

## РЕЗЮМЕТА

### НА ПЛЕНАРНИ ЛЕКЦИИ И ИЗНЕСЕНИ ДОКЛАДИ НА XXII-ра НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

24 октомври - 27 октомври 2019, Хотел Хисар, гр. Хисаря

## ПЛЕНАРНИ ЛЕКЦИИ

### ЧЕСТОТА И ЕПИДЕМИОЛОГИЯ НА РАКА И ОНКОГИНЕКОЛОГИЧНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ – ТЕНДЕНЦИИ И ПРОГНОЗА

Г. Чакалова

Клиника по гинекология, УСБАЛО

За периода 2005 – 2015 г. случаите на рак са се увеличили в 174 от 195 страни. В България увеличението е  $> 10\% - 20\%$ . По данни на WHO през 2015, ракът е бил първата или втората причина за смърт при лица до 70 години в 91 от 172 страни, а трета и четвърта в още 22 страни. Ракът като причина за преждевременна смърт зависи от националните нива на социално и икономическо развитие (4-степенния индекс). Броят на новите случаи на рак и смъртните случаи от рак бяха извлечени от базата данни на GLOBOCAN 2018 за всички комбинирани ракови заболявания (Международна статистическа класификация на заболяванията и свързаните с тях здравословни проблеми - 10-та ревизионни кодове C00-C97), за 36 вида рак, като през 2018 г. ще бъдат установени 18,1 милиона нови случая от рак и 9,6 милиона смъртни случаи от рак. Сред 10-те най-често срещани видове рак са тези та ЖПО. Заболеваемост: маточна шийка-6, 6 %, тяло на матката-4, 4 % и яйчник-3, 4 % и Смърт: маточна шийка-7, 7 % и яйчник-4, 4 %. При сравняване на коефициентите на заболеваемост и смъртност (стандартизиран за възрастта, кумулативен риск) при жените за всички ракови заболявания през 2018 г. по области в Европа, се установява, че в Източна Европа ново заболелите са най-малко, а починалите най-много. Ракът на маточната шийка е на второ място по честота и смъртност след рак на гърдата. Той е най-често диагностицираният рак в 28 страни и основната причина за смърт от рак в 42 страни, като

по-голямата част от тях са в Субсахарска Африка и Югоизточна Азия, а от 7 до 10 пъти е по-ниска заболеваемостта в Северна Америка, Австралия / Нова Зеландия и Западна Азия (Саудитска Арабия и Ирак). В България разпределението по възраст и по локализации на гинекологичния рак показва, че най-млади са болните с рак на маточната шийка, малко по-възрастни са тези с рак на яйчника и най-възрастни са болните с рак на ендометриума. При сравняване на стандартизираната заболеваемост на 100 000 за периода 1980-2018 година се установява, трайна тенденция за увеличаване на броя ново заболяли със злокачествени тумори жени, в това число и с рак на маточната шийка, рак на тялото на матката и рак на яйчниците. За същия период се установява трайна тенденция за увеличаване на броя на смъртните случаи от рак на маточната шийка, рак на тялото на матката и рак на яйчниците. В следващите години тази тенденция ще продължи.

## МЯСТО НА СТАТИСТИЧЕСКИТЕ МЕТОДИ В ОНКОГИНЕКОЛОГИЯТА

**Н. Василев, А. Начева**

Софийски университет „Св. Климент Охридски“, Медицински факултет

Статистическите методи, които имат отношение към акушер-гинеколозите и в частност към онкогинеколога най-често са **демографски** (напр. фертилност, раждаемост, смъртност) и **епидемиологични** (напр. честота на: ППИ, злокачествени тумори, болести и малформации на плода, недоизносване, цезаризъм).

Съществуват показатели, които са демографски по форма и епидемиологични по съдържание. Това са показателите заболяемост, болестност и смъртност от определена болест. Тези показатели могат да се изчисляват по два начина: като *фактически* и като *стандартизирани*.

Други показатели, изчислявани чрез приложение на статистически методи, са:

1. Преживяемост – обща, нетна, медианна, петгодишна, свободна от дадено крайно събитие. Някои техники за изчисление на преживяемост се използват за прогнозиране хода на болестта и съставяне на т. нар. *рискограми*.
2. Достоверност на диагностични тестове – чувствителност, специфичност, предиктивна стойност на резултата.

Особено място следва да отредим на показателите за оценка на резултат от лечение. Те са основен инструмент при провеждане на клинични проучвания. В общия случай клиничните проучвания сравняват резултати от приложение на лекарства, но те могат да сравняват резултати от ваксинация, диета, скрининг, оперативна техника и всички други форми на медицинско поведение. В този контекст по-правилно е да говорим за *оценка на здравни технологии*.

В оценката на здравни технологии се промъкват случайни и системни грешки.

**Случайна грешка тип 1** означава, че поради недостатъчен брой случаи сме отчели нехарактерни белези и оттук – несъществуваща разлика между проучваните групи. Отчитането на нехарактерни белези се нарича „разсейване на белезите“ – двустранно или едностранно. **Случайна грешка тип 2** означава, че поради недостатъчен брой случаи сме пропуснали да доловим реално съществуваща разлика.

Типичен пример за **системна грешка** е да отчетем съвпадението по време като причинна връзка. Така попадаме в един класически капан на формалната логика: *Post hoc ergo propter hoc*. Допускаме системна грешка и когато експертите, които провеждат проучването (изследователи, *investigators*) са с различна квалификация. Други, често срещани причини за системна грешка са следните:

1. Лицата в групите не са разпределени равномерно. Тази грешка се избягва чрез максимално *уеднаквяване* (*matching*) на лицата в отделните групи.
2. Сравнение на резултатите се прави на исторически принцип. Тази грешка се избягва като планираме *проспективни* проучвания.
3. Попадането в определена група се повлиява от несвързани с целите на проучването критерии. Тази грешка се избягва чрез случаен подбор (*рандомизация*) на лицата, включвани в проучването.
4. При отчитане на резултатите не е взет предвид т. нар. плацебо-ефект. Тази грешка се избягва като лицата, обект на проучването, биват „ослепени“ – те не знаят дали приемат лекарство или плацебо. Такова проучване се нарича *сляпо проучване*.
5. Отчитането на резултати е повлияно от предварителни нагласи на изследователите. Тази грешка се избягва чрез „ослепяване“ на изследователите – те не знаят дали прилагат лекарство или плацебо.

Съчетанието на „ослепяване“ на лицата, обект на проучването с „ослепяване“ на изследователите се нарича *двойно сляпо проучване*.

Напоследък срещаме и все по-често ще срещаме термина *мултицентрично проучване*. Това е проучване с една и съща цел и с един и същи дизайн, проведено

едновременно в повече от един клинични центрове. Трябва да правим разлика между мултицентрично проучване и *мета-анализ*. На мета-анализ се подлагат резултатите от повече от едно проучвания с една и съща цел, но

а) не непременно с един и същи дизайн;

б) проведени по различно време.

Резултатите от всяко проучване могат да се възприемат като **относителен риск резултатите в проучваната група да са по-лоши от резултатите в контролната група**. Показателят *относителен риск* (на англ. *relative risk*, RR), е по-известен като *съотношение на рисковете* или *съотношение на шансовете* (на англ. *odds ratio*, OR).

Авторите привеждат три примера за мета-анализ с интерпретация на получените стойности за OR.

## КОЛПОСКОПСКА НАХОДКА „ЗОНА НА ТРАНСФОРМАЦИЯ“

**Н. Василев, А. Начева**

Софийски университет „Св. Климент Охридски“, Медицински факултет

Българските онкогинеколози разполагат с перфектни описания на колпоскопските находки „ектопия“, „граница между плосък и цилиндричен епител (ГПЦЕ)“ и „зона на трансформация (ЗТ)“, направени през миналия век от нашите покойни учители Б. Василев и братята И. и А. Карагъзови.

Онези от нас, които добре са си научили урока знаят, че ако искат колпоскопията им да претендира за точност, трябва да проследят цялата ЗТ, включително цялата ГПЦЕ. Ако дори част от ГПЦЕ остане невидима, рискуваме да пропуснем прояви на колпоскопски атипизъм, които биха ни насочили към предракови изменения или рак. Това се дължи на факта, че неопластичните процеси най-често започват в ЗТ. С други думи, ЗТ е мястото, където онкогенните нокси (напр. HPV) предизвикват неопластично превръщане.

ЗТ е покрита с многослоен плосък невроговяващ епител. Той е продукт на плоскоклетъчна метаплазия и се отличава от първичния плосък епител на PVCU по следните признаци:

- а) често е изпъстрен с островчета от жлезист епител, устия на жлези и ретенционни кистички (ovula Nabothi);
- б) след апликация на оцетна киселина придобива неравномерен сивкав цвят;
- в) афинитетът му към йода също е неравномерен и оцветяването му с луголов разтвор е с петнист характер.

Новото, което ни донесе XXI век е, че вече не говорим за една единствена ГПЦЕ. Днес различаваме *стара (оригинална) ГПЦЕ* и *нова ГПЦЕ*.

„Стара ГПЦЕ“ наричаме границата между първичния многослоен плосък епител на PVCU (идентичен с епитела на влагалището) и метапластичния плосък епител на ЗТ.

„Нова ГПЦЕ“ наричаме границата между метапластичния плосък епител на ЗТ и жлезистия цилиндричен епител на ектопията (идентичен с епитела на ендоцервикса). Всъщност, новата ГПЦЕ е ГПЦЕ на нашите учители.

Понятията „стара“ и „нова“ ГПЦЕ отразяват процесите, които протичат в ЗТ с краен резултат образуване на метапластичен плосък епител.

Източник на клетките, които ще претърпят плоскоклетъчна метаплазия, е резервноклетъчната хиперплазия. От названието на процеса е ясно, че хиперплазията засяга т. нар. *резервни клетки*. Те са в контакт с базалната мембрана и имат свойства на плурипотентни стволови клетки – могат да се превърнат както в плоски, така и в цилиндрични епителии. Един от основните закони в онкологията гласи: „Неопластично превръщане търпят само най-слабо диференцираните клетки“. В съответствие с този закон, именно резервните (стволови) клетки стават мишена на онкогенните нокси.

Все още се спори дали резервните клетки се изчерпват в процеса на хиперплазия-метаплазия или част от тях остава притаена в подножието на цилиндричния епител на ектопията. Ако е вярно, че зоната на ектопия, съседна на ЗТ, продължава да съдържа резервни клетки, ще бъде разумно да предефинираме понятието „чиста резекционна линия“. Нашата оперативна техника при конизация или бримкова ексцизия би следвало да не се ограничава в отстраняване на ЗТ и двете ГПЦЕ, а да цели отстраняване и на част от наглед невинната ектопия, разположена още по-проксимално, отвъд новата ГПЦЕ.

## **НОВО/СТАРО ПРИ ЕПИТЕЛНИТЕ ОВАРИАЛНИ НЕОПЛАЗМИ**

**В. Иванова**

**Катедра по обща и клинична патология, МФ, МУ-София, УМБАЛ  
„Александровска”**

Овариалният карцином е най-леталната гинекологична неоплазма в развитите страни, като петгодишната преживяемост остава неизменно ниска през последните 50 години. Съвременните морфологични и молекулярно-генетични изследвания подчертават хетерогенността на овариалния карцином. Осем морфологични типа овариални карциноми представляват отделни нозологични единици с различна патогенеза, асоциират се с отделни прекурсорни лезии и специфични молекулярни алтерации, имат характерен имунохистохимичен профил, биологично поведение и прогноза. Въпреки, че единствен универсално приет прогностичен фактор за пациенти с овариален карцином е FIGO-стадият, хистологичният тип и степента на диференциация са предиктивни фактори за чувствителност към отделни химиотерапевтични режими. Постиженията на молекулярната патология, свързани с идентифициране на генетични мутации при тези неоплазми, са в основата на търсенето на хистологично специфична таргетна терапия.

Докладът акцентира върху промените в класификацията на епителните тумори на яйчника, узаконени от 4-та редакция на Класификация на туморите на женски репродуктивни органи на Световната здравна организация.

### **Индикации за провеждане на хибридна 18FDG-ПЕТ/КТ в онкогинекологията.**

**Е. Пиперкова**

Клиника по Нуклеарна медицина на УСБОЛО, София

Все по-широко навлизащите за диагностика в клиничната онкология хибридни ПЕТ/КТ скенераци системи, след и.в. въвеждане на 18FDG, позволяват едновременно функционално изобразяване на туморните процеси с различна степен на пролиферация

и топографското им локализиране с плътностно-размерна оценка, в цялостен 3D-обем.

**Индикациите за включване на 18FDG-ПЕТ/КТ скениране** при различните онкогинекологични заболявания се основават на възможностите за функционално и структурно изобразяване с количествени определения едновременно на първичния тумор (Т), степента на ангажиране на регионалните лимфни възли (N) и на далечното хематогенно метастазиране (M), синхронно с определяне на биологичната активност на злокачествения процес (B).

В първичното стадиране на онкогинекологичното заболяване, 18FDG-ПЕТ/КТ има ограничено приложение и е от значение само, когато клиничното изследване, серумните нива на туморните маркери и конвенционалните образни методи УЗ, КТ или МРТ, не са убедителни или има диагностично противоречие.

В клиничната онкогинекология 18FDG-ПЕТ/КТ най-често се прилага за оценка на следоперативната радикалност, с визуализация на остатъчна активна туморна тъкан, за оптимизиране на дозите при планиране на лъчетерапевтичните обеми, за рестадиране с изобразяване на ранни рецидиви в периода на проследяване, с най-висока степен за диференциална диагноза между пролиферативно активни малки лезии от следоперативна фиброза със сходна тъканна плътност, солитарни метастатични ЛВ и визцерални метастази.

**В лекцията**, индикациите за провеждане на 18FDG-ПЕТ/КТ в онкогинекологията са групира според органната локализация и хистологичния вариант на туморите на женските гениталии. Лекцията илюстрира и потвърждава с образни примери индикациите за провеждане на тези хибридни методи в полза на планиране на най-ефективно лечение, подобряване на радикалността му и прогнозата. От натрупаните в научната литература клинични доказателства, и от личен опит, предимно с друг вид солидни тумори и лимфопролиферативни злокачествени процеси, получените резултати след провеждане на 18FDG-ПЕТ/КТ изследвания, променят диагнозата и стадия от 18 до 23%, оценяват химиочувствителността за подбор на най-ефективна химиотерапевтична схема и променят терапевтичния план в 25-28 до 31% от случаите планирани за лъчелечение с конвенционална КТ.

**В заключение** при спазване на индикациите за приложение, 18FDG-ПЕТ/КТ подобрява диагностиката, оптимизира терапевтичната стратегия и подобрява прогнозните резултати в онкогинекологията.

## **3D-ХИРУРГИЯ – МИНАЛО, НАСТОЯЩЕ, БЪДЕЩЕ**

Гр. Горчев Сл. Томов, Ал. Любенов, Д. Кипрова

УМБАЛ „Света Марина“ – Плевен

Медицински университет – Плевен

Около век отнема на минимално инвазивната хирургия, за да се издигне над конвенционалната лапаротомия, като рядко в хирургичната история се наблюдава такава революция. Днес техноложичният прогрес подпомага ефикасността и прецизността на лапароскопията, а 3D-хирургията се доказва като може би най-големият напредък, с все по-разширяващ се хоризонт на приложение на 3D-системите.

3D-платформата определено е динамичен предмет на обсъждане, намиращ приложение както в хирургията – лапароскопска и робот-асистирана, така и в предоперативната подготовка и тренажорите за обучение. Хирургичното ни наследство се дефинира от самообучение, трудни опити за повтаряне на вече видяното, както и, в основата си, от автономност. В наши дни, в допълнение към прогреса на технологиите и хирургията, са актуални и промените в обучителните перспективи с 3D-подход. 3D-хирургичната симулация позволява не само подобряване на обучението, но и високо хирургично ниво на прецизност, трансферирайки виртуално изградени планове в операционната зала. Тя подпомага диагностиката и планирането и осигурява допълнителна интраоперативна помощ, правейки оперативния план по-гъвкав, а нивото на детайлност и контрол – по-високо.

3D-технологиите в лапароскопията са незаменим инструмент, увеличаващ безопасността и приложимостта на подхода. Тази иновативна и актуална технология осигурява възприятие за дълбочина и комплексност на хирургията. Внедряването на 3D-образ и изкуствен интелект в лапароскопията преодолява нейните недостатъци, възползвайки се същевременно от предимствата на минимално инвазивните технологии. Роботизираните системи съчетават интелигентен хардуер и 3D-образ на анатомичните структури, като осигуряват оптимизиране на ергономията и минимална хирургична умора.

Робот-асистираната и 3D-лапароскопията са огромен хирургичен скок, който подобрява уменията на хирурга. Давайки предимства в по-сложната хирургия, роботизираната платформа е логична стъпка след лапароскопията и въвеждането ѝ е забележителен



пробив в това как ще се извършва хирургията на бъдещето. Техниката се откроява с широки перспективи, включващи усвършенстване на изкуствения интелект, разработване на т.нар. фийдбек и въвеждане на термина „интелектуална хирургия“.

## **Неоплазми на женските гениталии и бременност-алгоритми на поведение**

Я. Корновски

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

Бременност и неоплазма е рядко съчетание и поради това медицината базирана на доказателства разполага с ограничен ресурс. Акушерското поведение, грижата за майката и плода, специфичното онкологично лечение в съвкупност са една дилема. Диагнозата „рак“ по време на бременност има много аспекти- не само медицински, но и личностни, етични, религиозни, дори юридически.

Бременността не влошава онкологичните резултати, но и майката и плода са уязвими спрямо страничните ефекти от различните видове онкологично лечение.

Бременността усложнена с диагностициране на неоплазма следва да се наблюдава като високорискова бременност в специализирани центрове в областта на онкологията и акушерските грижи.

В настоящата лекция е представено онкологичното и акушерско поведение според най-новите препоръки на Европейската асоциация по онкогинекология по отношение на рак на маточната шийка, яйчникови тумори и вулварен карцином. От своя страна при яйчниковия карцином са разгледани поведението при гранично-малигнените тумори, ранните и авансирани стадии на овариален карцином, както и неепителните яйчникови тумори в съчетание с бременност. Най-детайлно са представени лечебните опции при рак на маточната шийка, тъй като е най-честата неоплазма на гениталиите през бременността. Онкологичното и акушерско лечение в тези случаи се определят от срока на бременността и стадият на заболяването, желанието на пациентката за запазване на бременността и /или детеродните си способности, както и от лимфния статус.

## **Тазова екзентерация в онкогинекологията, история и съвременно състояние**

К.Недялков

ПСАГБАЛ „Света София”

Тазовата екзентерация (ТЕ) е оперативен метод за едновременно отстраняване на тазовите органи, включително репродуктивните органи, пикочния мехур и ректосигмата. В гинекологичната онкология най-често тя е индицирана за лечението на локално авансирал или рецидивиращ рак с централна тазова локализация. Когато се говори за тазова екзентерация обикновено възникват няколко въпроса, които нямат дефинитивен отговор: Какво представлява? Кога да се прави? Кой да я прави? Достатъчно добри ли са резултатите за пациента и оправдано ли е прилагането ѝ? Честотата на сериозните усложнения при провеждане на операцията достига 50%, което още веднъж подчертава нуждата от внимателно обсъждане на риска и ползата с пациентите, на които се предлага този вид екстензивна хирургия.

## **Циторедукция в горен абдомен при авансиран овариален карцином**

Я. Корновски

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

Овариалният карцином е третата по честота локализация на онкогинекологично заболяване и първа по леталитет. Причината за високата смъртност от това заболяване е липсата на ранна диагностика и скрининг и фактът, че над 2/3 от новооткритите случаи са в напреднали стадии-III и IV по FIGO. От друга страна първичната хирургична намеса има най-голямо значение за подобряване на преживяемостта. Доказано е, че липсата на остатъчен тумор след първичната хирургична интервенция сигнификантно подобрява общата преживяемост до над 5 год при пациенти с авансирани стадии. При тези стадии туморните клетки винаги засягат органи и анатомични структури в горния отдел на коремната кухина чрез имплантационни метастази. Затова в последното десетилетие нараства вниманието към хирургията в горния абдомен и нейната роля в постигането на пълна циторедукция, респ. реално подобряване на прогнозата на авансирания овариален

карцином. В настоящата лекция са представени на анатомичен принцип основните хирургични техники за постигане на пълна циторедукция на базата на собствения опит на автора. Основните анатомични структури, които са обект на хирургична намеса са: супраколичен оментум, слезка-панкреас, диафрагмални куполи и плевра, bursa omentalis, малко було, супраренални и супрацелиачни лимфни възли и черен дроб и жл.мехур.

### **Прогностично значение на неблагоприятните хистопатологични параметри при пациенти с ендометроиден ендометриален карцином в I стадий по FIGO.**

**Е. Исмиал**

**Медицински университет - Варна**

**МБАЛ“Св.Анна-Варна“АД, Клиника „Гинекология“**

**Въведение:** Ракът на маточното тяло е на пето място в световен мащаб сред най-разпространените злокачествени заболявания при жените. По данни от HPP публикувани през 2017-та година, честотата на рак на матката за 2014-та година е 8.2%, а за рак на маточната шийка 7.4%. Най-важният и добре познат рисков фактор за тип 1 ендометриален карцином е затлъстяването (BMI > 30 се асоциира с 3 до 4кратно увеличаване на риска от ендометриален карцином) и дълготрайният хиперестрогенизъм (ановулация, естрогенна терапия без прилагане на прогестерон, поликистозните яйчници, лечение с Tamoxifen). Други фактори водещи до повишен риск от ЕК са хипертония и захарен диабет.

**Цел:** В направеното ретроспективно проучване е установено прогностичният на туморната инвазия в лимфните и кръвоносните съдове, грейдинга на тумора, дълбочината на миоетрална инвазия и приложеното лечение, относно преживяемостта при пациенти с ендометриален ендометроиден карцином в I стадий по FIGO.

**Материал и методи:** Проучването включва 112 пациентки (2009-2014 год.) с ендометриален ендометроиден карцином първи стадий по FIGO, оперирани в клиника „Гинекология“ на МБАЛ“Света Анна“ Варна. След направена ревизия на постоперативните препарати данните за пациентките се събраха и се обработиха със съответните статистически методи.

**Резултати:** От 112 пациентки с ендометроиден ендометриален карцином 85 (75,89%) са живи и 27 (24,11%) са починали. Причината за летален изход при 15/112 (13,4%) пациентки не е онкологичното заболяване. При 12 от пациентките причината за летален изход е онкологичното заболяване. Честотата на рецидив в проучената група е 6,25%. Рецидив са имали 7/12 (58,33%), а останалите 5/12 (41,67%) имат прогресия на болестта,

довела до летален изход. При 54 (94,74%) от пациентките с извършена лимфна дисекция няма лимфни метастази. Само при 3 (5,26%) има положителни за метастази лимфни възли. В изследвания клиничен контингент на 55 (49,11%) пациентки е проведена следоперативна лъчетерапия и на 57 (50,89%) от пациентки не е приложена адювантна ЛТ. В изследваната клинична група 14 (12,5%)/112 пациенти са с положителна LVSI, от 112 пациентки 35 (31,25%) имат инвазия равна или по-голяма от  $\frac{1}{2}$ , а 77 (68,75%) пациентки са с миометрална инвазия по-малко от  $\frac{1}{2}$ . След направена ревизия на постоперативните препарати при 12/112 (10,71%) пациентки се установи ниска диференциация на тумора (G3), останалите 100 (89,29%) пациентки са с висока до умерена диференциация на тумора.

**Изводи:** След въвеждане на данните и статистическа обработка се установи, че общата преживяемост на пациентките е 89,3%, свободната от заболяване преживяемост е 93,75%. Честотата на рецидиви в клиничната група е 6,25%, а леталитетът е 10,70%. Пациентките с лимфна дисекция имат средна преживяемост с около 1 месец по-малко от останалите. Проведеният анализ на преживяемостта по Каплан-Майер показва по-малка средна преживяемост (с около 1,5 месеца) на имащите следоперативна лъчетерапия спрямо тази на нямащите, с 28 месеца по-малка средна преживяемост до рецидив при пациентките с лимфо-васкуларна инвазия, с 12 месеца по-малка средна преживяемост до рецидив при пациентките с дълбока миометрална инвазия и с около 40 месеца по-малка средна преживяемост до рецидив при пациентките с грейдинг G3 спрямо тези с G1 и G2.

**Заклучение:** Ендометроидния ендометриален карцином в I стадий по FIGO има благоприятна прогноза. Най – чести са далечните метастази на болестта, чието лечение е неуспешно и вниманието трябва да бъде насочено към тяхната превенция.

## **АКТУАЛИЗИРАН СТАНДАРТ ЗА ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧНИ ТУМОРИ**

Михайлова И., В. Първанова, Б. Генова, Е. Манова

Клиника по лъчелечение, УСБАЛ по Онкология, София

През 2018 г. Европейското Дружество по Гинекологична Онкология (ESGO), Европейското Дружество по Радиационна Онкология (ESTRO) и Европейското Дружество по Патология (ESP) извършват промени в ръководствата си за лечение на гинекологични тумори – карцином на маточна шийка, карцином на маточно тяло, карцином на вулва и яйчник. Направените промени са основани на доказателства и покриват съвременното стадиране, лечение и проследяване на болните с гинекологични тумори.

През 2019 г. в нашата страна също бяха осъвременени и публикувани българските стандарти, съгласувани с Европейските. Целта е да се подобри и уеднакви лечението на болните с гинекологични тумори в страната, а в основата на това е комплексното им обсъждане от мултидисциплинарен екип.

В презентацията ще бъдат представени промените, които касаят мястото на лечението в комплексното лечение на гинекологичните тумори.

## **ДОКЛАДИ**

### **Локална естрогенова терапия и ендометриална пре и неоплазия – едноцентрово рандомизирано, проспективно изследване**

**Ковачев С.**

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

**Целта** на това изследване е да оцени риска за ендометриална пре и неоплазия (ЕПН) при жени в менопауза по време и след вагинална естрогенова терапия.

**Материал и методи.** Това едноцентрово, рандомизирано проучване включва 67 (51г-70г) жени с генитоуринарен синдром настъпил в периода на менопауза. Пациентките са рандомизирани в две групи: I група (n-34) проведеха локална естрогенова терапия с estradiol hemihydrate, 32 (8 месеца) седмици по схема и II (n-33) контролна група без терапия. При всички пациенти е снета анамнеза и извършени клиничен и гинекологичен

преглед с трансвагинална ехография при включване и при контролните посещения (8 и 10 месеца) по-късно (при необходимост – пробно абразио).

**Резултати.** От 67 (100%) включени жени 6 (8.9%) отпаднаха. Останаха 61 (100%) пациентки: I група (n-32/52.5%) и II група (n-29/47.5%). При първи контролен преглед съмнение за ЕПН имат 4 (6.6%) жени от I група и 2 (3.3%) от II ( $p \geq 0.05$ ). Потвърдени са хистологично. При втори контролен преглед съмнение за ЕПН: I група - 2 (3.2%) жени, II група - 1(1.6%) жени ( $p \geq 0.05$ ). ЕПН в I група: 7/11.4% (хиперплазия без атипия - 6/9.8%, полип - 1/1.6%), II: 3/4.9% (хиперплазия без атипия – 2/3.3%, полип - 1/1.6%).

**Заклучение.** Нашите резултати не показват повишен риск за ЕПН при употреба на локални вагинални естрогени в сравнение с нормалната популация при жени в менопауза.

## **КАРЦИНОМ И ПРЕКАНЦЕРОЗИ НА ФАЛОПИЕВА ТРЪБА: ЗА КЛИНИЧНИЯ СМИСЪЛ В ТЕРМИНОЛОГИЧНИЯ ХАОС**

**В. Иванова**

**Катедра по обща и клинична патология, МФ, МУ-София, УМБАЛ  
„Александровска”**

Прецизното изследване на Фалопиеви тръби, отстранени при риск-редуциращи салпинго-оофоректомии на пациенти с *BRCAl/2*-мутации, идентифицира във фимбриите прекурсорна лезия, означена като серозен тубарен интраепителен карцином (СТИК); впоследствие СТИК се намира в 50-60% от случаите със спорадичен пелвичен серозен карцином. Тези открития са в основата на нова парадигма за екстраовариален произход на най-честата малигнена овариална неоплазма – серозен карцином с висока степен на малигненост. И ако днес едва ли има онкогинеколог, който да не познава абривиатурата СТИК, то съвременната литература изобилства с термини, част от които все още търсят българския си аналог: STIN/STIL/TILT, p53-signature, SCOUT...

В доклада се дискутират хистологичните и молекулярно-генетични дефиниции на различните интраепителни серозни лезии на Фалопиевите тръби, с акцент върху клиничната им сигнификантност.

**Промени в морфологичната диагноза на ендометриален карцином –  
геномна класификация с клинично и прогностично значение.**

С. Бачурска

Клиника по обща и клинична патология, УСБАЛЮ – София

Персонализирана медицина откри нова ера в лечението на ендометриален карцином (ЕК) чрез включване на клинично значими генетични и клинично-морфологични особености на всеки отделен тумор. Обаче, ако прогнозата на пациенти диагностицирани в ранен стадий остава добра, пациенти с авансирало или рецидивиращо заболяване често са резистентни към конвенционална химиотерапия и имат лоша прогноза.

В момента нито една от съществуващите системи за определяне на риска не дават точна и ясна стратификация на пациентите с ЕК, най-вече поради променливото хистологично градиране. Този факт подтикна изследователите да се съсредоточат върху нови геномни белези, които биха могли да се използват за определяне и стратификация на риска с цел по-добра оценка на биологичния характер на болестта и съответно оптимизиране на терапевтични решения.

Проектът The Cancer Genome Atlas (TCGA) предоставя тази решаваща прогностична информация. В рамките на проекта се направи цялостно геномно секвениране на 373 случая на ЕК. Получената информация се използва за стратификация на ЕК в четири отделни прогностични групи:

1. Нисък клиничен риск: ултрамутирала полимераза (POLE),
2. Интермедиерен клиничен риск: нисък брой копия (p53 див тип) и микросателитно нестабилни (MSI),
3. Висок клиничен риск: висок брой на копия (p53 аберантен тип).

Натрупаните доказателства показват, че тези категории могат да бъдат диагностицирани както върху материали от биопсии/кюретаж така и върху материали от хистеректомии. Освен това тази геномна класификация може да бъде адаптирана към настоящата клинична практика с прогностична значимост, независима от

конвенционалните характеристики, използвани за оценка на риска при пациенти с ЕК (напр. стадий).

Все още е твърде рано да се препоръчва рутинното и използване. С набавянето на допълнителни доказателства обаче тази система може да стане основата за класификацията на всички ЕК, заместваща (частично или напълно) традиционно възприетите хистотип и степен на диференциация.

**Връзка между провежданата следоперативна лъчетерапия и химиотерапия  
и наличието на метастази в лимфните възли при болни с онкогинекологични  
заболявания**

**Ж. Даскалова, Г. Чакалова**

Клиника по гинекология, УСБАЛО

**Цел:** да установим връзка между провежданата лъчетерапия и химиотерапия при болни с онкогинекологични заболявания в зависимост от състоянието на лимфните възли.

**Материали и методи:** от 01.01.2017 г. до 31.12.2018 г. в клиниката по гинекология към УСБАЛО бяха оперирани 396 поредни болни, на които беше извършена лимфна дисекция.

**Резултати:** Общо отстранените лимфни възли са 3894 броя. При 491 лимфни възела (12,6%) се установяват метастази. Като най-висок е процентът (29,3%) при рака влагалището, следвани от болните с рак на вулвата (27,3%), саркоми (24,7%), рак на яйника (17,4 %), рак на маточната шийка (11,0%) и рак на ендометриума(9,2%). Радиотерапия е проведена на 70 от болните (17,7%), като в тази група броят на метастазите е по-голям спрямо пациентите без проведена лъчетерапия и разликата е статистически значима. Химиотерапия е проведена в 26 от случаите (6.6%), но статистически значима разлика не се установява.

**Изводи:** Получените от нас резултати установиха статистически значимата връзка между наличието на метастази в лимфните възли и провеждането на следоперативна лъчетерапия и химиотерапия при болни с онкогинекологични заболявания. Хирургичното стадиране с извършване на лимфна дисекция при болни с



онкогинекологични заболявания води до правилното и адекватно адювантно следоперативно лечение.

### **Клинично приложение на HR-HPV E6/E7 mRNA- молекулярен тест в комплексния скрининг за цервикален карцином**

К. Месечкова<sup>1</sup>, А. Кавръкова<sup>1</sup>, Е. Тодорова<sup>1</sup>, С. Ковачев<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Генетична Медико-диагностична лаборатория “Геника”, София, България,

<sup>2</sup> Клиника по Обща и Онкологична Гинекология, ВМА, София, България

**Цел:** HR-HPV E6/E7 mRNA теста измерва онкогенната активност чрез детекция на завишен брой транскрипционни E6/E7 mRNA копия с ключова роля в злокачествената трансформация на цервикалния епител. Приложението на E6/E7 mRNA теста при резултати с гранична или умерена дискариоза (ASC-US и/или LSIL находки) би улеснило прогностичната оценка за възможна спонтанна регресия или прогресия до CIN2+ и по-лош резултат с времето.

**Материали и методи:** Детектира се mRNA на 14 високо-рискови типа човешки папиломни вируси в 1мл. Thin Prep \* Pap цервикални проби. Метода комбинира технологиите: Target capture; Transcription-Mediated Amplification (ТМА) и детекция на ампликоните чрез Hybridization Protection Assay (HPA).

**Резултати:** HR-HPV E6/E7 mRNA тестовете показват по-висока специфичност и положителна предикативна стойност (PPV) относно детекцията на високостепенни цервикални интраепителни лезии, тежка дисплазия, CIN2+ и инвазивен карцином, в сравнение с ДНК-базираните (Koliopoulos et al. 2012; Broccolo et al. 2013). E6/E7 mRNA нивата нарастват експоненциално с прогресиращата тежест на цервикалните неопластични изменения, като прицелно инактивират каскада туморсупресорни гени: P53, RB и др. HR-HPV E6/E7 mRNA теста успешно допълва липсващи звена в молекулната диагностика на цервикален карцином и е удачен подход за редукция на ненужни колпоскопии и биопсии (Li Yang et al. 2017).

## Случай на бързорастящ рак на маточната шийка с необичаен хистологичен вид при млада жена

Г. Чакалова 1, Л. Джонгов 2, С. Бачурска 3, И. Гергов 4

Клиника по гинекология 1, клиника по хирургия 2, клиника по патология на туморите 3, отделение по образна диагностика 4, УСБАЛО

Ракът на маточната шийка е характерен за по-младите жени, като пикът на заболяемостта е във възрастова група 40-45 години. Приема се, че нараства бавно, най-често е диагностициран в ранен стадий и лечението е хирургично. В 80% от случаите, хистологично е спиноцелуларен карцином, развил се на фона на CIN. В 50% от случаите е с умерена степен на диференциация.

Представяне на случая: Касае се за нераждала жена на 31 години, която преди 1 година е прегледана от гинеколог и не е установена патология. Пациентката е с диабет и затлъстяване 3 степен. На 20.08.2019 г. заради обилно генитално кървене е прегледана от гинеколог в УСБАЛО и е установен тумор на маточната шийка с диаметър 7 см, с обилно спонтанно кървене и отделящи се туморни маси, матката е не уголемена, аднекси-б.о., параметриумите са свободни. Незабавно е приета в Клиниката по гинекология за хистологична верификация и реанимационни мероприятия. В същия ден е направена биопсия на маточната шийка и абразио на цервикалния канал с последваща влагалищна тампонада. Изпрати се материал за геффрир с хистологичен резултат- анапластичен жлезист карцином. Траен хистологичен препарат: 19-17929-37 от 21.08.2019 г., маточна шийка и кюретажен материал- ниско диференциран плоскоклетъчен карцином (вретеновидно клетъчен вариант-Spindle cell carcinoma). Имунохистохимия: ИХХ-19-17930 – СК AE1/AE3 (+), p63 (+), Vimentin (+), CD 10 (+), S 100 (-), CD 34 (-), SMA (-), ER (-), Ki 67 – 60% пролиферативна активност. Заради продължаващото генитално кървене и Нв 88 на болната се правеха влагалищни тампонади и двукратно са направиха хемотрансфузии. С оглед предоперативно стадиране на 21.08.2019 г. на болната се направи MRI на малък таз и КАТ на коремни органи и гръден кош с резултат: Туморна формация на шийката на матката с размери 72/75/55 мм с тотално заличена анатомична структура на шийката, като формацията обхваща горната 1/3 на влагалището.

Параилаично двустранно се намират лимфни възли 12 мм, суспектни за метастази, както и в лимфен възел на ниво T1. Болната беше стадирана като T1b3N1M0. На онкологичен комитет №21408 от 26.08.2019 г. се взе решение, че подлежи на оперативно лечение - радикална хистеректомия с аднексите и лимфна дисекция. Независимо от факта, че при такъв стадий на рак на маточната шийка лечението е лъчехимиотерапия, това решение беше взето в предвид мнението на лъчетерапевтите и химиотерапевтите, че такъв голям тумор и с такъв хистологичен вид няма да бъде повлиян от провеждането на лъчехимиотерапия, и с оглед изключително младата възраст на болната, при започване на лечението с операция, има по-голям шанс за оцеляване. На 28.08.2019 г. болната беше оперирана като се направи клас C радикална хистеректомия, с аднексите, горна 1/3 на влагалището, тазова и парааортална лимфна дисекция и апендектомия. Хистологично 19-18507-540 от 29.08.2019 г. маточна шийка - ниско диференциран плоскоклетъчен карцином (вретеновидно клетъчен вариант) с диаметър 7 см и дълбочина на инфилтрация 2 см. И наличие на карцинома ин ситу в преходната зона. Истмус- без инфилтрация, маточно тяло-пролиферативен ендометриум, аднекси- съхранена структура и фоликуларни кисти, влагалищен маншон без туморна инфилтрация, апендикс- съхранен хистологичен строеж. Лимфни възли 23 бр.: парааортални 9 бр. без метастази, тазови лимфни възли 14 бр. без метастази. На болната и предстои провеждане на адювантна лъчехимиотерапия за малкия таз и химиотерапия заради компонентата на саркоматозен (вретеновидно клетъчен вариант на тумора). Случаят представлява интерес поради нехарактерния хистологичен вид и степента на диференциация, довели до бързият му растеж, както и нетрадиционното решение- индивидуален подход за лечебно поведение.

### **Урологични усложнения на радикалното хирургично лечение при пациентки с рак на маточната шийка – ретроспективно изследване**

**С. Ковачев**

Клиника по обща и онкологична гинекология – Военномедицинска академия, София

**Целта** на това изследване е да установи честотата на урологични усложнения при радикална хистеректомия.

**Материал и методи.** Изследването е ретроспективно, едноцентрово и включва 52 жени на възраст от 33г. до 75г. с доказан хистологично цервикален рак - FIGO стадий I и II.

При всички е извършена радикална хистеректомия тип С2. Проследените урологични усложнения са интраоперативна лезия на уретер и пикочен мехур, следоперативни уретеро-вагинална и везиковагинална фистули. Предоперативно при всички пациентки са извършени образни изследвания на пикочния тракт, а при някои е проведена предоперативна лъчетерапия.

**Резултати.** Стадий на цервикален карцином: 28 (53.8%) пациентки са в I FIGO стадий (IA-5/9.6 % и IB-23/44.2 %), 24 (46.2 %) жени са във FIGO II стадий (IIA-14/26.9% и IIB-10/19.3 %). От 52 (100 %) включени пациентки след радикална тип С2 хистеректомия, урологични усложнения са открити при 8 (15.4 %) от жените докато 44 (84.6 %) нямат такива. Две (3.8 %) от тях са с предоперативна лъчетерапия. Не открихме статистическа зависимост между стадия на цервикален рак и интра/следоперативните урологични усложнения, ( $\chi^2$ - 3.165.  $p$  - 0.075) и такава между предоперативната лъчетерапия и интра/следоперативните урологични усложнения ( $\chi^2$ - 0.3909.  $p$  - 0.531).

**Заклучение.** Радикалната хирургия при цервикален рак има по – висока от обичайната, честота на урологични усложнения.

## **Кохортно мултицентрово проучване SUCCOR study –**

### **предварителни резултати.**

**Г. Чакалова**

Клиника по гинекология, УСБАЛО

Увод: При лечение на рак на маточната шийка през последните години все по-често се използва миниинвазивната хирургия (МИХ), но някои мултицентрови проучвания показаха по-лоши лечебни резултати при нейното прилагане спрямо отворената хирургия.

Цел: Целта на кохортното мултицентрово проучване е да сравни преживяемостта на двата оперативни метода на радикална хистеректомия – отворена и МИХ при болни с рак на маточната шийка в 1B1 (FIGO 2009).

Материали и методи: Проучването включва 582 болни с рак на маточната шийка в IB1 (FIGO 2009), оперирани с радикална хистеректомия в 89 центъра от 23 страни от Европа, в това число Клиниката по гинекология на УСБАЛЮ. Болните са разделени в 2 групи: оперирани с отворена хирургия – 300 болни и оперирани с МИХ – 282 болни (23 % оперирани с робот). По съществените разлики между двете групи са: предшестваща конизация (27,7% срещу 47%), клас С радикална хистеректомия (73,2% срещу 59%), оперирани от опитен онкогинеколог с над 10 годишен опит (80 % срещу 74.7 %), нерв-съхраняваща техника (35 % срещу 75 %), продължителност на операцията (190 мин. срещу 252 мин.), кръвозагуба (311 мл. срещу 149 мл.), при оперираните с МИХ в 51% от случаите е използван утеринен манипулатор.

Резултати: При средно време за проследяване от 54 месеца се установи, че: % на последствия, свързани с процедурата при последващо проследяване е по-висок (5,3 % срещу 10,3 %), както и % на рецидивите (9,3% срещу 13,2 %), а починалите са 4,3 % срещу 7,1 %. При изключване на случаите на предшестваща конизация, разликата между двете групи се увеличава, като % на рецидивите е 11 % срещу 22 %, а починалите са 6,4 % срещу 11,8 %.

Обща 4,5 годишна свободна от тумор преживяемост за двете групи болни (582 болни) е 89%. Обща 4,5 годишна преживяемост за оперираните с отворена хирургия е 93%, а за тези с МИХ е 82%, но при сравняване на оперираните с МИХ със или без използване на утеринен манипулатор, преживяемостта без използване на манипулатор се доближава до отворената, а с манипулатор е значително по-ниска.

Изводи: При пациенти с рак на шийката на матката в IB1 стадий, оперирани с радикална хистеректомия, рискът от рецидив в групата на МИХ е значително по-висок. Използването на утеринен манипулатор влошава лечебния резултат при пациентите с МИХ. Пациенти с предишна конизация имат по-добър лечебен резултат и не е установена разлики между двата хирургични подхода. Но следва да се отбележи, че оперираните с МИХ по-често са претърпяли по-малко радикална хирургия (клас С радикална хистеректомия -59 %), по-рядко са били оперирани от опитен онкогинеколог с над 10 годишен опит (74.7 %), и % на последствия, свързани с процедурата при последващо проследяване е двойно по-висок, което най-вероятно също се отразява на по-лошите лечебни резултати.

## **Комплексен терапевтичен подход при болна с авансирал карцином на маточната шийка установен в послеродов период**

Меламед В<sup>1</sup>, Л. Варганиянов<sup>3</sup>, М. Маламова <sup>1</sup>, И. Михайлова <sup>2</sup>, Г. Чакалова<sup>1</sup>

Клиника по гинекология <sup>1</sup>, УСБАЛО, Клиника по лъчелечение <sup>2</sup>, УСБАЛО, Клиника по  
обща и коремна хирургия<sup>3</sup>, УСБАЛО

Ракът на маточната шийка е най – честият тумор на женските полови органи, установяван през бременността. Лечебната тактика се определя от срока на бременността и стадия на заболяването. В някои случаи туморът се установява едва след раждането и то в напреднал стадий.

**Цел:** Комплексен терапевтичен подход при случай на авансирал карцином на маточната шийка, установен в послеродов период след лечение на стерилитет и приложение на „ин – витро” (IVF) процедури.

**Материал и метод:** Представя се клиничен случай на 42 – годишна пациентка, диагностицирана с карцином на маточната шийка 2 месеца след успешно родоразрешение. Бременността е настъпила чрез IVF процедури ( 7 на брой), след лечение на стерилитет. Преди, по време и след бременността на пациентката не е провеждан пълноценен онкопрофилактичен гинекологичен преглед и не е взимана цитонамазка. В хода на бременността болната е била с генитално кървене и болки в лумбалната област. С обилен кръвоизлив и абрупцио на плацентата пациентката е оперативно родоразрешена в 36 г.с. Кървенето екс вагинам и болките продължават след раждането, поради което е взета биопсия на маточната шийка и хистологично доказан нискодиференциран плоскоклетъчен карцином.

**Резултати:** Пациентката е с КАТ данни за ангажиране на ляв уретер, хидронефроза II ст., хидроуретер, стадирана като T3bN1M0. Болната постъпва в УСБАЛО с генитален кръвоизлив, анемия, за провеждане на лечение. На пациентката е проведено хемостатично лъчелечение, в последствие продължено до дефинитивна доза ( 60 Гр.), влагалищни тампонади, хемотрансфузии. Извършен диагностичен PET/CT и установени увеличени парааортални и ингвинални лимфни възли. Пациентката е оперирана в обем -

тазова и парааортална лимфна дисекция, радикална хистеректомия и резекция на сигма, заради инфилтрация на тумора. Установени са хистологично метастази в парааорталните лимфни възли. Един месец след това е извършена ингвинофемрална лимфна дисекция в дясно и са верифицирани хистологично метастази в лимфните възли. Следоперативно пациентката е стадирена като pT3bN1M1, IV B (FIGO). Болната е разгледана и решена на Онкокомитет да проведе лъчетерапия за парааортална и ингвинални области и химиотерапия.

**Изводи:** Представеният случай показва задължителният характер на онкопрофилактичните гинекологични прегледи преди IVF – процедури и при проследяване на бременността. Независимо от проведеното комплексно лечение, прогнозата остава неблагоприятна при болни с авансирал цервикален карцином.

## **Случай на хориокарцином неповлияващ се от лечение с Метотрексат**

**Г. Чакалова**

Клиника по гинекология, УСБАЛО

Увод: Хориокарциномът е изключително злокачествен тумор на ЖПО и е най-рядко срещаният в България. През 2013 година по данни на НРР е регистрирана 1 новозаболяла, през 2014 година са 4, а през 2015 са 2. Химиотерапията е най-ефективният метод на лечение, като метод на избор е лечението с Метотрексатът – монотерапия и се прилага най-често при болни с нисък риск.

Представяне на случай: Болна на 36 години, родила преди 2 години живо дете. През януари 2019 г. е направено сепарирано абразио заради профузно генитално кървене и е доказан хистологично хориокарцином. Стойности на  $\beta$ - ЧХГ нас 1000 mIU/mL. Болната е определена с нисък риск и е провела 5 курса монокимиотерапия с Метотрексат, като стойностите на  $\beta$ - ЧХГ са достигнали стойности до 10 mIU/mL. Две седмици по-късно пациентката получава генитално кървене и при повторното изследване  $\beta$ - ЧХГ са достигнали стойности по 745 mIU/mL. Установена е прогресия на заболяването. От образните изследвания няма дисеминация на процеса и на онкологичен комитет на

02.05.2019 г. е решена за оперативно лечение. На 03.05.2019 болната е лапаротомирана и е направена тотална хистеректомия с аднексите и тазова лимфна дисекция. Хистологичен резултат 19/9940-52 от 07.05.2019 г. Маточно тяло - хориокарцином с инфилтрация на ½ от миометриума. Маточна шийка-б.о. Аднекси-жълто тяло, бели тела, инклузионни кисти. Лимфни възли – по 8 бр. без метастази. Болната е изписана в добро общо състояние и стойности на  $\beta$ - ЧХГ – 14, 33 mIU/mL. На следоперативен онкологичен комитет е решена за монокимиотерапия с Метотрексат – 4 курса и нова преценка. При контролния PET/CT не се установяват огнища на туморен процес, а стойности на  $\beta$ - ЧХГ варират от 20 до 10 mIU/mL. Стойности на  $\beta$ - ЧХГ между 6 и 24 mIU/mL се приемат за гранични (сива зона) и засега пациентката остава под наблюдение, а при повишаване на стойностите над 25 mIU/mL ще започне втора линия ХТ.

#### **CA COLLI. TUMOR SPREAD. EXTENDED SURGERY**

**П. Марков\*. К. Драганов\*\*. А. Петреска\*\*. П. Кючукова\*. Е. Томова\***

\* Отделение по Обща гинекологична, тазова и ендоскопска хирургия и Акушерство, \*\*  
Клиника по Чернодробно-жлъчна, панкреатична и обща хирургия, Аджибадем Сити  
Клиник МБАЛ «Токуда» София

Представяме клиничен случай на 53 годишна пациентка, оперирана от карцином на маточната шийка през 2017 г, която не е провела адювантна терапия. През 2019г, след проведени образни изследвания и хистологични верификации, се установяват масивни множествени интраабдоминални локализации на туморно разпространение, вкл. със засягане на чернодробния паренхим. Перспективата от консервативно лечение е със съмнителна стойност, поради което се преценява, че е удачно да се пристъпи към комплексно хирургично лечение от мултидисциплинарен екип. Нагледно са заснети етапите на разширените хирургични интервенции, които се оказаха успешни за постигане на пълна хирургична редукция на злокачествения процес.



## **ОПЕРАЦИИ НА ЧЕРВА ПРИ БОЛНИ С ОНКОГИНЕКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ - КОЙ, КЪДЕ, КОГА.**

**Г. Чакалова 1, К. Ангелов 1, Е. Ангелова 2, Л. Джонгов 2,**

Клиника по гинекология 1, Клиника по хирургия 2, УСБАЛО

Увод: При оперативното лечение на авансирани онкогинекологични заболявания и при рецидиви често се налага с оглед радикалност да се извършват операции на черва. Понякога при лапаротомия, гинекологът бива изненадан, че първичният тумор изхожда от червата, а не от гениталиите. Поради ограничените възможности на онкогинеколозите, както и по етични причини (извършването на експлоративна лапаротомия) и юридически причини (изисквания на медицинските стандарти и на НЗОК), в тези интервенции се налага включването и на хирург.

Цел: Поставихме си за цел да анализираме вида на болните и вида на операциите на черва при онкогинекологични заболявания.

Материали и методи: Проведено е ретроспективно проучване, което включва данните на оперативния журнал, епикризите и информационната система на болницата. За периода 01.01.2010-31.12.2018 г. в клиниката по гинекология са оперирани 51 болни, на които се е наложило извършването на операции на черва със смесен екип –онкогинеколог и хирург. Болните са на възраст 38-81 години, средна възраст 60 години. Разпределение на болните според основната диагноза: гинекологично заболяване- 42 болни и негинекологично заболяване - 9 болни. Локализация на гинекологично болните: Рак на маточната шийка -7, Рак на ендометриума-3, Сарком на матката -4, Рак на яйчника -24, Тубоовариален абсцес -4. Локализация на негинекологично болните: Гастроинтерстинален стромален сарком (ГИСТ)-3, Рак на колона-2, Рак на сигмата-1, Рак на ректума-1, Рак на млечната жлеза-2. При 2 болни е установена ПТМ: 1 болна с рак на яйчника и рак на млечната жлеза и 1 болна с рак на яйчника и ГИСТ. При болните с рак на маточната шийка, рак на ендометриума и сарком на матката, заболяванията предоперативно са доказани хистологично. Болните с рак на яйчника, болните с тубоовариален абсцес, рак на червата и рак на млечната жлеза предоперативно е определен рак на яйчника: клинично (туморна формация в аднексите), лабораторно (повишени стойности на Са 125, HE 4) и образни методи (КАТ и /или ехография).

Резултати: Операция на черва по време на първата онкогинекологична операция е извършена при 36 болни, а операция на черва заради рецидив е извършена при 15 болни. При 32 болни е извършена тазава и/или парааортална лимфна дисекция. Вид оперативна интервенция на черва: Резекция на тънко черво с хистеректомия с аднексите-15, Резекция на тънко черво +/- аднексектомия-8, Задна екзентерация с анастомоза +/- транзверзостомата -8, Резекция на ректум/сигма с хистеректомия с аднексите -4, Резекция на ректум/сигма-9, Резекция на колон с хистеректомия с аднексите-2, Резекция на колон -2, Тотална екзентерация -1, Транзверзостомата -1, и Сутура на ректума -1.

Изводи: Получените резултати показват, че преобладават болните с авансирал рак на яйчника, както и голямото разнообразие на оперативни интервенции на черва, които изискват включване на хирург в оперативния екип. В лечебни заведения без наличието на хирургичен екип би било невъзможно извършването на тези операции. Не е приемливо болната да бъде само лапаротомирана и поради недостатъчни хирургични умения да бъде насочена за повторна операция в друго лечебно заведение. Неслучайно гайдлайнът за лечение на рак на яйчника в III и IV стадии (ESGO 2018) определя изискванията за опериращия : между 100 и 50 операции годишно, но не по-малко от 20, като се извършва от сертифициран онкогинеколог или, от обучен за коремни и тазохирургични процедури хирург, който представлява над 50% от неговата практика, с оглед постигане на пълна циторедукция. Постигането на тази цел е възможна сама с центрове с мултидисциплинарен екип с голям опит в извършването на такива операции.

## **Имуноterapia при жени с цервикална HPV инфекция след ексцизия (LEEP конус) на маточната шийка по повод установена дисплазия**

**С. Ковачев**

Клиника по обща и онкологична гинекология – Военномедицинска академия, София

**Целта** на това изследване е да установи клиничната ефикасност на имуноterapia с *Inosine pranobex* при жени с цервикална HPV инфекция след хирургично лечение на маточната шийка по повод установена дисплазия.

**Материал и методи.** Включени са 32 жени с цервикална *HPV* инфекция след електроконизация (LEEP – конус) на маточната шийка по повод високостепенна дисплазия, разделени в две групи: А (n=10) не провеждат имунотерапия и В (n=22) провеждат следоперативна имунотерапия с *Inosine pranobex*. Всички пациентки са проследени след 12, 24 и 48 месеца с цервикален тест за персистиране или липса на HPV и с цитология и колпоскопия за евентуален рецидив на CIN. Рецидивите са потвърдени хистологично.

**Резултати.** Проследяването на 32 (100%) жени за рецидив на CIN, след 24 месеца показва в група А - 4/12.5% CIN + и 6/18.8% CIN -; в В – 3/9.4% CIN + и 19/59.4% CIN – ( $p = 0.094$ ); след 48 месеца А - 3/9.4% CIN + и 7/21.9% CIN -; в В – 1/3.1% CIN + и 21/65.6% CIN – ( $p < 0.05$ ). В група А, HPV + са 5/15.6% жени след 48 месечно проследяване, а в група В 4/12.5%. Сигнификантна е разликата ( $p < 0.05$ ), между двете изследвани групи при изчистването на най-честите високорискови генотипове HPV (HPV16 и HPV 56). Не установихме такава разлика за общия брой инфектирани жени между двете групи.

**Заклучение.** Имунотерапията с *Inosine pranobex* при HPV + пациентки след конизация на маточната шийка статистически значимо увеличава изчистването на вирусната инфекция с високорискови генотипове и намалява рецидивите на CIN.

## **Честота на рецидиви на ендометриални полипи след оперативна хистероскопия и пробно сепарирано абразио**

**А. Гановска, С. Ковачев**

Клиника по обща и онкологична гинекология, Военномедицинска академия - София

**Целта** на това изследване е да определи честотата на рецидиви на ендометриални полипи след пробно сепарирано абразио и оперативна хистероскопия.

**Материал и методи:** Изследването е едноцентрово, ретроспективно и включва 182 пациентки с хистологично верифициран ендометриален полип. В зависимост от оперативния метод пациентките са разделени в две групи: група 1 – след оперативна хистероскопия (ХСК); група 2 - след пробно сепарирано абразио (ПСА). Проследени са

12 (3-ти, 6-ти и 12-ти) месеца за рецидив, чрез гинекологичен преглед и трансвагинална ехография. При нужда е извършвана нова оперативна интервенция.

**Резултати:** В група 1 (ХСК, 95/52.2%) при 12 (6.6%) пациентки установихме рецидив на ендометриален полип, а в група 2 (ПСА 87/47.8%) при 37 (20.3%) жени. Обработката на нашите резултатите показва статистически значима разлика по отношение на рецидивите между двата използвани метода в лечението на ендометриалните полипи ( $p \leq 0.05$ ). Подобен тип зависимост между двата метода и появата на рецидив на ендометриален полип установихме на 3-тия месец, а на 6-тия и 12-тия месец от проследяването не установихме такава ( $p > 0.05$ ).

**Заключение:** Рецидивите на ендометриалните полипи са по-чести след ПСА, отколкото след хистероскопия.

## ***Papilocare*® вагинален гел и HPV инфекция**

**С. Ковачев**

Клиника по обща и онкологична гинекология – Военномедицинска академия, София  
Инфекцията с Човешки папиломен вирус (HPV) е най-честата сексуалнотрансмисивна инфекция в световен мащаб. В нейното лечение често се налага използването на локални и общи имуномодулатори.

**Целта** на този обзор е да разгледа клиничната и терапевтична ефикасност на локалния имуномодуляторен препарат *Papilocare*®.

**Материал и методи.** Разгледани са достъпните в научната литература и електронна база данни резултати от клинични проучвания за използването на локален *Papilocare*® вагинален гел и са обобщени и систематизирани техните резултати.

**Обсъждане.** В откритите изследвания *Papilocare*® вагинален гел доказано, подобрява цервикалната епителизация при HPV-позитивни жени без колпоскопски атипизъм и променя и възстановява вагиналната микрофлора, която може да е нарушена при HPV-позитивни жени. *Papilocare*® показва статистически значима ефикасност в

нормализиране на цервикалните цитологични промени в сравнение с контролите на 3 и 6 месец в изследваните популации включително в тези с цервикална HR-HPV инфекция. Приложението на *Papilocare*® вагинален гел за 6 месеца увеличава с 23% изчистването на цервикалната HR-HPV инфекция в сравнение с контролите.

**Заключение.** В разгледаните клинични проучвания *Papilocare*® гел демонстрира висока клинична и терапевтична ефикасност в лечението на цервикални нискостепенни лезии и изчистване на локална HR-HPV инфекция. Този препарат повлиява благоприятно вагиналната микрофлора и нарушеното локално микробно равновесие.

### **Деструктивно лечение на доброкачествени и предракови изменения на влагалището и вулвата. Диагностично-лечебен алгоритъм.**

И. Карагъзов 1, С. Ковачев 2,  
МБАЛ ВИТА- София 1, ВМА- София 2

Представяне пред БАОГ на проект за диагностично-лечебен алгоритъм за деструктивно лечение на доброкачествени и предракови изменения на влагалището и вулвата, с цел обсъждане, промени и предложение към БДАГ за приемането му.

### **Трансвагинална фистулография с кожно-мускулно ламбо при широки следоперативни първични и рецидивни везиковагинални фистули.**

И. Карагъзов

МБАЛ ВИТА- София

Хирургичната корекция на следоперативни везиковагинални фистули с диаметър по-голям от 1-2 см., особено след лъчелечение, продължава да бъде предизикателство поради неблагоприятните локални тъканни промени и честите рецидиви след “малка корекция“, вариращи между 28-35% според различни автори. Припомняме един стар, много подходящ и технически лесен оперативен метод с добри резултати.

**Профилактика на високостепенния серозен карцином на яйчника (HGSCO) чрез  
опортюнистична салпингектомия**

**Е. Исмаил, Я. Корновски**

**Медицински университет – Варна**

**МБАЛ “Св.Анна- Варна“АД, клиника „Гинекология“**

Според класификацията на Световната здравна организация 65% от неоплазмите на яйчниците са епителните, следвани от гериминативно клетъчните, туморите на половата връв, метастатичните тумори и други неклассифицируеми. От епителните тумори най - чести са серозните карциноми. Най – новата бинарна класификация ги разделя на нискостепенен (Low – grade) и високостепенен ( High – grade) серозен карцином на яйчника. Високостепенните представляват около 80% от серозните, а нискостепенните са 5%. Това са два различни тумора, имащи различна патогенеза, биологично поведение и прогноза.

Нискостепенния серозен карцином е рядък тумор, може да възникне от серозни тумори с нисък малигнен потенциал, засяга млади жени и е относително химиорезистентен. Високостепенния серозен карцином е по – агресивен, с по – лоша прогноза и за негов прекурсор се смята серозния тубар интраепителен карцином.

Поради тази причина се счита, че опортюнистичната салпингектомия при хистеректомия със запазване на аднексите, води до елиминиране на риска за развитие на най – честия и опасен злокачествен тумор на яйчниците (HGSC).

**Morbus Bowen - клиничен случай.**

**И. Крумов, С. Оручева, Б. Попова, И. Карагъзов**

**МБАЛ ВИТА-София**

Хирургичната ексцизия на кожни лезии причинява тъканен дефицит, често в зони с анатомично обусловени високи еластични изисквания. Стандартният шев „под напрежение“ е обичайна причина за дехисценция и последващо вторично заздравяване на раната. Представяме случай на млада жена с диагностициран преди повече от 5 години morbus Bowen, лекуван неуспешно консервативно поради отказ от хирургично лечение. За възстановяване на дефекта е използвана V-Y пластика с добър козметичен ефект.

### **Дезмопластичен дребноклетъчен round-cell тумор - клиничен случай**

И. Карагъзов, Б. Попова, С. Оручева, И. Крумов  
МБАЛ ВИТА-София

Дезмопластичният дребноклетъчен кръглоклетъчен тумор (ДДКТ) е рядък и агресивен мезенхимен тумор с честа интраабдоминална локализация. Описан е през 1989 г., като до момента има регистрирани няколкостотин случая в света. Засяга основно мъже в детска и млада възраст, средната възраст е 22 години, съотношение мъже: жени - 5:1. ДДКТ се развива в коремната кухина с тенденция към перитонеално разпространение и метастазиране в лимфни възли, черен дроб и бял дроб. Диагнозата е хистологична, като разнообразието от варианти(GIST,PNET,Ewing) в комбинация с атипично клинично протичане създава диагностични затруднения. Прогнозата е лоша: средна преживяемост 17 месеца, под 20% -5 годишна преживяемост. Представяме случай на 23 годишна пациентка с ретроперитонеален параректален тумор, имитиращ овариална локализация, 2 месеца след операция по повод на тумор на оментума- същият хистологичен вариант.

### **Проблеми на първичната и вторична профилактика на рака на маточната шийка в България**

## **Ковачев С.**

Клиника по обща и онкологична гинекология – Военномедицинска академия, София

В България първичната профилактика на рака на маточната шийка беше въведена през 2012г. От 2016г е възстановена и вторичната профилактика на тази неоплазма. И пред двата профилактични метода все-още има нерешени проблеми, затова заболяемостта от рак на маточната шийка в нашата страна продължава да бъде висока. **Целта** на този обзор е да разгледа съществуващите проблеми пред първичната и вторична профилактика на цервикалния рак у нас.

**Материал и методи.** Разгледани са достъпните в научната литература и електронна база данни на държавните здравни институции в България, документи за въвеждането, регулацията и клиничните резултати от първичната и вторична профилактика на рака на маточната шийка.

**Обсъждане.** Първичната профилактика на цервикален рак въведена през 2012г, не е постигнала желаното и необходимо епидемиологично ваксинационно покритие в таргетната популация. Вторичната профилактика въведена чрез Националната здравноосигурителна каса също има някои нерешени проблеми, които са разгледани в настоящия обзор.

**Заклучение.** Въвеждането на първична и вторична профилактика на рака на маточната шийка в България е важна стъпка в борбата с неговата висока заболяемост и смъртност. Познаването на проблемите възникнали при осъществяването на тази профилактика и тяхното отстраняване ще помогне за повишаване на епидемиологичната и клинична ефективност на въведените профилактични методи.

## **СЛЕДОПЕРАТИВНО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ КАРЦИНОМ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА – РЕЦИДИВИ, МЕТАСТАЗИ И ЛЕЧЕБНИ МЕТОДИ**

Манова Е\*., И. Михайлова\*, Б. Генова\*, Р. Иванова\*, Г. Чакалова\*\*, В. Меламед\*\*, Т. Атанасов\*\*\*



\*Клиника по лъчелечение, \*\*Клиника по онкогинекология, \*\*\*Национален раков регистър, УСБАЛО-ЕАД, София

**Цел:** Представяне на лечебните резултати при 109 болни с карцином на маточната шийка (КМШ), лекувани в УСБАЛО с двата лечебни метода – хирургично лечение и следоперативно лъчелечение (СЛЛ). Разглеждане на възможности за прилагане на повторно облъчване при тазови рецидиви и екстракраниална радиохирургия (ЕКРХ) при метастази в тялото.

**Материал и метод:** Проследени са 109 болни с КМШ от 226 до 3773 дни (средно 1504), лекувани само в УСБАЛО в периода 2008-2018 г. и с двата лечебни метода – оперативно лечение и СЛЛ. Средна възраст 53.2 г. (27-80г.), като 69,7 % (76) са на възраст < 60 г. При разпределението по хистологии 90,8 % (99) са с плоскоклетъчен карцином, а 9,2 % (10) с аденосквамозен. Според разпределението по стадий болните са съответно в I стадий 72,5% (79), във II стадий 23,8% (26) и в III стадий 3,7% (4). Оперираните болни са провели следоперативно ЛЛ, поради умерен и висок риск за локални рецидиви (45-56Gy).

**Резултати:** От проследените пациенти 109 болни 87,1% (95) са живи, като причината за смърт при 12,9% (14) болни е КМШ. Оценена е 2 г., 5 г. и 7-годишна преживяемост при болните, като при тези провели следоперативно ЛЛ тя е съответно 90% , 85%, 76% . По данни на НРР от проследените болни 9 са провели лекарствено лечение, а от починалите 14 една с локален рецидив е провела повторно ЛЛ до ООД 30 Gy; 2 болни са с установени метастази - чернодробни, яйчник и провели лекарствено лечение; 1 болна е провела ЛЛ за областта на ЦНС по повод мозъчни метастази, а за 10 нямаме данни.

**Заключение:** Високата и сравнима с европейската преживяемост на болните в нашето проучване налага на метода като съвременен стандарт в УСБАЛО. Повторното ЛЛ стана възможно с въвеждане на съвременни диагностични - структурно-анатомични и хибридни нуклеарно-медицински уредби, лъчетерапевтични уредби и техники на облъчване (IMRT, IGRT, IORT, SBRT), позволяващи максимално фокусиране на лъчевото въздействие в малигнената лезия и провеждане на повторното облъчване за локализиран тазов рецидив по радикална програма или на единични метастази в тялото.

## **Следоперативно перкутанно лъчелечение и брахитерапия при близка или позитивна резекционна линия на болни с карцином на маточната шийка.**

**Генова Б.\*, Е. Петкова\*, В. Първанова\*, Т.Грозева\*\***

\*Клиника по лъчелечение, УСБАЛО-ЕАД; \*\*Национален раков регистър

**Цел:** Разглеждане на резултатите при болни с карцином на маточната шийка (КМШ) след оперативно лечение, провели адювантно перкутанно лъчелечение (ЛЛ) и интравагинална брахитерапия (БТ).

**Материал и метод:** Проследени са 49 болни, които в периода 1.12г. - 12.16г. са провели следоперативна интравагинална БТ и перкутанно ЛЛ в адювантен план след проведено оперативно лечение по повод на карцином на маточната шийка. По FIGO стадий преобладават болните в Ib – IIa (65,3%): Ib1 – 9 (18,4%), Ib2 – 10 (20,4%), IIa – 13 (26,5%), Ib – 10 (20,4%), IIIa – 7 (14,3%). N0 са 34 от болните (69,3%), N1 – 15 (30,7%). По хистологичен вариант преобладава плоскоклетъчен карцином – 43 болни (87,8%); други – 6, от които аденокарцином - при 3 (6,1 %), аденосквамозен – 2 (4,1%) , серозен папиларен аденокарцином – 1 (2%). При 13 от болните (26,5%) се наблюдава лимфоваскуларна инвазия (LVI+). Като причина за включване на интравагиналната брахитерапия в схемата на лечение е най-често позитивна резекционна линия R1 към влагалището – 27 болни (55,1 %), туморни емболи или са in situ във влаг. рез. линия - 12 (24,5%), VAIN/дисплазия – 5 (10,2%), инфилтрация на влагалището без наличие на R1 – 5 (10,2%). Пациентките са провели 2 x 5 Gy интравагинална БТ, веднъж седмично. Перкутанното лъчелечение е: при 34 болни (69,4%) са реализирани 48÷50 Gy, 7 болни (14,3%) – 40÷46 Gy, 5 болни (10,2%) – 52÷56 Gy, 3 болни (6,1%) – предоперативно+следоперативно ЛЛ.

**Резултати:** В групата се наблюдава само един рецидив на чукана (2% от болните) – отличен локален контрол (касае се за пациентка с pT1b1pN1M0, G2, LVI+). С далечни метастази са 5 болни - перитонеални метастази при 2, метастази в черен дроб - 1, парааортална лимфаденомегалия – 2, белодробни метастази при 1 (в комбинация с парааортална лимфаденомегалия). От пациентите, реализирали 52÷56 Gy, няма починали, както и не се наблюдават далечни метастази или локален рецидив на влагалището или в малкия таз. Макар и малка като брой, групата подчертава значението на по-високата доза за локалния контрол при локално-авансиран КМШ.

**Изводи:** Съчетаването на интравлагинална БТ с пекрутанно ЛЛ в адювантното лечение на КМШ е свързано с отличен локален контрол. Повишаването на дозата до 56 Gy при локално-авансиралите случаи води до повишен локален (тазов) контрол и вероятно до подобрене в преживяемостта.

### **Хипофракциониран буст след 60 грей – спасителен метод за лъчелечение при РМШ в IIIA/B/C и IVA клиничен стадий по FIGO**

С. Георгиева, Н. Недев, М. Мехмед, И. Апостолова  
Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда, Младост

България е на челните места в Европа по заболяемост и смъртност от рак на маточната шийка. По данни на Националния раков регистър за 2015 година с това заболяване са диагностицирани над 1090 жени годишно, а смъртните случаи са 381 за 2015г. От ново-диагностицираните 1090 жени, почти половината са в III и IV стадий по FIGO, което прави тяхното лечение предизвикателство за лъчетерапевтите.

Лечението на рака на маточната шийка е комплексно и включва оперативно лечение, лъчелечение и химиотерапия. Дефинитивното лъчелечение на болни в III и IV стадий по FIGO не е отчайваща процедура. Когато не е възможно провеждането на брахитерапия, сурдозажа с перкутна лъчетерапия в персистиращия туморен обем с умерено хипофракциониране след реализирана радиобиологична доза 60 Gy е спасителен метод. Представените от нас три случая общата преживяемост е 66% без наличие на късни нежелани лъчеви реакции и при постигнато отлично качество на живот. Дозата 10 x 3.0 Gy в малък туморен обем с осигурителна граница 3.00 мм след радиобиологична доза от 60.0 Gy е безопасна при ежедневно СВСТ. Първоначалната стойност на креатина дори и над 1000  $\mu\text{mol/L}$  не е прогностичен фактор за изхода от заболяването. Покачването на хемоглобина в хода на лъчелечението е добър предиктивен фактор за благоприятен изход от заболяването. Добавянето на висока доза- буст при III и IV стадий РМШ след стандартната доза от 60 Грей е спасителен метод на лечение. Допълването на дозата до радиохирургична е изкуство! И в трите случая не е прилагана Цисплатина, поради първоначални високи стойности на креатинина, което навежда на извода че водещо е добре проведеното лъчелечение. Често радиохирургията е фетишизирана в нашите

среди. Изключително високите дози на фракция не са винаги необходими, ако позволим туморът да се оксигенира. Стереотактичните методи на планиране могат да са изключително полезни при умереното хипофракциониране. Малкото странични ефекти са резултат на по-доброто разпределение на дозата. Сложните случаи е добре да бъдат лекувани с един кохерентен лъчетерапевтичен план от самото начало. “Допълването на доза” трябва да излезне не само от нашия речник, но и от мисленето ни.

## **Особености на Медицинската Експертиза при онкогинекологично болни**

**Г. Гайтанджиев, М. Николов**

ТЕЛК, УСБАЛО

Процентите за Злокачествено новообразувание, оценявани съгласно ч.8, р.ХІІ на НМЕ, са определени конкретно за всяка година от петгодишния период на активно наблюдение.

Видът и стадият на злокачествените заболявания се определя въз основа на медицинска документация в МЕД на освидетелстваното лице.

- **ЕПИКРИЗА** за проведено оперативно и/или друго лечение,
- и/или етапна епикриза от КОЦ (СБАЛО), с **РЕГИСТРИРАН ХИСТОЛОГИЧЕН РЕЗУЛТАТ**, хистохимично изследване, стадиране по **TNM** система;
- **РЕШЕНИЕ НА ОНКОЛОГИЧНА КОМИСИЯ.**

В случаите, в които за конкретното заболяване на лицето са извършени консултации и/или изследвания през последните дванадесет месеца, предхождащи явяването на ТЕЛК, и резултатите от тях са видни от налични медицински документи, в това число и от епикриза от лечебно заведение за болнична помощ (приложени заверени копия на тези документи) не се налага повторното назначаване и извършване на консултациите и/или изследванията.

**Медицинските критерии за различните проценти в отделните времеви периоди са следните:**

- През първата година обикновено се провежда оперативно лечение, предхождано или следвано от радиотерапия и/или химиотерапия. Трите вида лечение са свързани с токсичности, които нарушават общото състояние, физическото и

психо-емоционалното натоварване е най-голямо, поради което лицето най-често е в състояние на временна неработоспособност.

- Двете следващи години са времето с най-висок риск от усложнения на заболяването след проведеното активно лечение, свързано с много странични ефекти.
- През четвъртата и петата година продължава провеждането на поддържаща терапия, която при някои заболявания вече е 10-годишна (хормонална терапия при болни с рак на млечната жлеза и хормонално чувствително заболяване). Тази терапия също е свързана със странични ефекти, налага проследяване на костна плътност, обмяна и пр.

Посочените критерии и дадените оценки в % за всяка година от петгодишния период на активно проследяване на заболяването позволяват точна оценка за всеки конкретен случай. По този начин се свежда до минимум проявата на субективност от страна на лекаря-експерт и е въпрос на професионална компетентност.

Въпреки това, в експертната на онкологичните заболявания често се наблюдава **неправилна интерпретация на медицинската документация**, респективно - се определя неправилна оценка (% трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане). Най-често се срещат затруднения и се допускат съществени грешки при оценка на онкологичните заболявания, установени в най-ранни стадии - карцином „ин ситу“, предимно на маточната шийка и тялото на матката.

**НЕОБХОДИМО Е ДА СЕ ЗНАЕ**, че **новообразуванията „ин ситу“** са с най-ниска степен на злокачественост. Хистологически са рак, но **БИОЛОГИЧЕСКИ СА ПРЕДРАКОВО ЗАБОЛЯВАНЕ**, тъй като клетките при карцинома „ин ситу“ са изменени, но все още не са достигнали стадия с типичните характеристики на инвазивен карцином. Поради тази двойствена природа, **МЕЖДУНАРОДНАТА КЛАСИФИКАЦИЯ НА БОЛЕСТИТЕ НЕ ГИ ВКЛЮЧВА В КАРЦИНОМНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ**, те са обособени в отделна група (с отделна кодова диагноза). Разглеждат се като последователни морфологични изменения между дисплазия и инвазивен рак, кодират се по МКБ с **кодов индекс „D“**, тоест извън кодировката на всички злокачествени заболявания, които се кодират с **кодов индекс „C“**. Поради това при лицата в този стадий на заболяване се осъществява **ОПЕРАТИВНА ИНТЕРВЕНЦИЯ В ОГРАНИЧЕН ОБЕМ - ЛХТ** (тотална лапарохистеректомия) с аднексите при „ин ситу“ на шийката или ендометриума на матката. Не се извършва тазова лимфна дисекция, не се провежда

следоперативна лъче- и химиотерапия, каквито се прилагат при инвазивните злокачествени заболявания.

Съгласно действащата нормативна уредба, за всички злокачествени заболявания, „ИН СИТУ“ оценката е залегнала в част 8 раздел XII, точка 7 от Приложение 1 към член 63, ал. 1 от НМЕ. Посочени са 50% за срок една година след санирането (оперативната интервенция), като след изтичането на този срок не е предвидено да бъде определян % трайно намалена работоспособност/степен на увреждане, тоест лицето се счита за работоспособно.