

РЕЗЮМЕТА
НА ПЛЕНАРНИ ЛЕКЦИИ И ДОКЛАДИ
ОТ
XXI-ва НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ
На тема
„ОНКОГИНЕКОЛОГИЯТА ПРЕЗ XXI-ВИ ВЕК“
04 октомври - 07 октомври 2018
Хотел Риу Правец

ПЛЕНАРНИ ЛЕКЦИИ

ОНКОГИНЕКОЛОГИЯТА ПРЕЗ XXI ВЕК. КЪДЕ СМЕ НИЕ.

Г. ЧАКАЛОВА

Клиника по гинекология, УСБАЛО

В световен мащаб се наблюдава тенденция за увеличаване на случаите на рак. За периода 2005 – 2015 г. случаите на рак са се увеличили в 174 от 195 страни. В България увеличението е >10% - 20%. През 2016 г. в света са заболяли от рак на маточната шийка 1,94 милиона жени, от рак на тялото на матката- 1,96 милиона жени и от рак на яйчника- 785 600 жени. През 2016 г. в света са починали от рак на маточната шийка - 247 160 жени, от рак на тялото на матката - 87 526 жени, и от рак на яйчника 165 041 жени. По последни данни на БНРР през 2015 г. в България от гинекологичен рак са заболяли 3 320 жени (рак на вулвата-131 жени, рак на влагалището-28, рак на маточната шийка 1059, рак на тялото на матката- 1227 жени, други неуточнени-31 жени, рак на яйчника- 827 жени, други и маточна тръба-17 жени и рак на плацентата-2 жени). През 2015 г. в България от гинекологичен рак са починали 1266 жени. В България се наблюдава тенденция за увеличаване на болните с рак на маточното тяло, най-вече при най-възрастните (80 и повече години). Наблюдава се увеличение на болните в I стадии, но в същото време се увеличава и смъртността след 2000 година. В България се наблюдава тенденция за увеличаване на болните с рак на маточната шийка, най-вече при по-младите жени (30 - 59 години). Наблюдава се увеличение на болните в III стадии, и се увеличава смъртността. В България се наблюдава тенденция за увеличаване на болните с рак на яйчника, във всички възрастови групи (над 40 години). Наблюдава се увеличение на болните в напреднали стадии, и се увеличава смъртността след 2000 година. България е с една от най-високите заболяемост и смъртност в Европа за рак на тялото на матката, рак на маточната шийка и рак на яйчника. След 2000 година в България се установява неправилно стадиране на болните със злокачествени тумори на женските полови органи и голям процент от болните са с неопределен стадии, което води до неправилно лечение и до по-лоши лечебни резултати (увеличаване на смъртността). За съжаление през XXI век в България се е влошило състоянието на онкогинекологията.

Принципи за приложение на деструктивно лечение при доброкачествени и предракови изменения на шийката на матката.

И. Карагъзов, С. Ковачев

Цел: Предложение за изработване на унифицирани правила (диагностично-лечебен алгоритъм) за прилагане на деструктивни техники за лечение на доброкачествени и предракови изменения на маточната шийка в амбулаторни и/или болнични условия и уеднаквена задължителна медицинска документация.

Материал и методи: Проучени са алгоритмите за поведение и лечение на редица известни дружества и асоциации по цервикална патология в Европа, Америка и Австралия, с цел създаване на опростено и ясно национално ръководство.

Мотиви: 1. Липсва национално утвърдено ръководство за този вид медицинска дейност.

2. В практиката съществуват деструктивни методи със съмнителна лечебна стойност.

3. Деструктивно лечение на маточната шийка се прилага с индикации и цели, неотговарящи на добрата медицинска практика.

4. Съществува необходимост от прецизиране и уеднаквяване на използваните методи и документация, с цел предпазване на здравето на пациента и на лекуващите гинеколози от грешки и съдебно преследване.

Съдържание: Общи положения и постулати; Квалификация; Диагностика; Лечение; Проследяване; Медицинска документация.

Предложението за изработване на унифицирани правила (диагностично-лечебен алгоритъм) за прилагане на деструктивни техники за лечение на доброкачествени и предракови изменения на маточната шийка и уеднаквена задължителна медицинска документация е продиктувано както от липсата на такъв общоприет правилник, така и от диагностично-терапевтичният и документален "хаос" в тази област на онко-профилактиката у нас.

Проучени са алгоритмите за поведение и лечение на редица известни дружества и асоциации по цервикална патология в Европа, Америка и Австралия, с цел създаване на опростено и ясно национално ръководство. Обобщено казано, проучените алгоритми разглеждат подробно диагностичната, лечебната и следлечебна част на процеса, поставяйки задължителни за изпълнение критерии за всяка една част, като особено

важно място е отделено на задължителната допълнителна квалификация на гинеколозите и документалното отразяване на диагностично-лечебният процес.

Постарахме се да подберем максимално опростено и ясно основните параметри за едно такова принципно ръководство за диагностика и лечение на цервикалните лезии, като предлагаме за разглеждане и дискусия пред онкогинекологичната общност в страната основните му елементи: общовалидни постулати, диагностичен минимум, диагностично-лечебен алгоритъм, основни критерии за избор на вида на деструкция, базови параметри на деструкция, алгоритъм за проследяване след аблативни деструкции на предракови лезии, алгоритъм за проследяване и поведение след ексцизионни деструкции на премалигнени лезии, и уеднаквена медицинска документация. По наше мнение е необходимо курсовете по колпоскопия да бъдат допълнени с адекватно практическо обучение в реферирани центрове или при опитни в областта специалисти.

Настоящият документ се предлага за обсъждане от БАОГ и окончателният му вариант да бъде представен от асоциацията за утвърждаване от БДАГ.

ДАЛИ РАКЪТ НА ЕНДОМЕТРИУМА С НИСЪК РИСК Е В ДЕЙСТВИТЕЛНОСТ С НИСЪК РИСК

Г. ЧАКАЛОВА

Клиника по гинекология, УСБАЛО

Ракът на ендометриума се приема от много гинеколози за рак с нисък риск и добра прогноза, и извършването на тотална хистеректомия с аднексите се смята за достатъчен обем на оперативната интервенция. Това не е така и се потвържава от факта, че дори в I стадии 5-годишната преживяемост не надвишава 80%. Ракът на ендометриума се разделя в зависимост от хистологичния вид, инвазията на тумора и степента на диференциация на рак с нисък, умерен и висок риск. Тумор с нисък риск е ендометроиден карцином на ендометриума, G1 и G2 и с инвазия в миометриума до <50%, с умерен риск е ендометроиден карцином, G1 и G2 с инвазия в миометриума > 50% или ендометроиден карцином, G3 с инвазия в миометриума < 50%), а с висок риск е ендометроиден карцином, G3 с инвазия в миометриума > 50%) и не-ендометроиден карцином, всички стадии, всички G. Поставихме си за цел да анализираме случаите на рак на ендометриума с нисък риск.

Проведено е проспективно проучване за периода 01.01.2014 - 30.06.2018 година, което включва 521 болни с рак на ендометриума, лекувани в клиниката по гинекология на УСБАЛО. От всичките болни с рак на ендометриума, 380 болни (72,9%) са били в I стадий. На 375 болни предоперативно е установен хистологичния вид на тумора, степента на диференциация и степента на инвазия в миометриума (ехография, САТ, MRI). Установихме, че не може да се разчита на ехографията за определяне на степента на инвазия в миометриума, т.к. в повече от 50% от случаите туморната лезия изглежда като екзофит в кавум утери, без възможност да се определи каква част от нея е с инвазия в миометриума, както и по-малки участъци на по-дълбока инвазия. На всички болни беше извършена хистеректомия с аднексите и тазова +/- парааортална лимфна дисекция. Оперативния материал беше изследван хистологично и болните бяха стадириани, въз основа на което беше определена степента на риск и провеждането на адювантна терапия. Пет болни с I стадий, определени като болни с нисък риск, оперирани първоначално в други лечебни заведения, бяха оперирани повторно при нас заради установени метастази в ЛВ, влагалище или абдомен.

Въз основа на хистологичното изследване на отстранената матка, от всички 380 болни в I клиничен стадий, с нисък риск (I A стадий, ендометроиден карцином G1 и G2) са определени 161 болни (42,4%), като при 3 болни не е установен тумор и не е доказана инфилтрация в миометриума до $\frac{1}{2}$, преобладават умерено диференцираните форми (G1 в 30% и G2 в 70% от случаите). Останалите 219 болни (57,6%) в I клиничен стадий са определени с умерен и висок риск (I A стадий ендометроиден карцином, G3, и I A неендометроиден- муцинозен, светлоклетъчен, аденосквамозен карцином, G1, G2 и G3, както и всички форми на IB стадий). От 161 болни, определени първоначално като болни с нисък риск при 26 (16,1%) бяха установени впоследствие наличието на фактори, които определяха болните с умерен и висок риск. При 21 жени (13 %) въз основа на хистологичното изследване на отстранените лимфни възли, параметриумите и аднексите са установени различни видове разпространение на процеса извън матката. Така при 13 болни са доказани 26 броя метастатични лимфни възли (3 болни оперирани в други лечебни заведения без лимфна дисекция, при нас 1 мес. след операцията е направена лимфна дисекция), поради което при окончателното стадиране бяха определени като болни в III стадий, при 5 болни са установени метастази или туморни емболи в параметриумите и при 3 болни метастази в яйчниците и маточната тръба. При 5 болни (3 %) в първите 3 години са установени метастази. Две болни оперирани в други лечебни

заведения, оперирахме от 6 до 12 месеца заради локален рецидив или метастаза във влагалището. Две болни оперирани в други лечебни заведения, при нас 1 година след операцията бяха оперирани заради метастази в абдомена). Една болна беше оперирана заради метастаза в белия дроб 3 години след първоначалното лечение. В тези случаи при направената ревизия на хистологичните препарати се установи разминаване в хистологичния вид и степента на диференциация на тумора. От така получените резултати установихме, че от определените като болни с нисък риск (I A стадии, ендометриоден карцином G1 и G2) в 10% от случаите има метастази в лимфните възли. От всички болни с рак на ендометриума в I стадий с нисък риск са само 135 болни (35,5%), а от 521 болни с рак на ендометриума, само 135 болни са с нисък риск (25,9%).

При определяне на риска на болните с рак на ендометриума, от което зависи както обема на оперативното лечение (хистеректомия с аднексите със или без лимфна дисекция), така и следоперативната адювантна лъчева терапия (без такава, само брахитерапия или брахитерапия и перкутанна лъчетерапия) трябва да се има в предвид, че едва 1/4 от болните с рак на ендометриума са с нисък риск и можем да си позволим неагресивно лечение при абсолютна увереност за правилна хистологична диагноза.

СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА РОБОТ-АСИСТИРАНА И АБДОМИНАЛНА РАДИКАЛНА ХИСТЕРЕКТОМИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С РАК НА ШИЙКАТА НА МАТКАТА - 10-ГОДИШЕН ОПИТ

Г. ГОРЧЕВ¹, СЛ.ТОМОВ¹, Н.ХИНКОВА², И.ФИЛИПОВА², Т. АТАНАСОВ³

УМБАЛ “Георги Странски“ – Плевен¹, УМБАЛ “Света Марина“ – Плевен²,
Национален Раков Регистър³

Цел: Да се извърши ретроспективен сравнителен анализ на преживяемостта на пациентите с рак на маточната шийка, които са били оперирани за 10-годишен период от 2008 до 2018 година.

Материал и методи: В проучването са включени 1424 пациента с рак на маточната шийка в I, II и III стадий по FIGO, оперирани чрез абдоминална радикална хистеректомия (n=1058, 74.3%) и роботизирана радикална хистеректомия (n=366, 25,7%).

Резултати: Анализът на преживяемостта показва обща смъртност от 27.9%. От 1058 пациенти, оперирани чрез абдоминална радикална хистеректомия, 341 (32,2%) са починали. При 320 (93,8%) от тях причината за смърт е рак на шийката на матката, при 9 (2,6%) - друго онкологично заболяване, а при 12 (3,6%) - неонкологично заболяване. От 366 пациенти, оперирани чрез роботизирана радикална хистеректомия, са починали

56 (15.3%), като делът на тези с cancer specific death е най-голям- 91% (n=51), в сравнение с този на починалите от друга онкологична причина (n=2, 3.5%) и неонкологична причина (n=3, 5.5%).

Заключение: Предварителните данни от нашето проучване, касаещи преживяемостта на пациентките с цервикален карцином, оперирани с роботизирана и и абдоминална радикална хистеректомия, не потвърждават резултатите от LACC trial. Причините за това предстои да бъдат по-детайлно анализирани, след получаване на окончателните резултати.

ПЕРИОПЕРАТИВНИ РЕЗУЛТАТИ И ПРЕЖИВЯЕМОСТ НА ПАЦИЕНТИ С РАК НА ЕНДОМЕТРИУМА, ОПЕРИРАНИ ЧРЕЗ ТРИ ХИРУРГИЧНИ ПОДХОДА: РОБОТИЗИРАН, ЛАПАРОСКОПСКИ И ОТВОРЕН

Сл. Томов¹, Г. Горчев¹, Хинкова Н², Филипова И², Тотев Т², Любенов А², Кипрова Д², Янева К., Беремска П.² Панайотова Г², Седова Т.², Атанасов Т³.

1. УМБАЛ „Г. Странски“ - Плевен, 2. УМБАЛ „Света Марина“ - Плевен,

3. Национален раков регистър

Цел: Да се анализират ретроспективно периоперативните резултати и общата преживяемост на пациентите с рак на ендометриума, оперирани чрез три вида хистеректомия: роботизирана (RH), лапароскопска (LH) и абдоминална (AH).

Материал и методи: За период от 10 години (януари 2008 - декември 2017 г.) са изследвани 968 пациенти с рак на ендометриума в I, II и III стадий по FIGO. От тях 419 (43,3%) са оперирани чрез с роботизирана хирургия, 76 (7,9%) са претърпели тотална лапароскопска хистеректомия и 473 (48%) – тотална абдоминална хистеректомия. В 539 (55,7%) от случаите хистеректомията е придружена с тазова лимфна дисекция.

Резултати: Предварителните резултати показват, че минималната инвазивна хирургия е със значително по- кратко оперативно време (средно оперативно време - 96 мин.), с по- малка кръвозагуба и съкратен болничен престой (3.37 дни) в сравнение с абдоминалната хистеректомия (средно оперативно време - 140 минути, средна кръвозагуба - 436 ml, среден болничен престой - 10.8 дни) (p <0.001). До 31 декември 2017 г. от 495 пациенти, оперирани чрез минимално инвазивна хирургия, 409 (82,5%) са живи (в групата на RH - 350, 83,8%, а в групата LH - 59, 77,6%). В сравнение с тях виталният статус на пациентите, оперирани чрез отворен достъп, е значително по-нисък - 330 (69,8%) живи пациенти (p <0,05).

ДОКЛАДИ

Качество на живот при пациентки с онкогинекологични заболявания.

А. Милушева, Г. Чакалова

УСБАЛ по Онкология - гр. София

Въведение: Качеството на живота се отнася до общото благосъстояние на хората и обществото. Това е степента на благополучие и лична удовлетвореност, изпитвано от даден човек или група от хора. В това понятие се влага неизмеримата по икономически показатели субективна и динамично променлива оценка за личното благосъстояние, формирана по много и разнообразни критерии от физическо, психологическо и социално естество. Качеството на живот в контекста на здравеопазването е оценка на благосъстоянието на даден пациент или липсата му, което се повлиява във времето от определено заболяване, инвалидност или нарушение на определени физически способности.

Цел: Целта на изследването е да се изследва удовлетвореността от живота във времето при пациентки с онкогинекологични диагнози и да се съпоставят резултатите по удовлетвореност, по диагнози и по възрастови периоди според Ерик Ериксън.

Материали и Методи: За целите на настоящето изследване се използват данни на 21 пациентки с онкологична диагноза на възраст от 42-86 г. Използвана е скалата за измерване на удовлетвореността от живота във времето на Pavot W., Diener Ed, Eunkook Suh. Скалата определя удовлетвореност, неудовлетвореност и неутрална удовлетвореност от живота, а подскалите измерва нивата за три различни периода – минал, настоящ и бъдещ.

Резултати: След провеждането на изследването със скалата за удовлетвореност от живота във времето се получиха следните резултати: 58% от пациентите са удовлетворени от живота си, 39% не са удовлетворени от живота си и 3% не могат да определят т.е отговарят неутрално. Изследваните лица са само от женски пол поради локализацията на заболяването. Обработените данни по възрастов период-младост, зрялост и старост показват, че в представителната извадка няма жени в периода на младостта, 67% са в период на зрялост и 33 % са в период на старост.

Изводи: По-голямата част от изследваните лица са с висок процент на удовлетвореност от живота във времето. По-голяма част от изследваните лица са в периода на зрялост, като няма изследвани лица в период младост. Локализацията по диагнозата няма определяща роля за удовлетвореността от живота във времето. Важна роля играе поставянето на онкологична диагноза.

РОЛЯ НА ИМУНОТЕРАПИЯТА В МЕДИЦИНСКАТА ОНКОЛОГИЯ- ФОКУС ВЪРХУ ПЕМБРОЛИЗУМАБ

Ж. Михайлова

ВМА - София

Медицинската онкология е научна и клинична специалност, която се занимава с приложение на противотуморното лекарствено лечение на солидните тумори (без малигнените хемопatii). Противотуморното лекарствено лечение включва химиотерапията, таргетната терапия, хормоналното лечение и имунотерапията. Имунотерапията дълго време нямаше активно приложение в противотуморната терапия на солидните злокачествени тумори до последните няколко години, до появата на т.нар. check point инхибитори или инхибитори на входа, чийто представител е моноклоналното антитяло Пембролизумаб.

Един от основните проблеми в онкологията е намалената способност на имунната система да предотврати и по-късно да спре развитието на злокачествения процес. Много проучвания доказаха, че микросредата около туморните клетки индуцират имуносупресия, която преци на цитотоксичните Т клетки да разрушат туморните клетки. Имуносупресията в туморната микросреда се индуцира основно от регулаторните Т клетки (Tregs), миелоидн-свързаните супресорни клетки (MDSCs) и тумор-активирани макрофаги (TAMs). Тези пречат на активирането на анти-туморните Т клетки чрез различни механизми. Таки механизми са продукция на имуносупресивни цитокини като интерлевкин 10 / IL-10/ и трансформация растежен фактор бета /TGFb), както и експресия на ко-инхибиторни молекули като цитотоксичен-Т-лимфоцит-свързан протеин 4, /CTLA4-cytotoxic T-lymphocyte-associated protein 4/, регулаторните протеини, свързани с програмираната клетъчна смърт PD1 /Programmed cell death protein 1/, и PDL1 /Programmed death-ligand 1/. PD-1 инхибитор на входа immune checkpoint, който предотвратява автоимунните процеси по два механизма. Първо индуцира апоптоза (

програмиран клетъчна смърт) на антиген-специфичните Т-клетки в лимфните възли, и второ намалява апоптозата на регулаторните Т-клетки, както са противовъзпалителните, супресивните Т-клетки. В допълнение, туморните клетки могат да се избегнат имунната система на гостоприемника и посредством нарушена експресия на молекулите от основния комплекс за тъканна съвместимост (МНС-I -major histocompatibility complex one) и така да намалят преценитрането на тумор-специфичните антигени на имунната система.

Имуноterapia включва различни терапевтични подходи, целящи от една страна да осигурят имунни ефекторни молекули както при пасивната имуноterapia (таргетните моноклонални антитела) или подходи, свързани с активирането на имунните клетки на пациента, които да разрушат туморните клетки както при активната имуноterapia (например цитокини). Моноклоналните антитела, които са инхибитори на входа се причисляват към активната химиотерапия. Те стимулират собствената имунна система на пациента да се справи със злокачествения процес. Механизма на действие на моноклоналните антитела, инхибитори на входа представлява нов подход в медицинската онкология и смяна на парадигмата на лечение, характерна за химиотерапията и таргетната терапия, които целят директно разрешаване на туморните клетки.

Пембролизумаб, анти-PD1 моноклонално антитяло като монотерапия влезе в клиничната практика с резултатите си за ефективност при болни с малигнен меланом, недребноклетъчен карцином на белия дроб, карцином на пикочния мехур, микросателитно нестабилни солидни тумори, Ходжкинов лимфом, плоскоклетъчен карцином на глава и шия, стомашен карцином, рак на маточната шийка и други. В момента се провеждат много проучвания за монотерапия пембролизумаб или в комбинация с таргетна или химиотерапия при много други туморни локализации. Сегашните индикации на пембролизумаб се базират на високи нива на доказателственост, получени в рандомизирани клинични проучвания.

HPV ваксинация - странични ефекти

С. Ковачев

Клиника по обща и онкологична гинекология – Военномедицинска академия, София

Въвеждането на първата HPV ваксина през 2006г и впоследствие мащабното им приложение на нея и другите такива в изложените на риск популации доведе след определен период и до първите съобщения за различни странични ефекти. Те провокираха спирането на ваксинацията срещу HPV в определени държави и насочиха вниманието на съответните регулаторни медицински агенции към тяхното допълнително проучване.

Целта на този обзор е да обобщи събраните до момента резултати в литературата и електронната база данни относно риска и страничните ефекти на ваксините срещу HPV за периода от 2006 г – 2018 г.

Основните странични ефекти на HPV ваксинацията са свързани, както при повечето ваксини с автоимунна реакция. Три са описаните клинични синдрома в повечето държави въвели ваксинацията: комплексен регионален болков синдром; миалгичен енцефалит; синдром на ортостатичната тахикардия. Подробното разглеждане на тяхната честота и на всеки един случай по отделно от американската, европейската и световната здравни агенции не откри по висока от тази за неваксинираната популация честота на страничните автоимунни ефекти. Заключениеето на тези регулаторни органи е за пълната безопасност и нисък (равен на всеки друг) риск при тяхното приложение.

Анализ на състоянието на лимфните възли при болни с онкогинекологични заболявания

Ж. Даскалова, Г. Чакалова, Ц. Дянкова, К. Ангелов

Клиника по Гинекология, УСБАЛО гр. София

Направен е анализ на състоянието на лимфните възли (ЛВ) при 303 болни с онкогинекологични заболявания, оперирани през периода 01.01.2017 - 30.06.2018 г. в Клиниката по Гинекология на УСБАЛО. С рак на вулвата са 22 (7,26%), с рак на влагалището 3 (0,99%), с рак на маточната шийка са 92 болни (30,36%), с рак на ендометриума са 123 болни (40,60%), със сарком на матката са 8 болни (2,64%), с рак на

яйчника са 50 болни (16,50%) и с рак на маточната тръба са 5 болни (6,65%). При рак на вулвата най-много на брой са пациентките във възрастовия диапазон 70-79 години, при рак на влагалището 60-69 години, при рак на маточната шийка преобладават тези във възрастова група 40-49 години, при рак на ендометриума 60-69 години, при сарком на матката 50-59 години, при рак на яйчника 50-59 години, а при рак на тръбата са разпределени равномерно. Болните с рак на вулвата в 50% са във II стадий, с рак на влагалището са по равно разпределени по 33,33% в I, III и IV стадий, с маточната шийка в 47,83% са във II стадий, с рак на ендометриума в 77,24% са в I стадий, половината болни със сарком на матката са в I стадий, останалите са в III стадий, с рак на яйчника в 60% са в III стадий, а с рак на тръбата в 40% са във II стадий. Ингвинофемурална лимфаденектомия е осъществена 25 пъти. Тазова лимфна дисекция е извършена при 261 болни, тазова и парааортална при 16, а само парааортална при 1. Отстранени са общо 2472 ЛВ. Средно количество отстранени ЛВ при рак на вулвата 7,7, при рак на влагалището 4,6, при рак на маточната шийка са 9, при рак на ендометриума са 9,2, при сарком на матката са 9,6, при рак на яйчника са 5,3 и при рака на тръбата са 8. С метастази са 577 ЛВ (23,35%) от общото количество, а без метастази са 1895 ЛВ (76,65%). Получените от нас резултати показват, че болните с рак на вулвата са с най-висок % установени метастази (36,70%), следвани от болните със саркома на матката (29,40%), рак на влагалището (28,60%), рак на яйчника (27,24%), и рак на маточната шийка (26,70%), рак на ендометриума (19,42%) и най-малко са метастатичните ЛВ при пациентките с рак на тръбата (13,64%). Следоперативната адювантна терапия (лъчетерапия и/или химиотерапия) беше съобразена със състоянието на лимфните възли и стадия на заболяването. Получените от нас резултати показват, че състоянието на лимфните възли при болни с онкогинекологични заболявания е водещо за стадирането и определянето на адювантната терапия.

**Преходна остра бъбречна недостатъчност като усложнение на лапароскопска
тотална хистеректомия**

Ковачев С, Гановска А, Чуприна Е.

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

Лапароскопията е минимално инвазивна оперативна интервенция, която намира все по-голямо приложение в лечението на доброкачествени и злокачествени заболявания. Основно предимство на този тип оперативна интервенция е намаляването на хирургичната травма на пациента и болничния престой. Наред с другите оперативни интервенции и при лапароскопията се наблюдават редица усложнения. Едно от най-рядко срещаните е преходна бъбречна недостатъчност или рефлексна анурия, която клинично се манифестира с олиго- или анурия в резултат от създадения интраоперативно пневмоперитонеум и повишеното интраабдоминално налягане.

Представяме клиничен случай на 66 годишна менопаузална пациентка, при която по повод на генитално кървене в менопаузата е направено пробно сепарирано абразно с хистологичен резултат атипична ендометриална хиперплазия. Проведено е хирургично лечение - лапароскопска тотална хистеректомия с аднекси. На 12-тия следоперативен час при пациентката се установи олигурия (100 ml/24часа), която продължи 72 часа. След направени образни изследвания се установи, че не се касае за обструктивна уропатия, а за преходна остра бъбречна недостатъчност в резултат на извършената лапароскопска оперативна интервенция. След 72-рия час пациентката спонтанно възстанови диурезата и стойностите на серумния креатинин постепенно намаляваха до пълното им нормализиране.

Ранната следоперативна олигурия/анурия при лапароскопски оперативни интервенции може да е резултат от създадения пневмоперитонеум и при категорично отхвърляне на механична обструкция на уретерите е преходно усложнение, което най-често отминава спонтанно.

Необходимост от мултидисциплинарен подход в съвременното хирургично лечение на гинекологичния рак – ретроспективно проучване

Ковачев С.

Клиника по обща и онкологична гинекология – ВМА, София

Нерядко най-често срещаните гинекологични неоплазми: цервикален, ендометриален и овариален рак в зависимост от стадия си на развитие засягат екстрагенитални органи и системи. Съвременната радикална или максимално радикална хирургична циторедукция изисква участието и на други хирургични специалности. Целта на настоящото изследване

е да се установи честотата и необходимостта от мултидисциплинарен подход в съвременното радикално хирургично лечение на гинекологичния рак.

Материал и методи. В това ретроспективно и едноцентрово проучване проведено в Клиника по обща и онкологична гинекология (КООГ) на ВМА за периода 2013г -2018г. са включени 768 пациентки на възраст от 33г до 82г, разделени в две групи: I група - 384 пациентки: с хистологично доказани злокачествени заболявания на матка, маточна шийка и яйчник и II група (контролна) - 384 пациентки с доброкачествени заболявания на матка и яйчник избрани на случаен принцип от всички постъпили за хирургично лечение в посочения период. Използвани са електронните данни от оперативен журнал, история на заболяването на пациентките и приложения към него оперативен протокол. Всички статистически анализи са извършени с SPSS 10.1 за windows (SPSS Inc. Chicago, IL).

Резултати. Всички (n-384/50%), пациентки в I-ва група са разпределени според заболяването: с ендометриален рак (167/21.7%), цервикален рак (98/12.8%) с овариален рак (119/15.5%). Във втора II група (n-384/50%) разпределението е: с миома болест (n-256 / 33.3%) и с овариален бенигнен тумор (128/16.7%). При лечението на 33/4.5% от пациентките в I ва група е сформиран мултидисциплинарен хирургичен екип, докато във втора II група това се е налагало в 6/0.75% от случаите. Статистическия анализ показва сигнификантна Р стойност (< 0.05) за необходимостта от поддържане на многопрофилен хирургичен екип за лечение на пациентките с генитален рак в сравнение с тези с бенигнени заболявания.

Заклучение. При липсата на специалност онкогинекология със съответната нормативна и клинично-медицинска рамка в нашата страна, работата в многопрофилен екип е единствената възможна алтернатива за адекватното лечение на пациентките с рак на женската генитална система.

Ендосалпингиоза като първопричина за асцит и повишени стойности на СА 125 – казуистика или реалност?

Гановска А, Стойчева А, Ковачев С.

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

Ендосалпингиозата е едно от трите доброкачествените заболявания на Мюлеровата система. Характеризира се с ектопично разположени жлези покрити с ресничест цилиндричен епител наподобяващ морфологично и имунохистохимично епитела на маточните тръби. Честотата на това заболяване при оперативно отстранени маточни тръби е около 2.4%. Ендосалпингиозата е изцяло хистологична диагноза и най-често се установява случайно.

Представяме клиничен случай на 46 годишна пациентка, мултипара при която е установена туморна формация в малкия таз с вероятен яйчников произход. Пациентката е с редуция на тегло, дисеминирани отоци по долни крайници, подуване на корема и повишени туморни маркери (СА 125 – 287.3 U/ml). След предоперативна подготовка се проведе хирургично лечение състоящо се в диагностична лапароскопия с последваща лапаротомия и тотална хистеректомия с аднекси и парциална оментектомия. При хистологичното изследване на засегнатите органи се установи дисеминирана ендосалпингиоза, която ангажира париетален и висцерален перитонеум, матка, яйчници и маточни тръби. Не се установи малигнен процес от страна на гениталната система въпреки голямото количество асцитна течност и високите стойности на СА 125.

В направената от нас литературна справка не открихме подобен случай на дисеминирана ендосалпингиоза с асцит и повишени стойности на туморни маркери. Необходимо е да се мисли за подобен тип заболяване в диференциално диагностичен план при жени с асцит и повишени туморни маркери. Това е доброкачествено заболяване и има добра прогноза за пациентката.

Хирургично лечение на цервикални миоми при пациентки със и без предоперативен прием на улипристал ацетат

Ковачев С, Стойчева А, Гановска А, Чуприна Е.

Клиника по обща и онкологична гинекология – Военномедицинска академия, София

Миомите на матката са най-честият доброкачествен тумор на женската полова система. Под 5% от тях са с цервикално разположение. Хирургичното лечение при такъв тип миоми обичайно е трудно изпълнимо. Представяме два клинични случая на пациентки,

оперирани по повод на цервикални миомни възли, в Клиниката по обща и онкологична гинекология, ВМА-София. При едната пациентка (пациентка II) е приложена предоперативна медикаментозна терапия с улипристал ацетат и е постигната редукция на размерите на миомния възел с около 40%. Цервикалната миома на другата пациентка (пациентка I), към момента на операцията, е два пъти по-голяма от тази на пациентка II. Продължителността, сложността и интраоперативната кръвозагуба при хирургичната интервенция извършена при пациентка I са по-големи от тези при пациентка II, което резултира в развитието на следоперативна анемия и по-продължителен възстановителен период при пациентка I.

Предоперативното приложение на улипристал ацетат при цервикално разположени миомни на матката намалява интра и следоперативните рискове и усложнения на хирургичното лечение

СЛЕДОПЕРАТИВНА ИНТРАВАГИНАЛНА БРАХИТЕРАПИЯ ПРИ КАРЦИНОМ НА МАТОЧНОТО ТЯЛО

Генова Б. *, Е. Манова*, Е. Петкова*, С. Лалова*, В. Първанова*, Р. Иванова*, М. Йорданова**

*Клиника по лъчелечение, УСБАЛО-ЕАД, ** НРР

Цел: Проследяване на 195 болни с карцином на маточното тяло, провели самостоятелна следоперативна интравагинална брахитерапия за периода 2007 – 2011 г. в Клиниката по лъчелечение.

Материал и метод: Проследени са 195 болни, провели лечение за периода 2007 – 2011 г. Болните са с ендометрииден аденокарцином. Преобладават болните в група с нисък риск - 187 или 95,9% (G1-2, <math>< \frac{1}{2}</math> инфилтрация в миометриума), 3 болни (1,5%) са в умерен риск (G1, $> \frac{1}{2}$ инф. в миометриума) и 5 болни (2,6%) в умерено-висок риск (G3, <math>< \frac{1}{2}</math> инфилтрация в миометриума). От хистопатологичните протоколи няма данни за лимфоваскуларна инвазия. Периодът на наблюдение е от 540 до 3758 дни, средно 2979 дни или 8,2 г. Средната възраст е 58 г (34 – 82 г.).

Резултати: По данни на НРР 21 болни са починали от карцином на ендометриума. При сравнителен анализ на починалите болни </> 60г. и </> 70г. двата възрастови прага показват сходен прогностичен характер , т.е. напредващата възраст влошава лечебните резултати.

	<	>
Възрастов праг 60 г.	10,9% (13/119)	17,1% (13/76)
Възрастов праг 70 г.	12,6% (22/174)	18,2 % (4/22)

По данни на НРР информация за развитието на болестта има при 8 болни. От тях 3 са с голям централен рецидив, 1 с мозъчни метастази и 1 с метастази по оментума – всички починали. Останалите 3 болни – 2 с костни метастази и 1 с белодробни, са живи. При 23 болни е назначено хормонално лечение, при 1 от тях то е в палиативен план. Само 1 от тези болни е починала.

Извод: При болните с ендометриален карцином в начален стадий интравагиналната брахитерапия е ефективен метод за профилактиране на рецидивите. Появата на локален рецидив, мозъчни метастази и метастази по оментума при наблюдаваните болни се свързват с лоша прогноза. Пациентките с костни и белодробни метастази са с по-добра прогноза.

КОМФОРТ НА ЖИВОТ ПРИ ЖЕНИ СЛЕД ОНКОГИНЕКОЛОГИЧНИ ОПЕРАЦИИ

Н. Нинова, Б. Славчев, П. Марков, Св. Славов

СБАЛАГ "Майчин дом" ЕОД –София

Комфортът на живот е основна концепция и здравно ориентиран възглед. В световен мащаб се наблюдава ежегодно нарастване на честотата на онкогинекологичните заболявания при жените и свързаните с това специализирани оперативни интервенции. Обект на нашето изследване до момента са 64 пациентки на възраст от 25 – 60 години, разпределени в три групи предвид клиничната диагноза (Ca colli uteri; Ca ovarii; Ca endometrii). За проучване на комфорта е приложен анкетен метод с отчитане вида на оперативната интервенция (обем и вид на операцията), време и продължителност на психологическия дискомфорт и неговата интензивност. Най-често пациентките имат променливо самочуствие, чувство за непълноценност, нужда от споделяне на проблема или ползване на специализирана помощ. Голяма част от оперираните пациентки свързват възстановяването на комфорта на живот с възстановяването на половия живот, но факторите които ги спират са по-често психологични, отколкото физически. Сериозна

бариера представлява недобрата пред- и следоперативна информираност на пациентките и изживяването от тях неудобство да разговарят по интимни въпроси с лекуващите ги лекари. Налага се изводът, че нашите усилия успоредно с оперативната интервенция, трябва да бъдат насочени към осигуряване на по-добра информираност на пациентките преди и след самата операция, както и към партньора и близките им. Това е от особена важност в комплексния подход с цел подобряване комфорта на живот при тези жени.

ДЕЙНОСТ НА КЛИНИКАТА ПО ГИНЕКОЛОГИЯ НА УСБАЛО ЗА 15 ГОДИШЕН ПЕРИОД

Г. Чакалова, Ц. Дянкова, К. Ангелов, П. Костова, Р. Стоянов, В. Меламед

Клиника по гинекология, УСБАЛО

За периода 01.01.2004 - 30.06.2018 г. в Клиниката по гинекология на УСБАЛО са лекувани 18 025 болни. Направен е анализ на дейността на клиниката въз основа на информационната система на болницата, оперативните журнали, история на заболяването на болните и НРР. Средният престой на болните е 5,96 дни. Лекуваните болни са разпределени както следва: 5 196 болни с онкологични заболявания (655 болни със злокачествено заболяване на вулвата и влагалището, 1 829 болни със злокачествено новообразуване на маточната шийка, 1511 болни със злокачествено новообразуване на тялото на матката и 1099 болни със злокачествено заболяване на яйчника и маточната тръба и 102 болни с други злокачествени заболявания) и 12 829 болни с доброкачествени и предракови заболявания. Лечебното поведение се провеждаше съгласно решение на онкологичен комитет, съобразено с алгоритмите на ESGO, ESMO и ESTRO. През периода са извършени 16 122 оперативни интервенции и оперативната активност на клиниката е 89,44 %. Останалите 1 903 болни са лекувани консервативно. Оперативната дейност е разпределена както следва: много сложни операции - 3 190 (19,78%), сложни операции - 3 077 (19,08%), средни операции - 4 495 (27,88%) и малки операции - 5 360 (33,24%). Общият брой оперативна дейност за периода е 22 479 участия в операции. Среден брой участия в операции като оператор на 1 лекар за 1 година е 116 операции, а среден брой участия в операции на 1 лекар за 1 година е 149,86 операции. От 1903 болни, лекувани консервативно на 31 е проведена химиотерапия, на 187 е проведена

лъчетерапия, а на 1685 е проведено друго консервативно и симптоматично лечение. Починалите болни са 37, от тях 10 са оперирани, а 27 не са оперирани. Общ леталитет - 0,22 %, леталитет свързан с оперативното лечение- 0,06 %. Усложненията са 385 (2,38%), от тях тежки - 11 (0,07%), средни- 142 (0,88%), а леки- 232 (1,43%). По данни на НРР делът на лекуваните болни с онкогинекологични заболявания в клиниката по гинекология на УСБАЛО е от 12 % до 33 % от общия брой болни за страната в зависимост от локализацията и стадия на заболяването, а 5- годишната преживяемост на болните е от 10% до 30% по-добра от средната за страната и за Европа, в зависимост от локализацията и стадия на тумора. От направеният анализ е видно, че при спазване на алгоритмите за лечение, усложненията са малко, оперативната смъртност е незначителна и крайните лечебни резултати са много добри.

Анализ на обема на оперативното лечение при болни с гинекологичен рак

В. Меламед, Г. Чакалова

УСБАЛО, Клиника по гинекология

За периода 01.01.2015 г. – 31.12.2016 г. в Клиниката по гинекология към УСБАЛО – ЕАД са лекувани хирургично 531 болни с гинекологичен рак. Болните с рак на яйчника и маточните тръби са 123 (23,16%), с рак на маточната шийка – 169 (31,83%), с рак на ендометриума и саркоми на матката – 177 (33,33%), с рак на вулва и влагалище – 62 (11,68%). За всички туморни локализации разпределението по клиничен стадий е: I ст. – 226 болни (42,56 %), II ст. – 113 болни (21,28 %), III ст. – 172 болни (32,20 %) , IV ст. – 20 болни (3,76 %). При всички пациентки след решение на онкологичен комитет е извършено хирургично лечение съобразно със стадия на онкогинекологичното заболяване и алгоритмите за лечение. При направеният анализ се установява, че извършените органосъхраняващи операции са 22 (4,14 %), а извършените радикални операции с лимфни дисекции са 409 (77,02%). При 93 болни (17,51 %) са извършени различни по обем радикални и нерадикални операции, а при 7 болни (1,31 %) са извършени чревни резекции и евисцерации. Получените резултати показват, че само 42% от болните са били в I стадий, а радикални операции с лимфни дисекции са извършени в 77% от случаите.

ТУМОРНА МНОЖЕСТВЕННОСТ ПРИ КАРЦИНОМ НА МАТОЧНОТО ТЯЛО, ПРОВЕЛИ СЛЕДОПЕРАТИВНА ИНТРАВАГИНАЛНА БРАХИТЕРАПИЯ

**Първанова В.*, Б. Генова*, И. Михайлова*, Е. Манова*, П. Вънев*, М.
Йорданова****

*Клиника по лъчелечение, УСБАЛО-ЕАД, **НРР

Цел: Анализ на туморна множественост при болни със следоперативна интравлагинална брахитерапия (БТ) при карцином на маточното тяло (С54) и лечебни резултати.

Материал и метод: Проследени са 196 болни, лекувани в периода 2007 – 2011 г. в Клиниката по лъчелечение. Периодът на наблюдение е от 540 до 3758 дни, средно 2979 дни или 8,2 г. Изследвана е туморна множественост преди и след проведеното лъчелечение за карцинома на маточното тяло и са анализирани локализациите на другите тумори, хистологичните варианти и данните за причините на смъртността. По данни на НРР е регистрирана туморна множественост с два карцинома при 17/196 болни (8,7%), като една от болните е с три тумора. Лъчелечение за другите тумори е провеждано само за области извън малкия таз.

Резултати: По локализации първите тумори са по-често С54 – 8/17 (47%), като при две от болните симултантно са установени карциноми в малкия таз (С56, папиларен серозен цистаденокарцином на яйчника, T1aN0 и D12 - in situ аденокарцином в папилом на черво, неналагащи допълнително лечение след хирургичното). Другите първи карциноми са с локализация карциноми на гърда - С50, 6/17, при 1 болна хронична миелоцитна левкемия на 32 г. възраст и 1 с папиларен аденокарцином на бърека и 1 с кожен карцином. Периодът до диагноза на втори тумор е от 1,3 до 27 г. (ср. 6,7 г.) със следните локализации: С54 9/17, С50 2/17, по един ретроперитонеален сарком, глиобластом, бъбречноклетъчен карцином и кожен. Средната възраст на болните при първия карцином е 51,2 г. (32 до 72 г.), при втория 58,5 г. (45 до 82 г.), и при третия е 56 г. на болна с плоскоклетъчен карцином на белия дроб. От болните с туморна множественост всички болни са починали от тумор 6/17 (35,3%), като причината при 2 болни е С54 и при останалите 4 е свързана с друг карцином: гърда, ретроперитонеален сарком, глиобластом и при болната с три локализации - плоскоклетъчен авансирал карцином на белия дроб.

От болните без туморна множественост 2 са починали от неонкологично заболяване, като 18/179 са от карцином или специфичната туморна смъртност е 10,0%.

Изводи: За дългия период на наблюдение след интравагиналната БТ не се установява втори карцином в областта на малкия таз, които бихме свързали с лъчево индуциране. Болните с два или три карцинома умират три пъти по-често, отколкото тези само с карцином на маточното тяло, по причина другия карцином. В двете групи болни без или със туморна множественост с С54 болните умират еднакво.

Лечение на болни със злокачествени тумори на вулвата и влагалището

К. Ангелов, Г. Чакалова

Клиника по гинекология , УСБАЛО

За периода 01.01.2008-31.12.2017 г. в клиниката по гинекология на УСБАЛО са лекувани 467 болни със злокачествени тумори на вулвата и влагалището (442 болни с рак, 22 болни с малигнен меланом и 3 болни със сарком). Разпределението по стадии е както следва: I ст. – 170 болни (36,4 %), II ст. – 170 болни (36,4 %), III ст. – 116 болни (24,80 %), IV ст. – 11 болни (2,6 %). Радикална вулвектомия е извършена при 291 болни (62,31 %), на втори етап при 127 болни (27,13 %) е извършена ингвинофемурална лимфна дисекция. При 82 болни (17,56 %) на един етап е извършена радикална вулвектомия с ингвинофемурална лимфна дисекция. Разширена хистеректомия с тазова лимфна дисекция е извършена на 32 болни (6,85 %). Екстирпация на вулвата или влагалището с резекция на съседни органи е направена при 16 болни (3,42 %). Ексцизия на вулвата или влагалището с корекция на проходимостта и възстановяване на анатомията на направена при 46 болни (9,85 %). Съгласно решение на онкологичен комитет при почти всички болни е проведена следоперативна лъчетерапия. При направеният анализ се установи, че усложненията са малко (2,08%), оперативната смъртност е нула и крайните лечебни резултати са много добри.

Овариален карцином - съвременни аспекти в хирургичното лечение

Ковачев С.

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

С развитие на нашите познания за овариалния карцином и на гинекологичната хирургия като цяло, се появяват нови изисквания към онкогинеколозите за качествено и ефективно медицинско лечение на пациентките с тази генитална неоплазма.

Целта на настоящия обзор е да се разгледат съвременните аспекти в хирургичното лечение на овариалния карцином.

Материал и методи. Проведено е търсене в достъпната литература и електронна база данни по обсъждания проблем от 1990 г до 2018 г. Избрани и цитирани са научни проучвания засягащи само новите моменти в хирургичното лечение на овариалния карцином.

Обсъждане. Не открихме нови изисквания към стандартното хирургичното лечение на овариалния карцином в I и II (FIGO) стадий с изключение на задължителната тазова и парааортална лимфна дисекция резултат от променената през 2014 г класификация за стадиране на заболяването. Новите моменти в хирургичното лечение засягат налагащият се модел за първична диагностична/оперативна лапароскопия за стадиране на заболяването и преценка за радикалност и циторедукция, както и поведението при III и IV (FIGO) стадий със задължителната вече хирургия на горен корем и качествените критерии за адекватна циторедукция въведени от Европейската Онкогинекологична Асоциация (ESGO) към всеки един онкологичен гинекологичен център.

Заклучение. В нашата страна има нужда възстановяване на специалността Онкогинекология със съответната клинична и нормативна рамка или работа с многопрофилен хирургичен екип за да отговорим на съвременните изисквания за адекватно хирургично лечение на овариалния карцином.

ОВАРИАЛЕН КАРЦИНОСАРКОМ – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Т.Тотев¹, Хинкова Н¹., Горчев Г.², Томов Сл², Панайотова Г¹.

1. УМБАЛ “Света Марина”- Плевен, 2. Медицински университет- Плевен

Представяме случай на 14 годишна пациентка, приета за оперативно лечение на овариална туморна формация. Извършената оперативна интервенция е в обем десностранна аднексектомия, парциална перитонектомия, десностранна тазова лимфодектомия, биопсия на левия яйчник инфраколична оментектомия и апендектомия. Окончателната хистологична диагноза е овариален карциносарком. В нашия случай се касае за заболяване на пациент в детска възраст, което поставя проблеми, свързани с обема на хирургичната интервенция.

ПАРАМЕТРЕКТОМИЯ СЛЕД НЕРАДИКАЛНА ПЪРВИЧНА ХИРУРГИЯ ПРИ РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Ал. Любенов¹, Хинкова Н^{1.}, Тотев Т^{1.}, Филипова И^{1.}, Кипрова Д^{1.}, Томов Сл^{2.}, Горчев Гр^{2.}

1. УМБАЛ „Св. Марина“ – Плевен, 2. Медицински университет – Плевен

Окултният инвазивен карцином на маточната шийка, открит след тотална хистеректомия, е рядък. Без допълнителна терапия, 5-годишната преживяемост е по-малка от 50%. Радикалната параметректомия с вагинектомия и тазова лимфаденектомия е алтернативно решение при пациенти след тотална хистеректомия с неочаквано откриване на инвазивен карцином на маточната шийка. Въпреки че радикалната параметректомия е свързана с по-висок процент на усложнения в сравнение с радикалната хистеректомия, голяма част от тях са лесни за овладяване. Критериите за избор на пациент за този хирургичен подход са размерът на тумора, лимфо-васкуларната инвазия и дълбочинната инфилтрация на цервикалната строма. Проведеното проучване сред пациентите в УМБАЛ „Света Марина“ - Плевен оценява техниката, индикациите и границите на хирургичната интервенция при лечението на рак на маточната шийка, диагностициран хистологично след тотална екстрафасциална хистеректомия. Въпреки че окултният рак на шийката на матката не се среща често, поведението и възможностите при такива случаи се обсъждат. Необходима е внимателна оценка, за да се изключи злокачествена патология на маточната шийка, преди да се извърши първична нерадикална хистеректомия.

КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА С МЕТАСТАЗИ В МАТОЧНАТА ШИЙКА И МИОМЕТРИУМА-ПРИНОС С ЕДИН КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Н.ХИНКОВА¹, ФИЛИПОВА И¹., ЯНЕВА К¹., ТОМОВ С²., ГОРЧЕВ Г.²

УМБАЛ „СВЕТА МАРИНА“ -ПЛЕВЕН

Според данни на Националния раков регистър, през 2015 г. ракът на млечната жлеза е на първо място по честота при жените и представлява 26,8 % от всички злокачествени заболявания при тях. Около 3/4 от пациентите (67,3%) се диагностицират в начален (първи и втори) стадий на заболяването. При 27.5% % то е в трети и четвърти стадий, при останалите – стадият е неуточнен. Основните локализации за далечно метастазиране на рака на млечната жлеза са черен дроб, бял дроб, мозък, кости и гениталната система. Според литературни данни, най- често метастазите в гениталния тракт засягат яйчника-88.5% , вагината- 5,8%, ендометриума- 3,8%, вулвата- 1,9%, а метастазите в маточната шийка са казуистична рядкост. Представяме клиничен случай на пациентка на 51г. с хистологично доказан инвазивен лобуларен карцином на млечна жлеза с метастази в маточна шийка и в миометриума.

ТАЗОВИ РЕЦИДИВИ СЛЕД ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА КАРЦИНОМ НА ЕНДОМЕТРИУМА

Н.ХИНКОВА¹, ТОТЕВ Т.¹, ФИЛИПОВА И¹., ЛЮБЕНОВ А¹., КИПРОВА Д¹,
ПАНАЙОТОВА Г¹., ЯНЕВА К.¹, БЕРЕМСКА П.¹, СЕМОВА Т.¹,
ГОРЧЕВ Г.², ТОМОВ С.².

1. УМБАЛ „Света Марина“ Плевен, 2. УМБАЛ „Георги Странски“ Плевен

Увод: Обемът на първичното хирургично лечение при ендометриален карцином и следоперативното стадиране определят вероятността за поява на тазов рецидив или далчени метастази и определят прогнозата.

Цел: Да се оценят прогностичните фактори по отношение на рецидивите при пациентите с карцином на ендометриума.

Материал и методи: Между 2008 и 2018 г., 57 пациенти са лекувани за рецидив на ендометриален карцином - 10 с рецидив на влагалищния чукан, 23 – с локорегионален рецидив, а при 24 са регистрирани и далчени метастази. Всичките пациенти са били лекувани хирургично, при 53 е проведено адювантно лъчелечение и 41 пациенти са получили адювантна химиотерапия.

Резултати: Най-голям брой на рецидивите се наблюдава през първата година – 21 случая (36,8%). За първите две години са възникнали малко над 2/3 от рецидивите (39 или 68,4%). Средното време до възникване на рецидив е 15,2 месеца. петгодишната свободната от рецидив преживяемост е 93,2%.

Заключение: Стадият и проведеното оперативно лечение са независими и значителни прогностични фактори за свободната от рецидив преживяемост.

ТАЗОВИ РЕЦИДИВИ СЛЕД ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА КАРЦИНОМ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Н.ХИНКОВА¹, ТОТЕВ Т.¹, ФИЛИПОВА И¹., ЛЮБЕНОВ А¹., КИПРОВА Д¹,
ПАНАЙОТОВА Г¹., ЯНЕВА К.¹, БЕРЕМСКА П.¹, СЕМОВА Т¹,
ГОРЧЕВ Г², ТОМОВ С².

1. УМБАЛ „Света Марина“ Плевен, 2. УМБАЛ „Георги Странски“ Плевен

Увод: Многобройни клиникопатологични и свързани с проведеното лечение фактори оказват влияние върху преживяемостта и появата на рецидив при пациенти с рак на шийката на матката.

Цел: Да се оценят прогностичните фактори по отношение на рецидивите при пациентите с карцином на маточната шийка.

Материал и методи: Между 2008 и 2018 г., 24 пациенти са лекувани за рецидив на цервикален карцином - 10 с рецидив на влагалищния чукан, 12 – с локорегионален рецидив, а при 2 са регистрирани и далчени метастази. Всичките пациенти са били лекувани хирургично.

Резултати: Най-голям брой на рецидивите се наблюдава през първата година – 11 случая или 45,8%. За първите две години са възникнали 4/5 от рецидивите (19 или

79,2%); Средното време до възникване на рецидив е 12,6 месеца. петгодишната свободната от рецидив преживяемост е 80,6%.

Заключение: Стадият и проведеното оперативно лечение са независими и значителни прогностични фактори за свободната от рецидив преживяемост.

ХИРУРГИЯ БЕЗ БОЛКА- МИТ ИЛИ РЕАЛНОСТ?

К. ЦВЕТАНОВА¹, ХИНКОВА Н¹., ТОТЕВ Т.¹, ФИЛИПОВА И. ¹, ГОРЧЕВ Г.², ТОМОВ С.²

1. Университетска болница „Света Марина“ –Плевен, 2. Университетска болница „Георги Странски“ -Плевен

Роботизираната хирургия навлиза все по-убедително в различните хирургични дисциплини. Причините за това са много- ергономичност при работата на хирурга, 3 D визуализация на оперативното поле, кратък болничен престой в лечебното заведение. Ползите за пациентите включват слаба болка в ранния следоперативен период, кратък срок за възстановяване, добър козметичен ефект, подобро качество на живот и бързо връщане в икономическия сектор.

На базата на нашия дългогодишен опит в областта на роботизираната хирургия със системата Da Vinci, установихме че именно този вид хирургия дава отличен резултат при една особено чувствителна и клинично обременена категория пациенти, каквито са болните с онкологична патология.

ФАКТОРИ, СВЪРЗАНИ С ПАЦИЕНТА, ВЛИЯЕЩИ ВЪРХУ ПРЕЖИВЯЕМОСТТА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ ТУМОРИ НА ЯЙЧНИКА

И. ФИЛИПОВА¹, Г. ЧАКАЛОВА².

1. УМБАЛ „Света Марина“ Плевен, 2. УСБАЛО

Увод: Ракът на яйчника е петата водеща причина за смърт сред жените. Въпреки че спазването на стандартизиране насоки за лечение, които са в сила от две десетилетия, увеличава преживяемостта, 5-годишната преживяемост на рак на яйчника остава по-

ниска, отколкото при много други локализации, включително рак на гърдата, на матката, колоректалния и простатния карцином.

Цел: Да се определят факторите, свързани с по-ниската преживяемост при пациенти с рак на яйчника.

Материал и методи: Ретроспективен анализ на преживяемостта на 151 пациентки с рак на яйчника, оперирани в Клиниката по Гинекология на УСБАЛО за периода 01.01.13 - 01.09.15 г

Резултати: В проучването се установи статистически значима разлика в преживяемостта между пациентите, развили рак на яйчника в пременопаузална възраст и след менопаузата, влошена преживяемост при пациенти с обезитет II и III степен, с повишени стойности на съотношението неутрофили/лимфоцити и с понижени стойности на еритроцитите и хематокрита. Фамилната анамнеза за гинекологичен рак и наличието на коморбидитет също са свързани с намалена преживяемост.

Lenzetto и дали трансдермалните естрогени не са “друго нещо”?

Г. Коларов

Разгледани са предимствата на трансдермалното естрогенно прилагане на фона на най-новите разбирания за ЕЗТ, ХЗТ и МХТ. Коментират се основните принципи и схеми на практическо приложение. Особено внимание е обърнато на онкогенния потенциал на стероидните хормони използвани за ХЗТ и МЗТ, както и на възможността за прилагането им при жени с различни онкологични заболявания. Интерпретирани са възможностите за трансдермално приложение на естрогени като лечение на някои форми на естрогенен дефицит при POF, PCOS, вторичен и третичен хипооваризъм и др.

Случай на късна белодробна тромбоемболия след оперативно лечение по повод рак на маточната шийка.

Ж. Даскалова, Г. Чакалова, В. Меламед

Клиника по гинекология, УСБАЛО

След операции в малкия таз заради онкогинекологични заболявания белодробната тромбоемболия не е изключителна рядкост и е с честота от 2%. Обикновено се развива в първите дни след оперативното лечение или в случаите, в които не е проведена адекватна профилактика.

Представяме случай на БТЕ, развила се късно след операцията, на фона на проведена адекватна профилактика. Болна на 53 г. с диагноза рак на маточната шийка T2bNxM0, хистологично - нискодиференциран спиноцелуларен карцином, провела дефинитивна ЛТ с ООД 60 Gy до 15.06.2018 г. Поради установена персистенция на туморния процес, е решена на онкологичен комитет за оперативно лечение. Болната е оперирана в клиниката по Гинекология на УСБАЛО на 16.07.2018г като е направена радикална хистеректомия с аднексите и тазова лимфна дисекция. Хистологично – 18/15786-811/16.07.2018 г. маточна шийка - на фона на лъчетерапия остатъци от спиноцелуларен G2 плоскоклетъчен карцином с остатъци от некробиоза на туморните клетки. Ендометриум – жлезисто-кистичен полип и хиперплазия. Миометриум – б.о. Пакет лимфни възли в дясно 6 бр без метастази, в ляво 6 бр без метастази. Съпътстващи заболявания: артериална хипертония, захарен диабет тип 2, саркоидоза II ст, хроничен пиелонефрит. Следоперативният период протече гладко под антибиотична и антикоагулантна профилактика с Fraxiparine 0,4мг. При изписването на 01.08.2108 болната е в добро общо състояние и е препоръчано да продължи профилактика с Fraxiparine 0,4 мг в домашни условия за още 2 седмици. На пациентката е прилагана антикоагулантна терапия общо 30 дни. На 14.08.2018г е забелязала намаляване на диурезата, повишаване на телесната температура, втрисане и обща отпадналост поради което е хоспитализирана в клиника по нефрология и трансплантация с диагноза обострен хроничен пиелонефрит. Появява се задух, но пациентката го свързва със саркоидозата, която има. В болницата са направени изследвания на кръв, урина, ехография на бъбреци. Проведено е конервативно лечение с антибиотици, диуретици, спазмолитици и вливания, спрян е Fraxiparine, не е заподозрян БТЕ и пациентката е изписана на 20.08.2018 г. със същите оплаквания и становище, че няма бъбречно заболяване, липсват данни за уроинфекция-стерилна урокултура и отрицателна хемокултура. На 24.08.2018 г. болната се обръща към нашата клиника със същите оплаквания. При гинекологичния преглед не са установени патологични изменения. При извършения рентген на бял дроб на 24.08.2018 г. не се установяват огнищни и инфилтративни засенчвания в двете белодробни

половини. От направените кръвни изследвания и коагулационен статус: понижени стойности на хемоглобина, INR в норма, понижено протромбиновото време и повишена стойността на фибриногена. Независимо от това поради високата температура, изразено чувство за задух и обща слабост беше заподозрян по-сериозен проблем, бяха включени антибиотици и назначено извършване на КАТ. На 27.08.2018 г. от КАТ се установи тромб в абдоминалната аорта под нивото на реналните артерии на около 35 мм от бифуркацията с хиподенсен пристенен дефект в изпълването, а в основата на дясната долнолобарна пулмонална артерия с дефект в изпълването - белодробна тромбоемболия, както и уголемен и хипопрефузиран бъбрек в дясно с оток. Веднага се назначи Fraxiparine 2 x 0,6 мг, водно-солеви разтвори и болната беше на постелен режим. На следващия ден 28.08.2018 г. се направи сцинтиграфия на белия дроб, която потвърди БТЕ в основата на дясната белодробна половина. Д-димери 1,47 нг/мл. На 48 час след лечението болната вече беше афебрилна, нямаше оплаквания от задух, дишането беше нормализирано. Направи се хемотрасфузия. Една седмица след прилагането на Fraxiparine на болната беше включен и Sintrom със застъпване по индивидуална схема, като се следеше INR, и беше дехоспитализирана в добро общо състояние.

Случаят показва, че и 1 месец след извършено оперативно лечение в малкия таз за онкогинекологично заболяване и проведена адекватна антикоагулантна профилактика е възможно да се развие БТЕ и при оплвания следва да се помисли за такова усложнение.