМШ. Наличието на макрометастази в ЛВ обуславя висока честота на рецидиви извън малкия таз и е основна причина за влошените онкологични резултати.

Неoadювантна химиотерапия (НХТ) и хирургия при рак ана маточната шийка – възможности през погледа на онкогинеколога

Я. Корновски^{1,2}, Е. Исмаил^{1,2}, С. Иванов³,

Д. Калев†, А. Янчев‡

¹ Катедра Акушерство и гинекология, МУ-Варна

² Клиника „Гинекология“, МБАЛ”Св.Анна-Варна”

³ СБАГАЛ – гр.Варна

† Онкологичен център, МБАЛ”Св.Марина”, Клиника по химиотерапия

‡ МДОЗ ”Марко Марков”, Отделение по химиотерапия

Цел: Да се определени мястото на подхода НХТ (Зкурса) последвана от хирургично лечение при пациенти с рак на маточната шийка (РМШ) от гледна точка на съвременните достижения на онкогинекологията.

Материал: Представени са най-актуалните проучвания върху прилагането на НХТ + хирургия при различни стадии и възможностите на подхода в три направления:

а) за органосъхраняваща хирургия при начални стадии с размер на тумора между 2 и 4 см

б) при бременни с РМШ (начален и локално авансирал) – като възможност за запазване на бременността до или близо до термин

в) при локално-авансирани стадии – при по-млади жени с яйчникова и сексуална функция без лимфни метастази с цел избягване на мултимодално лечение, вкл. лъчетерапия и свързаните с това усложнения.

Собственият опит на колектива включва 5 пациентки с локално-авансирал РМШ (ЛАРМШ) – 1-IB2; 2-IIВ и 2-IIIВ стадий по FIGO за периода 02.2015г.-07.2015г.

На тези пациентки е извършена стадираща лимфна дисекция, НХТ, разширена хистеректомия ClassIII-IV (C1-C2- D тип) и адювантна химиотерапия.

Методи:

- 1) Лимфна дисекция – екстраперитонеална- 4 и лапароскопска - 1 пациентка
- 2) НХТ – 3-4курса, на основата на Cisplatina
- 3) Разширена хистеректомия с или без аднекси ClassIII и запазване на автономната инервация (C1-тип)- 4 и ClassIV – 1 пациентка
- 4) Хистологично изследване на оперативния препарат
- 5) Адювантна ХТ на основата на Cisplatina.

Резултати: При лимфната дисекция не са установени ЛМ (задължително условие за провеждане на НХТ) на нито една пациентка. При всички пациентки хистологично в следоперативния препарат се установява резидуален тумор. Липсват интра-, ранни и късни следоперативни усложнения. Средното време за възстановяване на мехурна функция след НХТ и разширена хистеректомия е 15 дни (12-20дни).

Заклучение: Прилагането на подхода НХТ при селектирани пациенти е част от концепцията за индивидуализирано лечение на пациенти с РМШ. Следва да бъдат оптимизирани режимите на НХТ за осигуряване на по-добър отговор и разработване на предиктори за този отговор.

Неоплазми на гениталиите и бременност – актуални акценти

Я. Корновски^{1,2}, Е. Исмаил^{1,2}, С. Иванов³

¹ Катедра Акушерство и гинекология, МУ-Варна

² Клиника „Гинекология”, МБАЛ”Св.Анна-Варна”

³ СБАГАЛ – гр.Варна

Цел: Да се представят съвременните консенсусни становища и препоръки за поведение и алгоритми на лечение при злокачествените заболявания на женските полови органи и бременност, след втората международна среща под егидата на ESGO и проектът „Cancer in Pregnancy” – 2014 година.

Материал: Представени са алгоритмите на лечение при:

- 1) Рак на маточната шийка (РМШ) – ранен и локално авансирал стадий и бременност.
- 2) Яйчникови тумори – с гранична малигненост, епителни (ранни и авансирани) и неепителни тумори и бременност.
- 3) Вулварен карцином и бременност.
- 4) Някои акушерски аспекти като време и начин на родоразрешение.

Методи: Някои от методите заложили в консенсусното становище на ESGO за поведение при бременност и РМШ като лапароскопска лимфна дисекция, хирургия съхраняваща фертилитета и радикална цезарова хистеректомия са илюстрирани със снимков материал.

Резултати: При РМШ и бременност са възможни запазването на бременността при липса на ЛМ от лапароскопската лимфна дисекция. При начални стадии – IA – IB1 – до 4 см е възможна хирургия съхраняваща фертилитета, най-често след родоразрешение на или близо до термин. При локално-авансиралите стадии след родоразрешение се извършва разширена хистеректомия или химиолъчетерапия. Единствената възможност за запазване на бременността до термин е прилагането на НХТ (неoadювантна химиотерапия) през втори и трети триместър.

При овариалните тумори хирургичното лечение се препоръчва след 12-13г.с. Органосъхраняващ подход и запазване на бременността са възможни при неепителните, ранните стадии на епителните (IA1 по FIGO) и гранично малигнени тумори. При всички случаи се допуска прилагане на ХТ през втори и трети триместър без данни за увреждане на плода.

При вулварния карцином, макар и рядко съчетание с бременност, поведението се определя от срока на бременността и размера на лезията, респ. стадия на заболяването.

АНАЛИЗ НА ФАКТОРА ПАЦИЕНТ ПРИ БОЛНИ СЪС ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ НОВООБРАЗУВАНИЯ НА ЯЙЧНИКА

И. Филипова, Г. Чакалова

СБАЛ по Онкология, Клиника по Гинекология

Цел: Анализ на факторите, свързани с пациента- възраст, кръвни показатели, стойности на туморен маркер СА 125- при бенигнени и малигнени заболявания на яйчника.

Материал и методи: За периода 01.01.13- 15.06.16, при 152 пациентки със злокачествени заболявания на яйчника са анализирани разпределението по възраст, стойностите на СА 125, стойностите на кръвните показатели и съотношението неутрофили/лимфоцити и са сравнени с контролна група от 51 пациентки с доброкачествени тумори на яйчника.

Резултати: При злокачествените заболявания разпределението по възраст е както следва- до 29 г 4,6% (n=7), от 30-39 5,3% (n=8), 40-49-15,2% (n=23), 50-59-30% (n=45), 60-69 29% (n=44),70-79-14,6%(n=22), 80- 1,3%(n=2). При доброкачествените заболявания разпределението по възраст е както следва до 29 г 11,7%(n=6), от 30-39 19,6 %(n=10), 40-49- 31,4%(n=16), 50-59-19,6 %(n=10), 60-69 9,8 % (n=5),70-79-7,9 %(n=4). При злокачествени новообразувания на яйчника са регистрирани стойностите на туморния маркер СА 125 от 65.540 до 2183 IU/ml. Стойностите на СА 125 при болни с доброкачествени заболявания на яйчника са от 3,67 до 262 IU/ml. При злокачествените заболявания на яйчника са установени стойности на Hb-от 89 до 149g/l, хематокрит -от 0,247 до 0,386 L/L, Eг -2,87 до 4,5 x 10¹²/l, Thр от 145-550x10⁹/l, Leu- от 3,3 до 13,6x 10⁹/l. При анализ на диференциалната кръвна картина се установяват стойности на лимфоцитите от 8,2 % до 26,3%, стойности на неутрофилите от 70 до 90.4%, с променено съотношение неутрофили/лимфоцити. При доброкачествените тумори на яйчника са установени стойности на Hb-от 87 до 156 g/l, хематокрит - от 0,228 до 0,389 L/L, Eг -3,59 до 4,5 x 10¹²/l, Thр от 165-378x10⁹/l, Leu- от 4,1 до 14,1x 10⁹/l. При анализ на диференциалната кръвна картина се установяват стойности на лимфоцитите от 13.8 % до 39.2%, стойности на неутрофилите от 54.6 до 79.7%.Промяната в съотношението неутрофили/лимфоцити в контролната група е значително по- слабо проявено.

Заключение: Нашето проучване предоставя доказателства за връзката между прмените в кръвната картина, промененото съотношение неутрофили/лимфоцити и рак на яйчниците.

САРКОМ НА МАТКАТА. ПОТЕНЦИАЛНИ ВЪЗМОЖНОСТИ

Б. Славчев

I ГК Майчин дом

Саркомите на матката /лейомиосарком на матката/ са рядко агресивни тумори с висока степен на рецидиви дори и при ранна първична диагноза и с висока степен на хематогенни разпространения. Пациетките са с минимални симптоми и обичайно диагнозата е следоперативна. Метастази или лимфни разпространения са потенциално обект на циторедукция. Възможността за адювантна химиотерапия или лъчетерапия се обсъждат. При напреднали тумори възможностите за химиотерапия включват комбинации и гемцитадин и докситаксон. При мрачната прогноза проучвания с нови химиотерапевтични комбинации, мултимодални лечения, прогностични монограми и биомедицински пътища са с потенциални възможности.

Имуномодулация с Isoprinosine® при HPV инфекция

Х. Станков

II САГБАЛ „Шейново“

Проявата на HPV инфекцията обикновено се провокира при спад на клетъчно-медиерания имунен отговор. Конвенционалната терапия има за цел да се отстранят клинично видимите лезии, но инфекцията може да остане латентна и в бъдеще да се развие злокачествено. Използването на системни имуномодулатори може да контролира вируса ефективно и да разреши появата на рецидиви. Isoprinosine повишава ендогенната цитокинова продукция и има имуномодулиращо и антивирусно действие. Редица проучвания разкриват стимулиращия му ефект върху вродените и адаптивни клетъчни отговори и цитокиновото производство. Изследвана е ефективността му при болни с папиломи, резистентни на конвенционалната терапия. Приложение му като адювантна терапия при HPV инфекциите осигурява допълнителен ефект върху общото изчистване на лезиите и подобрене на клиничната морфология в околните тъкани. При субклинична HPV инфекция терапевтичната му доза е 50 mg/kg дневно за 6 последователни седмици, а при имунокомпрометирани и високорискови пациенти дозата е 3 грама дневно за 2 седмици, 2 седмици почивка, в продължение на 6 последователни месеца.

Пет случая на VaIN.

Х. Станков (1), С. Галева (1), И. Карагъзов (2)

Втора САГБАЛ ЕАД, гр. София (1), МБАЛ „Токуда“ АД, гр. София (2)

Вагиналната интраепителна неоплазия (VaIN) е рядко асимптомно заболяване.

Цел: Целта на настоящия доклад е да представи профил на пациентите с VaIN и да оцени резултата от проведеното лечение.

Материал и методи: Бяха разгледани 5 случая на пациенти с VaIN, диагностицирани от Д-р Станков за периода 2013-2014г. във Втора САГБАЛ, гр. София.

Резултати: Пациентите с VaIN I имаха средна възраст 23 години, а тези с VaIN II - 40 години. Всички пациенти имаха абнормни резултати от проведени онкоцитонамазки по Papaniçolau, положителни резултати от проведен Digene

Hybrid Capture 2 High-Risk HPV DNA Test. Локализацията на лезиите при всички пациентки бе в горните 2/3 от влагалището с придружаващата цервикална интраепителна неоплазия(CIN). Две от пациентките бяха третирани с лазерна аблация в МБАЛ „Токуда”, а три с Efudix по схема във Втора САГБАЛ.

За описания период не се наблюдава рецидив на заболяването и при петте пациентки.

Заклучение: VaIN засяга в по-голяма част от случаите горните отдели на влагалището. Често се придружава от CIN. Изходът от заболяването е в пряка зависимост от опита на съответния АГ-специалист да диагностицира и третира VaIN. Екипът не се ангажира да прави по-сериозни заключения, поради малкия брой клинични случаи.

Болест на Бушке - Льовенщайн. Клиничен случай.

Б. Славчев¹, Хр.Станков², С. Галева², В. Янков³,

А. Кърлов⁴, И. Филипова⁴

СБАЛАГ „Майчин дом”¹, Втора САГБАЛ „Шейново” ЕАД²,

СБАЛО, Клиника по Коремна хирургия³,

СБАЛО, Клиника по Гинекология⁴

Въведение: Болестта на Бушке - Льовенщайн се характеризира с масивна епидермална хиперплазия, хиперкератоза, паракератоза и маркиран екзофитен растеж. За разлика от Condylomata acuminata може да навлезе в подлежащи структури, със засягане на тазови органи и кости. Малигна трансформация се наблюдава в 30% - 56% от случаите. Терапевтичен ефект има хирургичното лечение, което подобрява качеството на живот и намалява риска от малигна трансформация.

Клиничен случай: 60 - годишна пациентка, при която са установени гигантски остри кондиломи на вулвата и перинеума през 1984г. За първи път оперативно

лечение е било проведено през 2014г. - извършена парциална вулвектомия. През м. април 2015г., поради рецидив на кондиломите на вулвата и перинеума, достигащи в близост до меатус екстернум уретре и стенозиращи ануса до 5 мм., е извършена радикална вулвектомия, ексцизия на перинеума, инцизия на ануса и лапароскопска сигмостома. Отстранен е пълният туморен обем. При пациентката се наблюдават много добри късни следоперативни резултати, не се наблюдава рецидив и е извършена реституция на пасажа.

Remifemin – успешна алтернатива на хормонозаместителната терапия

М. Савчева

„Майчин дом – Медицински център“ гр. София

Цели: Сравнение на ефекта от продължителната комбинирана хормонална терапия (E2/NETA), Tibolone 2.5 mg, Cimicifuga racemosa и плацебо върху мамографичната плътност на гърдата. Резултатът от употребата на Cimicifuga racemosa върху миоми на матката, сравнен с ефекта от Tibolone при жени с менопаузални симптоми.

Материали: представяне на две проучвания:

„Дигитализирана оценка на мамографичната плътност на гърдата – ефекти от продължителната комбинирана хормонална терапия, Tibolone и сребърна свещичка, сравнени с плацебо“ (1). „Ефектът от изопронолен екстракт на Cimicifuga racemosa върху утеринни фиброиди (миоми) в сравнение с Tibolone сред пациенти от скорошно рандомизирано, двойно сляпо, паралелно контролирано проучване при китайски жени с менопаузални симптоми“ (2).

Резултати: От първото проучване: „Дигитализираната мамографична плътност на гърдата е високочувствителен метод, който потвърждава значително увеличение в плътността при стандартната E2/NETA терапия и в по-малка степен с Tibolone, докато Remifemin не влияе върху мамографичната плътност на гърдата по време на шестмесечната терапия. Дигитализираната оценка също дава данни за индивидуалното изменение и малките увеличения, останали неоткрити при визуалната класификация.“ От второто проучване: „Резултатите предполагат, че Remifemin е доказан билков медицински продукт при пациенти с миоми на матката, тъй като осигурява адекватно облекчение на менопаузалните симптоми и инхибира растежа на миомите в сравнение с Tibolone.“

1. E. Lundström, A.L. Hirschberg, G. Söderqvist, Department of Women's and Children's Health, Karolinska Institutet and University Hospital, Stockholm, Sweden, Maturitas 70 (2011) 361-364. www.elsevier.com/locate/maturitas
2. Sisi Xi, Eckehard Liske, Shuyu Wang etc., Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, Volume 2014, Article ID 717686, p. 7. ; <http://dx.doi.org/10.1155/2014/717686>

МЯСТОТО НА ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕТО В СЪВРЕМЕННОТО ЛЕЧЕНИЕ НА КАРЦИНОМА НА МАТОЧНАТА ШИЙКА, МАТОЧНОТО ТЯЛО И ВЛАГАЛИЩЕ

И. Михайлова

Клиника по лъчелечение, СБАЛ по Онкология, София

Представено е съвременното място на лъчелечението в комплексното лечение карцинома на маточната шийка, маточно тяло и влагалище.

Направен е обзор на литературата и анализ на резултатите от клинични проучвания (медицина базирана на доказателства).

Подчертана е ролята от добавянето на химиотерапия и нови таргетни молекули в хода на лъчелечението за подобряване на общата преживаемост, свободна от прогресия преживаемост и безрецидивен период. Показани са съвременните клинични мишенни обеми при планиране на лъчелечението с цел понижаване на ранната и късната токсичност.

РИСКОВ ФАКТОР ЛИ Е НИСКИЯТ ИНДЕКС НА ТЕЛЕСНА МАСА ПРИ КАРЦИНОМ НА МАТОЧНОТО ТЯЛО?

Е. Манова*, В. Първанова*, Н. Великова*, И. Гергов,**

И. Михайлова*, Е. Петкова*

*Клиника по лъчелечение, СБАЛО-ЕАД, София

**Отделение Образна диагностика, СБАЛО-ЕАД, София

ЦЕЛ: Ретроспективен анализ на прогностичните фактори при болни с ендометриален карцином и нисък индекс на телесната маса (BMI), сравнени с контролна група с високо телесно тегло, провели облъчване в Клиниката по лъчелечение.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД: За период от 2011 до 2015 г. в Клиниката по лъчелечение са провели облъчване 45 болни с карцином на маточното тяло и нисък <25 BMI (нормално телесно тегло в границите на 18,5-24,9) на средна възраст 66,1 г. от 48 до 91 г. Сравнени са с група на клиниката от 193 болни с висок индекс (>25 BMI) на телесната маса, на средна възраст 59,9 г. от 36 до 77 г. И в двете групи болните са провеждали следоперативно лъчелечение, съгласно стандарта: брахитерапия (БрТ) 6x5Gy веднъж седмично, съчетано лъчелечение - перкутанно 25x2Gy, 5x седм. за областта на малкия таз и 3x5Gy БрТ или самостоятелно перкутанно облъчване 28x 2Gy.

РЕЗУЛТАТИ: Хистологичният вид на тумора е сравним в групата с нисък <25 BMI и този в контролната група с висок >25 BMI: аденокарцином 84,4%/79,8%, аденопапиларен карцином 6,7% / 9,3%, аденосквамозен карцином 8,9% / 9,3% и светлоклетъчен 0% / 1,5%. Съобразно степента на малигненост в двете групи <25 BMI / >25 BMI: G1 са 15,7% / 31%, G2 -46,6% / 54,6% и G3 са 37,7% / 14,4%.

ИЗВОД: Болните с карцином на маточното тяло и нисък BMI<25 са по-често с висока малигненост - G3 на тумора, към която се добавя и неблагоприятен прогностичен фактор възраст >60 г. в сравнение с контролната група. Това определя тези болни към т.н. Тип II или Тип III ендометриален карцином по

Yvette Geels с неблагоприятна прогноза и се препоръчва по-активно проследяване от обичайния стандарт.

ИНТРАВАКАВИТАРНА БРАХИТЕРАПИЯ ПРИ КАРЦИНОМ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА – ПРЕХОД ОТ 2D КЪМ 3D ПЛАНИРАНЕ.

Н. Великова, Е. Петкова, М. Кюркчиева,

К. Недев, Б. Генова, А. Балабанова

СБАЛО-ЕАД Клиника по лъчелечение гр.София

Световен стандарт в лечението на локално авансирания карцином на маточната шийка е перкутанното химио-лъчелечение последвано от интракавитарна брахитерапия. През последните две десетилетия е постигнат огромен напредък в планирането, предписанието на дозата и изпълнението на перкутанното лъчелечение, докато брахитерапията все още на много места е базирана на дозиметрични системи разработени в началото на 20 век. Най-популярната дозиметрична система е Манчестърската при която предписанието на дозата е към фиксирана точка А, незвисяща от топографията на тумора и разположението на критичните органи. Визуализирането на аликатора и дефинирането на т.А става чрез две ортогонални рентгенографии - 2D. 3D планирането на интракавитарната брахитерапия с използването на образни методи (КТ или МРТ) все повече измества стандартното 2D дозиметрично планиране. Основно предимство на тази техника е възможността за визуализация на туморния обем и критичните органи и адаптиране на дозното разпределение за всеки конкретен болен съобразно неговите анатомични особености и туморното разпространение. За спецификация на предписаната доза се използва препоръчаната от ICRU (рапорт 38) дозиметрична система, която обвързва разпределението на дозата с обем, а не със специфична точка. Редица проучвания и мета анализи направени през последните години както и модернизирането на съвременната апаратура, ни дадоха възможност в Клиниката по лъчелечение на

СБАЛО-ЕАД да направим първи стъпки в 3D планирането на интракавитарната брахитерапия използвайки КТ изобразяване.

ОЦЕНКА НА КЛИНИКО-ПАТОЛОГИЧНИТЕ ПРОГНОСТИЧНИ ФАКТОРИ ПРИ БОЛНИ С КАРЦИНОМ НА МАТОЧНОТО ТЯЛО

Н. Великова, В Първанова, Е. Петкова

Клиника по лъчелечение, СБАЛО-ЕАД, София

ЦЕЛ: Оценка на общата преживяемост (ОП) и влиянието на прогностичните фактори като възраст, хистологичен тип, степен на малигненост и дълбочина на инвазия в миометриума при болни с карцином на маточното тяло в група с умерен и висок риск.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД: Извършен е ретроспективен анализ на данните за 193 болни с ендометриален карцином, диагностицирани в периода 1997 - 2007 г. и проследени до края на 2014 г. Следоперативно в Клиниката по лъчелечение е проведена интравагинална брахитерапия с висока мощност на дозата 3x5 Gy веднъж седмично и перкутанно лъчелечение до ООД 44 Gy за областта на малкия таз. Болните са на възраст 36 – 77г. (ср.-59.9г.). Разпределението по хистологичен вид е с преобладаване на аденокарциномите – 154 (79.8 %) следвани от аденопапиларни и аденосквамозни по 18 (9.3%) и светлоклетъчни 3 (1,5 %). Информация за степента на малигненост е налична за 174 болни като разпределението е 54 (31%) - G1, 95 (54.6%) - G2 и 25 (14.4%) - G3. Дълбочината на инвазия в миометриума е описана за 164 болни 98 (59.8%) < 50% и 66 (40.2%) ≥ 50%. За анализа на преживяемостта са използвани метода на Каплан-Майер и лог-ранг тест.

РЕЗУЛТАТИ: При период на проследяване 144.8 месеца (88.6 - 214), средната преживяемост по Каплан-Майер е 167.4 месеца (95% CI 157.3 – 177.5). Общата 5- и 10-годишната преживяемост е съответно 85% и 79%. Сигнификантно по-висока ОП се наблюдава в групата болни под 60г. (p=0.001). Няма статистически значима

разлика между групите в зависимост от хистологичния вид ($p=0.118$), G ($p=0.078$) и дълбочината на инвазия ($p=0.651$). Отчита се тенденция за по-добра преживяемост при болните с G1 тумори (174.7 95% CI 157.2 – 192.1) в сравнение с тези с G3 (145.6 95% CI 115.7 – 175.5).

ИЗВОД: Високата 5 и 10 - годишна обща преживяемост в нашето проучване свързваме с ниския процент болни с G₃ -14,4% и по-младите от 60 години болни, което се очерта като единствен благоприятен фактор, повлияващ ОП ($p=0,001$).

СВРЪХДОЗИРАНЕ С ИНТРАВАГИНАЛНА БРАХИТЕРАПИЯ ПРИ СЛЕДОПЕРАТИВНО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ С РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА И ПОЗИТИВНА РЕЗЕКЦИОННА ЛИНИЯ

Б. Генова, В. Първанова, Е. Петкова, А. Кленова,

А. Балабанова, С. Лалова

Клиника по лъчелечение, СБАЛО-ЕАД, София

ЦЕЛ: Проследяване на локален контрол при високорискови болни с карцином на маточната шийка поради позитивна резекционна линия (R1), провели следоперативно съчетано лъчелечение (ЛЛ).

МАТЕРИАЛ И МЕТОД: За периода 01.2012 г. - 12.2014 г. в Клиниката по лъчелечение са лекувани 20 болни с карцином на маточната шийка след хистеректомия и R1 инвазивен карцином в резекционната линия на влагалището. Две от болните са с дисплазия VIN1-2 и 1 с неоплазия VIN3. Болните са стадирани от IB до IIIA стадий, като в 45% (9) те са с метастатични тазови лимфни възли. По хистологичен вид 17 са с плоскоклетъчен карцином и 3 с аденокарцином. Проведеното перкутанно лъчелечение (ЛЛ) за малкия таз е с доза 48÷50Gy при 15 болни, 52÷56Gy при 4 и 46Gy при 1 болна. Схемата на интравагиналната брахитерапия (ИБТ) при 90% от болните включва 2 фракции x 5Gy през 7 дни и

при две болни 3 фр. x 5Gy през 7 дни. Три фракции са приложени при една болна поради R2 и при друга болна с операция а м. Те Линде. Сумарната биологично ефективна доза на 0,5 см (BED10) при α/β 10Gy е в границите на 75÷77,7Gy при 15 и 82,2÷82,5Gy при 5 от болните с принос от перкутанното ЛЛ.

РЕЗУЛТАТИ: С пълен локален контрол са 17 (85%) от болните, установени са 2 локални рецидива (при едната болна са проведени 9 к. ХТ, в момента е на симптоматично лечение), при втората е последвало оперативно лечение. При болна с пълен локален контрол е установено метастазиране в парааортални л. възли, оперирана и облъчена същата зона. В цялата група болни не е наблюдавана необичайна ранна и регистрирана късна токсичност.

ИЗВОД: Допълването на дозата при следоперативно перкутанното ЛЛ с ИБТ при болни с карцином на маточната шийка поради R1 резекция е поносимо и не налага прекъсване на лъчелечебния курс. Постигнатият локален контрол при тази високорискова група болни е основание за продължително проследяване на лечебните резултати и токсичност.

РАДИКАЛНО ПЕРКУТАННО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ КАРЦИНОМ НА МАТОЧНОНАТА ШИЙКА ИЗЛИЗАЩ ИЗВЪН ОБЕМА НА МАЛКИЯ ТАЗ

Д. Георгиев*, В. Първанова*, Д. Кацаров*,

А. Балабанова*, Кр. Ангелов**

*Клиника по лъчелечение, СБАЛО-ЕАД, София

**Клиника по онкогинекология, СБАЛО-ЕАД, София

ЦЕЛ: Клинично и дозиметрично планиране на пред- и следоперативно облъчване при карцином на маточната шийка, локално авансирал извън обема на малкия таз.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД: Прилагане на перкутанно лъчелечение при тумори на женските гениталии, разпространени над обема на малкия таз имат палиативен

характер. При болната К. В. В. на 29 г. след 6 месечно противовъзпалително лечение с вагинални глобули се установява от КТ тумор с размери 6/4 см на маточната шийка, с лекостепенна хидронефроза в дясно с разширен десен уретер с клинични данни за ангажиране на десен параметриум. След биопсия данни за плоскоклетъчен карцином G2. Поради липса на лимфожлезно метастазиране от КТ изследване и маточно тяло, излизащо извън обема на малкия таз се премина към очертаване само обема на маточната шийка и маточното тяло с осигурителна зона от 1 см.

РЕЗУЛТАТИ: Последния ден от проведената ТГТ (10 x 3Gy през ден, екв на 30Gy) КТ оценка на тумора показва >50% редукция на тумора и смъкване на м. тяло в контурите на малкия таз. Последва радикална хистеректомия с лимфна дисекция с негативна резекционна линия и N0. Следоперативното ЛЛ бе проведено на линеен ускорител с IMRT в стандартен обем за вл. чукан и илиачните лимфни вериги (15 x 2Gy, 5 седмично, 30Gy, сумарно 60Gy). По време на лъчелечението и сега не е регистрирана локална токсичност. Не е установен клинично и КТ рецидив на болестта.

ИЗВОД: При карцином на маточната шийка извън обема на малкия таз със съвременни техники е възможно провеждане на пред- и следоперативно ЛЛ по радикална програма.

ДОЗИМЕТРИЧНА ОСИГУРЕНОСТ НА ВИСОКОТЕХНОЛОГИЧНО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ

Х. Сокеров, С. Ковачева, Д. Ганчев, К. Иванова

УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ”

Внедряването на нови високотехнологични техники, като Модулирано по интензитет лъчелечение /ЛЛ/ и Обемно модулирано ротационно ЛЛ е свързано с разработването на програми за Осигуряване на качеството /ОК/, включващи допълнителни проверки за контрол на качеството и пускови измервания,

верификация на дозиметричния план на пациента и неговото нагласяване. Представени са резултатите от проверките за правилното функциониране на динамичния многолистов колиматор, ротацията на главата на апарата и мощността на дозата за ускорител Varian Clinac iX. Те са направени на устройството за портално изображение към апарата и анализирани с програма Epiq. Тези параметри са важни за реализиране на исканото дозно разпределение и огнищна доза. Дискутират се позиционирането на пациента и верификацията му, изпълнението на облъчването и инверсното дозиметрично планиране. Показани са примери за изготвяне на верификационни планове на цилиндричен фантом ArcCHECK, резултати от направените измервания и критерии за приемане на плана.

ДОЗИМЕТРИЧНО ПЛАНИРАНЕ НА ВИСОКОТЕХНОЛОГИЧНО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕОПЛАЗМИ НА ДОЛЕН ГЕНИТАЛЕН ТРАКТ

С. Ковачева, Д. Ганчев, Х. Сокеров, К. Иванова

УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ”

Дозиметричните планове за модулирано по интензитет лъчелечение /ЛЛ/ (IMRT) и Обемно модулирано ротационно ЛЛ (VMAT) правят възможно да се получат дозни разпределение със сложна вдлъбнала /изпъкнала/ форма и градиент на дозата в по-тесни граници от тези, възможни при конвенционалните техники. Това ги прави подходящи при лечение на сложни клинични обеми с прилежащи критични органи, чиито толерантни дози не трябва да се надвишават. Значително намаленото време за облъчване при VMAT в сравнение с IMRT повишава комфорта и редуцира грешките, свързани движенията на пациента по време на сеансите. Представени са дозиметрични планове на пациенти с неоплазми на долния генитален тракт, планирани с 3D конформална и VMAT техники. При ЛЛ на неоплазмите на долния генитален тракт критични органи са тънките черва, пикочния мехур и ректума. Сравняването показва

значително намаляване /с повече от 25 %/ на дозите в съседните критичните органи при VMAT плановете.

Анатомо-топографско и клинико-биологично планиране при съвременното високотехнологично лъчелечение

на карцином на вулвата – особености

Н. Накова, З. Захариев, Л. Гочева

Клиника по лъчелечение УМБАЛ”Царица Йоанна – ИСУЛ”

Цел на настоящия доклад е представяне особеностите на анатомо-топографско и клинико-биологично планиране при съвременното високотехнологично лъчелечение /ЛЛ/ на карцином на вулвата.

Лъчелечението е важна част от мултидисциплинарния подход при лечение карцинома на вулвата. Следоперативното ЛЛ показва превес над повторните хирургични интервенции, водейки до локален туморен контрол и намален риск от рецидиви. Предоперативното съчетано лъчехимиолечение позволява провеждане на органосъхраняващи интервенции при първично неоперабилни локално адвансирани тумори. При невъзможност за оперативното лечение, съчетаното или самостоятелното ЛЛ продължава като дефинитивно. Облъчват се тазовите и ингвинофеморалните лимфни вериги с/без туморния процес/или ложе.

Подробно са представени особеностите в анатомо-топографско и клинико-биологично планиране при съвременното високо-технологично ЛЛ на карцином на вулвата.

С усъвършенстване на лъчетерапевтичните техники се постига прецизно триизмерно определяне на клиничните мишенни обеми и реализиране на високи дози в туморния обем при приемлива токсиност на критичните органи.

Анатомо-топографско и клиничко-биологично планиране при съвременното високотехнологично лъчелечение

на вагиналният карцином – особености

И. Габровски¹, И. Драгнев², В. Василева¹,

Л. Гочева¹, Р. Габровски².

¹ – Клиника по лъчелечение УМБАЛ”Царица Йоанна – ИСУЛ”

² – Клиника по лъчелечение Комплексен онкологичен център – Шумен”

Цел на настоящия доклад е представяне особеностите на анатомо-топографско и клиничко-биологично планиране при съвременното високотехнологично лъчелечение /ЛЛ/ на вагиналният карцином.

Вагината по-често се засяга вторично по съседство от карциноми на шийката и вулвата и по-рядко от първични карциноми.

Карциномът ин ситу и селектирани ранни инвазивни карциноми на горната вагина се лекуват със самостоятелно оперативна лечение. В по-напредналите клинични стадии съчетаното ЛЛ (перкутанно и брахитерапия) е стандартен метод, тъй като запазва анатомията и функцията на органите и може да третира известни или предполагаеми регионални лимфни метастази. В стадии III и IVa към ЛЛ трябва да се прибави конкомитантна химиотерапия с Цисплатина.

Лимфните възли, който трябва да се облъчат, са медиалните ингвинофеморални, външните и вътрешни илиачни, obturatorните и пресакралните лимфни възли. За лезии в горната част на вагината се включват и проксималните периректални възли и билатералните параметрии.

Подробно са представени особеностите в анатомо-топографско и клиничко-биологично планиране при съвременното високотехнологично ЛЛ на вагиналният карцином.

Поради ниската честота на този карцином липсват проспективни рандомизирани проучвания относно най-доброто терапевтично поведение. Терапевтичните решения се вземат на базата на ретроспективни данни и индивидуална преценка.

**Анатомо-топографско и клиничко-биологично планиране при
съвременното високотехнологично лъчелечение
на цервикалния карцином – особености**

**И. Габровски И¹, И. Драгнев², В. Василева¹,
Л. Гочева¹, Р. Габровски².**

¹ – Клиника по лъчелечение УМБАЛ”Царица Йоанна – ИСУЛ”,

² – Клиника по лъчелечение ”Комплексен онкологичен център – Шумен ”

Цел на настоящия доклад е представяне особеностите на анатомо-топографско и клиничко-биологично планиране при съвременното високотехнологично лъчелечение (ЛЛ) на цервикалния карцином.

Ракът на шийката на матката е на четвърто място по честота и на седмо място по смъртност сред злокачествените новообразувания при жените в България. Терапевтичното поведение се основава на стадиране на карцинома по класификацията на FIGO. Злокачествените новообразувания в клиничен стадий IA1 и in situ приоритетно се лекуват оперативно, клинични стадии IA2-IIA – с лапарохистеректомия и следоперативно или дефинитивно ЛЛ и стадии IIB-IVA – с дефинитивна конкомитантна лъчехимиотерапия. Брахирапията е важна част от реализирането на съчетано ЛЛ и се съчетава с перкутанно ЛЛ.

Индикации за постоперативното ЛЛ са дълбока стромална инвазия, голям туморен обем и/или инвазия на лимфоваскуларното пространство. Постоперативната лъчехимиотерапия се прилага при засягане на лимфни възли, параметрии и/или положителни резекционни линии.

Подробно са представени особеностите в анатомо-топографско и клиничко-биологично планиране при съвременното високотехнологично лъчелечение на цервикалния карцином.

Според съвременните клинични проучвания съчетаната лъчехимиотерапия води до по-висок локо-регионален контрол, по-малко далечни метастази и по-висока специфична и обща преживяемост.

Повторно облъчване на вече облъчени области

в човешкото тяло – кога, как и къде

Л. Гочева

УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ”,

Клиника по лъчелечение

Цел на настоящия доклад да се направи обзор на терапевтичните стратегии при злокачествени новообразувания на пациенти, включващи и повторно облъчване на вече облъчени области от човешкото тяло. Обсъждат се индикациите и клиничните ситуации, налагащи повторно облъчване. Представят се прилаганите лъчетерапевтични техники, някои технически аспекти на прилаганото лъчелечение, толеранса на нормалните тъкани и някои радиобиологични проблеми. Анализира се ролята на комплексното терапевтично поведение, включващо освен повторно облъчване и химиотерапевтици, хипертермия и моноклонални антитела. Представят се и отделни клинични случаи, включително и с неоплазми на генителния тракт, при които е проведено повторно облъчване като част от терапевтичната стратегия.

Организация на високотехнологично лъчелечение в лъчетерапевтична клиника на УМБАЛ”Царица Йоанна – ИСУЛ”

Л. Гочева, В. Иванова, М. Петрова

Клиника по лъчелечение УМБАЛ”Царица Йоанна – ИСУЛ”

Цел на настоящия доклад - филм е представяне на организацията на провежданото високотехнологично лъчелечение в Клиника по лъчелечение УМБАЛ”Царица Йоанна – ИСУЛ”. Представени са материалните и човешки ресурси на Клиниката, както и дейността и, изразени чрез броя на преминалите пациенти по локализации и приложени лъчетерапевтични техники.

Представени са отделните етапи от пътя на пациента, провеждащ лъче- или съчетано лъчехимиолечение, включващи консултиране и записване на пациентите за лъчелечение, клинично – биологичното планиране, получаване на изображения, необходими за изработване на анатомотопографския план, анатомотопографското планиране, дозиметрично планиране, приемане на пациенти за лъчелечение, маркиране на изоцентрове или входни точки на лъчевите полета, провеждане на лъчелечебните сеанси, контрол и проследяване на лъчелечението, както и изписване на завършил лъчелечението пациент. Оценено е мястото на Клиниката като водещ пилотен център сред българската лъчетерапевтична общност.

РОЛЯ НА ХИМИОТЕРАПИЯТА В ЛЕЧЕНИЕТО НА НЕОПЛАЗМИТЕ НА ДОЛНИЯ ГЕНИТАЛЕН ТРАКТ

И. Трифонова

СБАЛО – СОФИЯ

Туморите на долния генитален тракт (маточна шийка, вагина, вулва) са относително химиорезистентни. Въпреки това, химиотерапията намира своето място както като основен метод в терапията на дисеминираното, така и в комбинация с хирургичното и лъчелечението при локално-авансиралото заболяване. Опитите за подобряване ефективността на комбинираното лечение включват синхронно приложение на химиотерапия с радиотерапия, неоадювантна химиотерапия преди радиотерапия или хирургия, адювантна химиотерапия. Клиничните проучвания са проведени основно при пациентки с карцином на шийката на матката, поради най- високата честота на заболяването. Базирайки се на сходната хистопатология в препоръките за лечение на вагиналните и вулварни карциноми се екстраполират резултатите, отчетени при цервикалния карцином. Изпитването на редица цитостатици като радиосенсибилизатори доведе през 1999г. до въвеждането на синхронната химиорадиотерапия с цисплатина като стандарт за лечение на пациентки с

напреднал карцином на маточната шийка, като резултат от проведени пет рандомизирани клинични проучвания.(1,2,3) Тези данни са потвърдени от последващи метаанализи, отчитащи данните от 18 проучвания, които демонстрират 8% подобрене на общата преживяемост, 9% за локо-регионалната свободна от рецидиви преживяемост и 7% за свободната от далечни метастази преживяемост за всички стадии. Ползата е потвърдена и за неплатинови режими.(4) Оптималната схема на приложение, приета за момента, включва 40 mg/m² cisplatin седмично синхронно с перкутанната радиотерапия. Синхронното приложение на carboplatin или други неплатинови режими е алтернатива за пациентки, които не могат да понесат платиново лечение.

Ролята на неoadювантната химиотерапия остава за момента неясна. Преглед на 18 проучвания включващи 2074 пациентки , публикуван през 2006 г., отчита, че цисплатин базираната неoadювантна химиотерапия приложена преди лъчелечението, може да повлияе общата преживяемост. Резултатите обаче не са еднозначни, изискват се допълнителни данни (5) Мета-анализ на резултатите от проведена неoadювантна химиотерапия с последваща хистеректомия срещу радиотерапия показват подобрене от 14% на 5 годишната преживяемост. Болните в контролното рамо обаче, получават радиотерапия без химиотерапия.Субгруповият анализ не показва полза за пациентките в IIIст. (5). Лечението на персистиращото, рецидивиращо и дисеминирано заболяване е изключително палиативно.Водещ медикамент е цисплатината с постигната обща преживяемост средно 8 мес. при монотерапия GOG-179(2004). При сравняването на четири платинови дублета – топотекан, паклитаксел, винорелбин, гемситабин се затвърждава като стандартна комбинацията с паклитаксел:GOG-0204 (2009)(6). Сравнението на двата дублета- паклитаксел-цисплатин и паклитаксел-карбоплатин отчита значителна полза от лечението с паклитаксел – карбоплатин за пациентки, получавали предходно цисплатин : JGOG-0505(2012). (7). Опитите за подобряване ефективността на лечението при тази група пациентки насочиха вниманието към таргетните агенти .Проучването GOG 240 демонстрира подобрене на общата преживяемост при болни с карцином на маточната шийка , провеждали комбинирано лечение - химиотерапия и анти VEGF блокер(бевацизумаб).(8)

Първичният карцином на вагината е рядък, поради което химиолечението се провежда като при цервикален карцином. Болните с рецидивирало или метастазирало заболяване се третират с платина съдържаща химиотерапия, независимо от недостатъчните данни в литературата. Тъй като вагиналният карцином е сходен с цервикалния по отношение хистология, пътища на разпространение, връзка с HPV инфекцията, отговор към радиотерапията, е препоръчително при локално – авансирани, високорискови инвазивни тумори да се провежда химио- радиотерапия (9).

През последните години тенденцията в лечението на вулварния карцином е мултидисциплинарен подход с оглед постигане на оптимален локорегионален контрол при възможно минимална загуба на тъкан и функция. Изследвани са комбинации с цисплатин, митомицин С, флуороурацил. Независимо от малкия брой пациентки и липсата на рандомизирани проучвания е отчетен подобрен отговор спрямо радиотерапия самостоятелно. Базирайки се отново на резултатите, отчетени при цервикалния карцином, повечето автори препоръчват синхронно- химиолъчелечение с цисплатина (2). Пациентките с карцином на вулвата са най-често в напреднала възраст и с множество придружаващи заболявания. Това налага внимание при провеждане на цитостатично лечение. Няма достатъчно данни, оценяващи ефективността на химиотерапията при тази локализация. Препоръчват се прилаганите при карцинома на маточната шийка медикаменти, евентуално като монотерапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Whitney CW, Sause W, Bundy BN, et al. Randomized comparison of fluorouracil plus cisplatin versus hydroxyurea as an adjunct to radiation therapy in stage IIB-IVA carcinoma of the cervix with negative para-aortic lymph nodes: a Gynecologic Oncology Group and Southwest Oncology Group study. J Clin Oncol 1999;17:1339-1348.
2. Rose PG, Bundy BN, Watkins EB, et al. Concurrent cisplatin-based radiotherapy and chemotherapy for locally advanced cervical cancer. N Engl J Med 1999;340:1144-1153.

3. Morris M, Eifel PJ, Lu J, et al. Pelvic radiation with concurrent chemotherapy compared with pelvic and para-aortic radiation for high-risk cervical cancer. *N Engl J Med* 1999;340:1137-1143.
4. Chemoradiotherapy for Cervical Cancer Meta-Analysis Collaboration. Reducing uncertainties about the effects of chemoradiotherapy for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis of individual patient data from 18 randomized trials. *J Clin Oncol* 2008;26:5802-5812.
5. Neoadjuvant Chemotherapy for Cervical Cancer Meta-analysis Collaboration (NACCCMA). Neoadjuvant chemotherapy for locally advanced cervix cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;2:CD001774.
6. Monk BJ, McMeekin DS, et al. Phase III trial of four cisplatin-containing doublet combinations in stage IVB, recurrent, or persistent cervical carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol* 2009;27:4649-4655.
7. Kitagawa R, Katsumata N, Shibata T, et al. A randomized phase III trial of paclitaxel plus carboplatin (TC) versus paclitaxel plus cisplatin (TP) in stage IVb, persistent or recurrent cervical cancer: Japan Clinical Oncology Group Study (JCO G0505). *J Clin Oncol* 2012;30(155). Abstr. 5006.
8. Tewari KS, Sill MW, Long H J 3rd, Penson RT, Huang H, Ramondetta LM, Landrum LM, Oaknin A, Reid TJ, Leitao MM, Michael HE, Monk BJ. Improved survival with bevacizumab in advanced cervical cancer *N Engl J Med*. 2014 Feb 20;370(8):734-43. doi: 10.1056/NEJMoa1309748.
9. Frank SJ, Jhingran A, Levenback C, et al. Definitive radiation therapy for squamous cell carcinoma of the vagina. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005;62:138