

РЕЗЮМЕТА
НА НЕРЕЦЕНЗИРАНИ НАУЧНИ ТРУДОВЕ
на ст.н.с. II ст. д-р Веселина Методиева Първанова, кмн
Ръководител на Клиниката по Лъчелечение,
СБАЛ по Онкология–ЕАД

Във връзка с обявата на конкурс за Професор в областта висше образование, 7."Здравеопазване и спорт", по професионално направление 7.1." Медицина" и научна специалност „Онкология” с шифър 03.01.46 за нуждите на Клиниката по лъчелечение към СБАЛО-ЕАД, публикувана в Държавен вестник бр. 36 от 16.04.2013 г. и в сайта на СБАЛО-ЕАД, София:

<http://www.sbaloncology.bg/bg/science-and-research/academic-personnel-development.html>.

Публикации в чуждестранни списания

1. Preoperative radiotherapy in rectal cancer: treatment results of three different dose regimens.

Klenova A, **Parvanova V**, Georgiev R, Gesheva N.

Department of Radiotherapy, National Hospital of Oncology, Sofia, Bulgaria.

J BUON., 2006 Apr-Jun;11(2):161-6.

Abstract:

PURPOSE:

Radiotherapy (RT) prior to surgery could benefit patients with advanced rectal adenocarcinoma. This study was designed to examine the preoperative therapeutic effect of RT given in different doses and fractions, depending on clinical (c) TN stage and on tumor site in the rectum.

PATIENTS AND METHODS:

From 1997 to 2002, 122 patients with adenocarcinoma of the lower two thirds of the rectum and cT2-4, N0-2, M0, were treated with preoperative RT and then were operated radically. Patients with postoperative pathological (p) T4 and/or N+ received 4-6 cycles of 5-fluorouracil (5-FU) and leucovorin chemotherapy. RT was performed using 3 different schemes. Thirty-eight patients received 4 Gy daily in 5 consecutive days and operated within 3-5 days after RT. Doses of 5 Gy daily in 5 consecutive days

were delivered to 51 patients who were also operated within 3-5 days post-RT. Another 33 patients received 50 Gy in 25 fractions of 2 Gy each in 5 weeks and were operated not later than 30-45 days post-RT. The average follow-up period was 53 months. Conventional and conformal techniques were used for RT. The influence of various factors (stage, histological subtype, distance from dentate line, type of surgery, number of nodes involved) were analyzed.

RESULTS:

Overall survival for all 122 patients at 3 years was 84%. The distant metastasis-free survival was 82%, the local recurrence-free survival 92%; for stage III only it was 88%. Overall survival, distant metastasis and local recurrence rate were significantly influenced by the pathological stage ($p < 0.05$). Local recurrence and distant metastasis were significantly higher in patients with more than 3 nodes involved ($p < 0.005$). The influence of the different RT dose regimens showed a tendency to reduced local recurrence free survival in patients receiving a dose lower than 40 Gy. The use of short preoperative schemes increased the rate of local recurrences in cases with low anterior resections. A reduction in tumor size with 50 Gy of conventional RT was established and downstaging was achieved in 54% of the cases. No late effects on normal tissues were observed with any scheme of preoperative RT.

CONCLUSION:

The conventional preoperative RT at 50 Gy dose levels proved more effective for advanced rectal cancer (T4 or N2) and for low anterior resections. The short scheme 5 x 5 Gy was appropriate for less advanced tumors (T2-3, N0-1), something requiring accurate clinical staging.

.....

2. Degree of tumor regression after preoperative chemo-radiotherapy in locally advanced rectal cancer—Preliminary results.

Iglika Mihaylova , **Vesselina Parvanova** , Chanita Velikova, Galia Kurteva, Doroteya Ivanova

Reports of Practical Oncology & Radiotherapy, 2011, 16, 237-242.

Abstract :

Aim:

The aim of this investigation is to determine the degree of tumor regression by histopathological evaluation of surgical specimen after neoadjuvant chemo-radiotherapy for patients with stage IIIB rectal cancer.

Background:

The standard therapy for rectal carcinoma is surgical, however, preoperative radiochemotherapy will play an increasing role especially in locally advanced disease. To estimate the prognosis and the effect of radiochemotherapy the postradiochemotherapeutical pathological features are important to assess.

Materials and methods:

Ten patients with cT3–4, cN1 stage rectal cancer received preoperative chemo-radiotherapy. A total tumor dose of 50 Gy was applied to all patients, with a daily fraction of 2 Gy, 5 times a week, with concomitant Capecitabine 1650 mg/m². A pathomorphologic assessment of the therapeutic response of the residual tumor volumes and estimation of tumor control were performed using Dworak's system of tumor regression grading (TRD) from no regression (0) to a complete tumor control.

Results:

Dworak's TRD for the examined patients is as follows: in 20% of the patients no tumor regression was observed – Grade 0, in 30% – Grade 1, in 20% – Grade 2 and in 30% a complete tumor regression was achieved – Grade 4. Four of the patients (40%) presented with borderline resectable tumors before the neoadjuvant chemo-radiotherapy. Nine of the patients (90%) underwent radical surgery. In one case (10%) a radical surgery was not possible. One patient (10%) developed severe radiation enteritis in both the early and late postoperative period, with her tumor regression evaluated as Grade 4.

Conclusion:

Accurate evaluation of local tumor control using Dworak's tumor regression grading scale after preoperative chemo-radiotherapy gives the basis for a larger investigation and search for a correlation with the prognosis of the disease and individual choice of adjuvant treatment.

Keywords: Rectal cancer, Preoperative treatment, Chemo-radiotherapy, Tumor regression grade

.....

3. Scintimammography and single-photon emission computed tomography for postoperative image guidance for radiation treatment planning in breast cancer patients.

Piperkova E, Chavdarova L, Garanina Z, Gocheva L, **Parvanova V**, Tzonevska A, Dimitrova M.

National Oncology Center Hospital, Department of Nuclear Medicine, Sofia, Bulgaria.

J BUON., 2011 Oct-Dec;16(4):657-63.

Abstract:

PURPOSE: To evaluate post-surgical tumor-metabolic regions outside of the computed tomography (CT)-defined volume for radiation therapy (RT) planning using functional imaging of scintimammography (SMG) $\pm$ single photon emission computerized tomography (SPECT) in breast cancer (BC) patients.

METHODS: 62 operated high-risk BC females, mean age 50.45 years, underwent SMG $\pm$ SPECT before RT planning. Twenty-one and twelve patients with stage I and IIa respectively had lumpectomy (LT) with axillary lymph node dissection (ALND), and modified radical mastectomy (Patay) + ALND was realized in 29 stage IIb-III patients. All SMG images, positive for viable tumor tissue (VTT) or metastatically involved lymph nodes (LNs) were verified cytologically/ histologically. Three early planar and delayed images were acquired after i.v. administration of 550-740 MBq 99mTc- MIBI or 99mTc-TF. Uptake values (UV) > 1.65 revealed VTT.

RESULTS: Data in 49 (79%) of 62 patients were characterized as true-negative (TN; UV <1.35). In 13 (21%) patients SMG visualized 22 true-positive (TP) malignant lesions: 2 residual VTT in scars, 1 newly defined BC in the contralateral breast and 18 regional LN metastases (6 axillary, 6 parasternal, 1 sub- and 5 supraclavicular). All 22 TP VTT lesions were imaged by scintigraphy using different tumor-seeking radiopharmaceuticals: 99mTc-MIBI - 17 (77%) and 99mTc- TF - 5 (23%) of the TP lesions. One false-positive (FP) (inflammation: UV >1.65) and one false-negative (FN) (UV <1.35) foci were found. Applying SMG $\pm$ SPECT for BC restaging after surgery, the RT volume was changed in 13 of 62 (21%) patients.

CONCLUSION: SMG is a reliable imaging method for evaluating residual VTT, LN metastases or altered biological activity in the scars after BC surgery and could modify the irradiated volume, optimizing the therapeutic effect and minimizing RT side effects.

4. SPECT-CT in breast cancer.

Sergieva Sonia, Alexandrova Elena, Baitchev George, **Parvanova Veselina**

Archive of Oncology, 2012 ,20, 3-4; 127-131.

Abstract:

The most important prognostic factors for breast cancer are the size of primary tumor and axillary lymph node status. Role of scintimammography with the cationic lipophilic ^{99m}Tc-Tetrofosmin and ^{99m}Tc-Sestamibi in preoperative evaluation and post-treatment follow-up of patients with breast cancer is well known. The added diagnostic value of SPECT-CT has recently been investigated. Scintigraphy provides a description of function or process whereas CT depicts the precise localization and type of morphological changes that have occurred in the lesions. Combined SPECT-CT imaging enables to localize positive primary tumors and/or loco-regional lymph nodes; to evaluate effect of neoadjuvant chemotherapy in locally advanced and non-operable breast tumors. SPECT-CT studies are useful in post-therapeutic follow-up of patients to visualize suspicious local recurrence, lymphadenopathy and disease extension. CT part of the study can increase the specificity of SPECT by more accurate anatomical assessment of the sites of abnormal activity with unclear character such as radiation pneumonitis, postoperative parenchymal changes, fibrocystic changes etc. According to the results reported in literature, all the axillary metastatic nodes that were false negative on SPECT image were non-palpable, small lesion size (<10 mm) with partial metastatic involvement or micrometastases in most cases. Lymphatic mapping of SLNs is now routinely done in breast cancer patients for correct N-staging. SPECT-CT has been used for clear depiction of the SLNs to provide the useful information for intraoperative gamma-probe detection in cases that are difficult to interpret planar images, in cases with unusual drainage or in cases of nonvisualization. SPECT-CT scintimammography is preferable in terms of physical characteristic, execution time and cost-effectiveness, thus suggesting wider application of this procedure. SPECT-CT is a potential new tool for LN localization and radioguided surgery in the coming years.

Keywords: Breast Neoplasms, Positron-Emission Tomography and Computed Tomography, Radionuclide Imaging, Lymph Nodes

.....

5. СЪВРЕМЕННИ ДИАГНОСТИЧНИ И ТЕРАПЕВТИЧНИ ПОДХОДИ ПРИ ТУМОР-ИНДУЦИРАНАТА КОСТНА БОЛЕСТ. ОБЩИ ДАННИ И МЕХАНИЗМИ.

С.Сергиева, Г.Кирова, В.Николова, А.Цоневска, **В.Първанова**, А.Дудов,
Е.Александрова, М.Иларионова, Д.Тодоров

Онкологос, 2003, 1-2, 45-49.

Резюме:

Метастатичното ангажиране на костите е често срещан процес при онкологичните заболявания. Скелетните метастази са важни за клиничната практика, тъй като често се асоциират със симптоми и усложнения, водещи до тумор-индуцирана костна болест и нейното голямо значение за стадирането, лечението и прогнозата на болните със злокачествени заболявания. Диагностиката на костните метастази има важна роля за терапевтичното планиране. Честотата на костното метастазиране зависи в значителна степен от вида на първичния тумор, както и от приложения диагностичен метод. Разпространението на злокачествения процес в скелета предизвиква сериозни усложнения като патологични фрактури, компресия на гръбначен мозък и е най-честата причина за поява на болков синдром при онкологичните заболявания. Симптоматичната терапия на костните метастази представлява съчетаване на системна медикаментозна и метаболитна терапия с перкутанно лъчелечение. Цел на това проучване е да се направи анализ съвременните диагностични и терапевтични подходи при тумор-индуцираната костна болест.

Ключови думи: костни метастази, образна диагностика, радиотерапия, метаболитна терапия.

.....

6. СЪВРЕМЕННИ ДИАГНОСТИЧНИ И ТЕРАПЕВТИЧНИ ПОДХОД ПРИ ТУМОР-ИНДУЦИРАНАТА КОСТНА БОЛЕСТ. МЕТОДИ И МОНИТОРИНГ.

С. Сергиева, Г. Кирова, В. Николова, А.Цоневска, **В. Първанова**, А. Дудов,
Е. Александрова, М. Иларионова, Д. Тодоров

Онкологос, 2003, 1-2, 50-57.

Резюме:

Метастатичното ангажиране на костите е често срещан процес при онкологичните заболявания. Скелетните метастази са важни за клиничната практика, тъй като често се асоциират със симптоми и усложнения, водещи до тумор-индуцирана костна болест и нейното голямо значение за стадирането, лечението и прогнозата на болните със злокачествени заболявания. Диагностиката на костните метастази има важна роля за терапевтичното планиране. Честотата на костното метастазиране зависи в значителна степен от вида на първичния тумор, както и от приложения диагностичен метод. Разпространението на злокачествения процес в скелета предизвиква сериозни усложнения като патологични фрактури, компресия на гръбначен мозък и е най-честата причина за поява на болков синдром при онкологичните заболявания. Симптоматичната терапия на костните метастази представлява съчетаване на системна медикаментозна и метаболитна терапия с перкутанно лъчелечение. Цел на това проучване е да се направи анализ съвременните диагностични и терапевтични подходи при тумор-индуцираната костна болест.

Ключови думи: костни метастази, образна диагностика, радиотерапия, метаболитна терапия.

.....

7. СЪВРЕМЕННИ ДИАГНОСТИЧНИ И ТЕРАПЕВТИЧНИ ПОДХОДИ ПРИ ТУМОР-ИНДУЦИРАНАТА КОСТНА БОЛЕСТ-АСПЕКТИ НА ЛЕЧЕНИЕТО.

С. Сергиева, Г. Кирова, В. Николова, А. Цоневска, **В. Първанова**, Д. Тодоров,
А. Дудов, Е. Александрова, М. Иларионова

Онкологос, 2003, 1-2, 58-64.

Резюме:

Метастатичното ангажиране на костите е често срещан процес при онкологичните заболявания. Скелетните метастази са важни за клиничната практика, тъй като често се асоциират със симптоми и усложнения, водещи до тумор-индуцирана костна болест и нейното голямо значение за стадирането, лечението

и прогнозата на болните със злокачествени заболявания. Диагностиката на костните метастази има важна роля за терапевтичното планиране. Честотата на костното метастазиране зависи в значителна степен от вида на първичния тумор, както и от приложения диагностичен метод. Разпространението на злокачествения процес в скелета предизвиква сериозни усложнения като патологични фрактури, компресия на гръбначен мозък и е най-честата причина за поява на болков синдром при онкологичните заболявания. Симптоматичната терапия на костните метастази представлява съчетаване на системна медикаментозна и метаболитна терапия с перкутанно лъчелечение. Цел на това проучване е да се направи анализ на съвременните диагностични и терапевтични подходи при тумор-индуцираната костна болест.

Ключови думи: костни метастази, образна диагностика, радиотерапия, метаболитна терапия.

.....

8. ВЪЗМОЖНОСТИ НА МИОКАРДНАТА ПЕРФУЗИОННА СЦИНТИГРАФИЯ ЗА ОЦЕНКА НА МИОКАРДНИТЕ УВРЕЖДАНЯ ПРИ ЛЪЧЕТЕРАПИЯ НА БОЛНИ С КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА.

А. Цоневска, К. Цветков, **В. Първанова**, М. Димитрова
Клиника по нуклеарна медицина, НСБАЛО-София

Онкология и радиология, 2005, 12, 4, 3-8.

Резюме:

При лъчетерапия в областта на торакса може да настъпи увреждане на миокарда поради възникването на фиброза. То се развива бавно с късно нарушаване на функцията на левия сърдечен вентрикул. Ранното откриване на сърдечните увреждания е от особена важност, тъй като е възможно тяхното намаляване чрез промяна в лечебните схеми. Целта на проучването е да се оценят възможностите на миокардната сцинтиграфия с $^{99m}\text{Tc-M1.B1}$ за откриване и локализация на миокардните увреждания след лъчетерапия на болни с карцином на млечната жлеза. В изследването са включени 25 болни (15 болни с карцином на лявата млечна жлеза и 10 болни с карцином на дясната млечна жлеза) след консервативно-оперативно лечение и постоперативна лъчетерапия с обща доза 50 Gy в 25 фракции за остатъчната млечна жлеза и подлежащата гръдна стена. При карцином на лявата млечна жлеза в облъчвания обем се включва предната стена на миокарда. Всички болни са асимптомни, без проведена химиотерапия с

антрациклини. Извършена е ^{99m}Tc MIBI GSPECT миокардна сцинтиграфия (гама камера Siemens Diacam) 30-60 min след инжектиране на 555 MB MBq ^{99m}Tc -MIBI. Оценени са миокардната перфузия (полуколичествено след разделяне на миокарда на левия вентрикул на 20 сегмента и използване на четиристепенна скала) и миокардната функция. Всички пациентки имат нормална кинетика на левия вентрикул-нормални LVEF, ESV, EDV и систолно задебеляване. Миокардната перфузия е нормална при всички болни с карцином на дясната млечна жлеза и при 11 с карцином на лявата млечна жлеза. При 4 болни (30%) е установена хиперфузия средна степен-2 перфузионни дефекта напредната стена на миокарда на левия вентрикул и 2 перфузионни дефекта на сърдечния връх и септума ($P < 0.001$). Проучването показва, че при лъчетерапия в областта на торакса, когато миокардът попада в облъчвания обем, не са редки перфузионните увреждания. ^{99m}Tc -MIBI GSPECT е чувствителен метод, при който е възможно тяхното ранно откриване, преди да са настъпили трайни и необратими промени в миокардната кинетика.

.....

9. Случаи на малигнен периферен тумор, изхождащ от нервните обвивки, на фона на плексиформена неврофиброматоза I тип.

Г. Кирова, **В.Първанова**, М. Пенков, Г. Хаджидеков

Рентгеново отделение, Болница "Лозенец" и Лъчетерапевтично отделение, Национален онкологичен център—София

Рентгенология и радиология, 2005, 1, 46-49.

Резюме:

Първи тип неврофиброматоза е мултистемен неврокутанен синдром, засягащ едновременно невроекто- дермалните и мезенхималните структури и представляващ едно от най-честите фамилни състояние, предразположени към малигнизация. Туморите, развиващи се на базата на неврофиброматоза, най-често са неврофиброми. Те могат да продължат да се развиват през целия живот на пациента, като честотата им на нарастване варира през различните периоди. В същото време всяка нова промяна-бързо нарастване на размерите, болка или неврологичен дефицит, налага спешно биопсиране с оглед изключване на малигнизация. Дефинитивното лечение зависи преди всичко от резектабилността на формацията.

Авторите демонстрират два случая на малигнен периферен тумор, изхождащ от нервните обвивки, на фона на неврофиброматоза I тип.

Ключови думи: НЕВРОКУТАННИ СИНДРОМИ, НЕВРОФИБРОМАТОЗА ПЪРВИ ТИП, МАЛИГНЕНИ ПЕРИФЕРНИ ТУМОРИ, ИЗХОЖДАЩИ ОТ НЕРВНИТЕ ОБВИВКИ.

.....

10. ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МАЛИГНЕНИТЕ ГЛИОМИ II. ТЕМОЗОЛОМИДЕ КАТО КОМБИНИРАНО ЛЪЧЕ-ХИМИО И САМОСТОЯТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ.

В. Първанова, Р. Лазарова, П. Дончев

НСБАЛ по Онкология, Клиника по Лъчелечение

Списание на Българското онкологично дружество, 2005, 3-4, 4-10.

Въведение:

I.Общи принципи при приложение на химиотерапия при тумори на ЦНС.

Употребата на противотуморни агенти в лечението на интракраниалните и спинални тумори е доказала отдавна своето значение. Съществуват спорове по отношение на противотуморната ефикасност на препарати с ограничен хематоенцефален пермеабилитет . Множество инфилтративни тумори на ЦНС имат интракраниални участъци с явно интактно капилярно снабдяване, както и че действителното разрушаване на капилярните съдове в туморната тъкан, позитивиращо се при контрастното СТ изследване, МРТ и радионуклидното скениране на мозъка е слабо. Лекарствената наличност в различни участъци на туморната тъкан на всеки един първичен тумор на ЦНС би трябвало да бъде същата както и при не-ЦНС образуванията. Бионаличността на препарата до участъци с нарушено капиляроснабдяване би била компрометирана.

.....

11. ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МАЛИГНЕНИТЕ ГЛИОМИ I.СЪВРЕМЕННО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ.

II. TEMOZOLOMIDE КАТО КОМБИНИРАНО ЛЪЧЕ-ХИМИО И САМОСТОЯТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ.

В. Първанова, Р. Лазарова, П. Дончев

НСБАЛ по Онкология, Клиника по Лъчелечение

Списание на Българското онкологично дружество, 2005, 3-4, 4-8.

Резюме:

Малигнените глиоми са най-често срещаните първични злокачествени мозъчни тумори при възрастни. Стандартното лечение се състои в хирургична резекция видимо в здраво, с последващо перкутанно лъчелечение. Лечебните резултати са незадоволителни, независимо от използването на най-модерните хирургични, лъче- и химиотерапевтични методи. Изследвани са различни режими на лъчелечение, включително промени в дневните дози, увеличаване на тоталната доза с добявяне на съпътстващо химиолечение, интерстициална брахитерапия, радиохирургия, 3-дименсионално конформно лъчелечение и т.н. Изследват се някои нови химиотерапевтични средства за комплексно лечение на малигнените глиоми с цел подобряване на локалния туморен контрол, времето до прогресия и общата преживяемост. В последните 4 години случайно подбрана група от 18 болни с новодиагностициран малигнен глиом са лекувани комбинирано: лъчелечение + Temozolomide (TMZ), последвано от 4-6 цикъла адювантно лечение с TMZ, или самостоятелно лъчелечение, последвано от 4-6 курса адювантна терапия с TMZ в НСБАЛО-София. Всички болни са проследени за ефикасност на лечението, токсични явления от TMZ, обща преживяемост и качество на живот. Така проведените режими на лечение са добре поносими, с минимална токсичност и подобряване на преживяемостта.

Ключови думи: малиген глиом, лъчелечение, temozolamide.

.....

12. ПЕРКУТАННО ЛЪ ЧЕЛЕЧЕНИЕ И БРАХИТЕРАПИЯ С НИСКА МОЩНОСТ НА ДОЗАТА ПРИ КАРЦИНОМ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА ВЪВ II-III СТАДИЙ.

В. Първанова , И. Михайлова, Е. Петкова, Н. Гешева, А. Чакърова

СБАЛО-ЕАД, София

Онкология, 2007, 35, 42-49.

Резюме:

Цел: Оценка на ефекта от дозата на предварителното перкутанно лъчелечение при болни с инвазивен карцином на маточната шийка във II-III стадий, проведено съчетано с лъчелечение.

Материал и метод: Лекувани са 104 болни в периода 2001-2005г, проследени средно 36 месеца. При 30 (31,2 %) от болните заболяването е във II стадий, а при 74 (76,0) са в III стадий. Пациентите са на възраст от 29 до 76г (ср.възраст 55 г). Липсва статистически значима разлика във възрастта на болните във II срещу III стадий. При 5% от болните се установи хистологията-аденосквамозен карцином, а при 95% от пациентите плоскоклетъчен карцином. Висока степен на малигненост при двата хистологични вида G3 се отчете при 56,7% от болните. Приложено е перкутанно лъчелечение за областта на малкия таз, като е използвана бокс техника. При дневна доза 2Gy 5 пъти седмично за 3-4 седмици е реализирана доза от 30Gy при 70 болни (67,3%) и поради невъзможност за осъществяване на брахитерапията при 34 болни (32,7%) е увеличена до 40Gy.

При всички болни сумарно дозата от перкутанното лъчелечение и интракавитарната брахитерапия в (т.А) е 70Gy. За областта на параметрите дозата е допълнена чрез перкутанно лъчелечение до 60Gy (т. В).

Резултати: Петгодишната обща преживяемост за всички пациенти е 61,80%. Не е намерена разлика в общата преживяемост при пациенти над и под 50 години (67,78 % с/у 58%, $p = 0.34$).

Няма разлика в общата преживяемост и в зависимост от хистологичния вид на тумора. При пациентите с G3 на тумора общата преживяемост е значително по-ниска в сравнение с пациенти с G1 тумор (26.19% с/у 82.46% $p = 0.014$).

Еднаква е преживяемостта при пациенти, които не са се повлияли от 30Gy и са реализирали 40Gy (61,53% vs 61,87% $p = 0.25$). При пациентите във II стадий, лекувани с перкутанно лъчелечение, преживяемостта е значително по-висока в групата, реализирала 40Gy спрямо групата с 30Gy. (61,22% с/у 55,65%, $p = 0.012$).

Заключение: Общата преживяемост при пациентите с карцином на маточната шийка II стадий, лекувани с предварително перкутанно лъчелечение до ООД

40Gy, е по- висока в сравнение с общата преживяемост при пациенти, получили от предварителното перкутанно лъчелечение 30Gy.

Ключови думи: карцином на маточната шийка, перкутанно лъчелечение, брахитерапия с ниска мощност на дозата.

.....

13. Рак на маточната шийка и изолиран рецидив в парааорталните лимфни възли.

С. Георгиева¹, Л. Гочева², И. Михайлова¹, **В. Първанова¹**

1Клиника по лъчетерапия, СБАЛО-ЕАД,

2Клиника по онкотерапия, МБАЛ „Царица Йоанна“-София

Рентгенология и радиология, 2008, 37, 3, 190-195.

Резюме:

Статусът на парааорталните лимфни възли (ПАЛВ) по време на операция за рак на маточната шийка е важен прогностичен фактор, с по-голяма стойност, отколкото клиничния стадий по FIGO. Честотата на рецидива в ПАЛВ варира от 2 до 12%. Прогнозата при изолиран рецидив в ПАЛВ след дефинитивна лъчетерапия е лоша и редица автори го определят като фатално състояние. Всички пациенти умират за период от 2 години след провеждане на самостоятелна лъчетерапия при изолиран рецидив в ПАЛВ.

Прогнозата е по-добра при асимптоматични пациенти с микроскопски ангажирани или единичен уголемен лимфен възел, с време на поява на рецидива над 24 месеца след завършване на първоначалната терапия и с нива на SCC под 4,0 ng/ml. Химио-и лъчетерапията, приложени самостоятелно, дават лоши терапевтични резултати при изолиран рецидив в ПАЛВ. По-новите проучвания показват, че едновременната лъче-химиотерапия може да подобри лошите терапевтични резултати и да доведе до трайно излекуване при изолиран рецидив в ПАЛВ. Лъчелечението на ПАЛВ плюс едновременна Cisplatin базирана химиотерапия е осъществим режим на избор за спасителна терапия при ПАЛВ рецидив с приемлива токсичност. Пелвисната и парааорталната лимфаденектомия имат диагностична, прогностична и терапевтична стойност. Препоръчва се извършването ѝ до нивото на лявата ренална вена при всички пациенти с намерен интраоперативно цервикален тумор над 2 cm.

Ключови думи: РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА, ИЗОЛИРАН РЕЦИДИВ В ПАРААОРТАЛНИТЕ ЛИМФНИ ВЪЗЛ, ТЕРАПЕВТИЧНИ РЕЖИМИ.

.....

14. РЕТРОБУЛБАРНА ИНФИЛТРАЦИЯ НА ДЕСЕТАТА ГОДИНА ОТ ДИСПАНСЕРНОТО НАБЛЮДЕНИЕ НА БОЛНА С НАЗОФАРИНГЕАЛЕН КАРЦИНОМ.

Р Меламед, А. Милев, **В. Първанова**, М. Меламед

СБАЛО ЕАД София

Рентгенология и радиология, 2009, 37, 35-38.

Резюме:

Авторите представят една болна, диагностицирана за първи път през 1999 г. в III стадий–Т3 N1 M0, с хистологичен резултат недиференциран спиноцелуларен карцином-лимфоепителиом на назофарингса. Проведено е перкутанно лъчелечение-януари 2000г.-ООД 60 г. През 2005 г. се открива отново изменение в епифарингса, за което се прилагат още 30 г и два курса химиотерапия. В началото на 2009 г. се установява ретробулбарна инфилтрация вляво. Неврохирургичен екип отстранява инфилтрацията, но не може да гарантира радикалност на интервенцията. Обсъжда се въпросът за допълнително химио- и лъчелечение.

Ключови думи: назофарингиален карцином, диспансерно наблюдение, преживяемост.

.....

15. КАРЦИНОМ НА ПРОСТАТНАТА ЖЛЕЗА - ЕПИДЕМИОЛОГИЯ, СТАДИРАНЕ, МОЛЕКУЛЯРНИ МАРКЕРИ.

Веселина Първанова, Милка Георгиева, Камен Недев

Списание на българското онкологично дружество, 2009, 4, 11-15.

Резюме:

Ракът на простатната жлеза е един от най-често срещаните злокачествени новообразувания, както и втора причина за умираанията от рак при мъжете. Степените на малигненост (G) на тумора, клиничният стадий и предлечебната

стойност на специфичния простатен антиген (PSA), разпределят болните в три прогностични групи, които определят-съответно вида лечение, като: наблюдение, радикална простатектомия и/или само лъчелечение (перкутанно лъчелечение, брахитерапия или съчетано), хормонално лечение и химиотерапия. Извършването на трансректална биопсия под ехографски контрол, както и лапароскопска верификация на сентинелни лимфни възли при стадиране на болните, така и лапароскопска простатектомия и дисекция вече са съвременен стандарт. При около 10% от хистологично верифицираните болни с рак, предлечебната стойност на водещия диагностичен маркер-простатно специфичен, антиген (PSA), определящ прогнозата на заболяването, е непоказателен. С помощта на модерни геномни технологии се изследват в последните години множество молекулярни биомаркери, които показват специфична корелация при карцином на простатната жлеза. Простатно карциномния ген 3 (PCA 3) е съвременен карциномно специфичен маркер, който все повече помага на клиницистите при диагностични трудности и за избягване на ненужно биопсиране на болните.

Ключови думи: рак на простатата, стадиране, прогностични фактори, молекулярни маркери.

.....

16. КАРЦИНОМ НА ПРОСТАТНАТА ЖЛЕЗА-СЪВРЕМЕННИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПОДХОДИ И ПРОСЛЕДЯВАНЕ.

Веселина Първанова, Камен Недев, Елена Петкова, Анна Балабанова

Списание на българското онкологично дружество, 2009, 4, 16-23.

Резюме:

Триизмерното лечебно планиране и конформно лъчелечение дават възможност да се реализират високи, курабилни дози, което превърна лъчелечението в алтернатива на хирургичното лечение при ранен и локалноавансирал рак на простатната жлеза. В напредналите страни близо 40% от болните с простатен карцином предпочитат лъчелечението като дефинитивен лечебен метод, който съхранява в значителна степен еректилната способност у мъжа. Интензитетно модулираното лъчелечение (IMRT) даде възможност за дозно ескалиране до 78-85Gy, което подобри с 10% лечебните резултати с приемливи лъчеви увреждания на ректума в сравнение с конвенционалното триизмерно перкутанно лъчелечение (3D). Предвид бавно настъпващата лъчева регресия на тумора, траеща средно 18

месеца, локалният контрол се отчита чрез проследяване стойностите на PSA. Андрогенната аблация, проведена преди лъчелечението за период от 3-6 месеца, редуцира обема на тумора и простатната жлеза, съответно на клиничния мишенен обем (КМО), което редуцира локалната токсичност и създава условия за реализиране на по-висока лъчева доза и подобряване на локалния контрол. В последните години активно се проучват съвременни схеми на фракциониране на дозата поради радиобиологични доказателства за ниско алфа/бета отношение на тумора, вариращ между 12 и 22Gy и същевременно по-високото алфа/бета отношение за ректалната стена 3Gy. Това различие между алфа/бета отношението на тумора и здравите тъкани предполага предимство при използване на едри фракции пред конвенционалното фракциониране на дозата-2Gy. В тази посока са проучванията за най-оптимално хипофракциониране на дозата и прилагане на брахитерапия за обема на простатната жлеза като самостоятелно лъчелечение или в съчетание с перкутанно лъчелечение за областта на малкия таз при болни с умерен и висок риск. При брахитерапия с висока мощност на дозата свръхдозирането за областта на простатната жлеза се осъществява в рамките на 48 часа с едно заигляне на болния. Реализираната висока доза в тумора се съпровожда с незначителни необратимите лъчеви увреждания на предна ректална стена-в 2% в сравнение с 12% при перкутанното лъчелечение.

Ключови думи: рак на простатата, перкутантно лъчелечение, хидрофракционни дози, високи дози брахитерапия.

.....

17. ПРЕДОПЕРАТИВНО САМОСТОЯТЕЛНО И КОМБИНИРАНО С ХИМИОТЕРАПИЯ ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЛОКАЛНО АВАНСИРАЛ КАРЦИНОМ НА РЕКТУМА.

И. Михайлова, В. Първанова, Н.Гешева

Клиника по лъчелечение, СБАЛО-ЕАД, София

Онкология, 2010, 3, 27-33.

Резюме:

Цел: Изясняване приноса на лъче-химиолечението (ЛХЛ), сравнено със самостоятелно лъчелечение (ЛЛ), приложени в предоперативен план при локално авансирал карцином на ректума по отношение на лечебни резултати и токсичност.

Материал и метод: За периода 2006- 2010 г. в Клиниката по лъчелечение в СБАЛ по онкология е проведено предоперативно лъчелечение при 83 болни с локално авансирал Т3-Т4 карцином на ректума, на възраст от 40 до 75 години

(средна възраст 57 г.), от които 27 (33%) жени и 56 (67%) мъже. Стадирането е извършено чрез ендоректална ехография и КАТ/МРТ на корем и малък таз. Болните са разпределени в две групи: I-ЛХЛ и II-контрола само с ЛЛ. В гр. I при 33 болни лъчелечението е комбинирано с Капецитабин-825mg/m²/d, в един прием вечер в дните на облъчване. В контролната гр. II при 50 болни е провеждано самостоятелно перкутанно лъчелечение, както в I-ва гр. за областта на малкия таз, при ДОД 2Gy пет пъти седмично до ООД 50Gy. Извършен е анализ на сравнимост в двете групи за признаци на пациента, тумора и лечебните методи, като е проследена 4 г. обща преживяемост, локален туморен контрол и токсичност.

Резултати: Установява се 85% обща преживяемост в гр. I и 78,7% в контролната гр. II. Пълен хистологично верифициран контрол е постигнат при 3 от болните от гр. I (ЛХЛ) и при 1 от гр. II (ЛЛ), съответно 9% към 2%; частичен контрол с >50% редукция на тумора при 17/25 болни (52% / 50%); частичен контрол с <50% редукция на тумора при 13/22 болни (39% / 44%) и прогресия при 0/2 болни (0% / 4%). Гастронтестиналната токсичност съгласно СТСАЕ v.3 е отчетена, както следва: Gr. 1 при 19 към 25 болни (57,5%/50%); Gr. 2 при 7/15 (21%/30%); Gr. 3 при 7/10 (21,2%/20%), съответно в първата съпоставена с втората група. Наблюдавана е генито-уринарна токсичност само в лека степен: Gr. 1 при 7/20 болни (21% / 40%) и Gr. 2 при 2/4 (6% / 8%). Gr. 3 и 4 не са наблюдавани.

Изводи: Комбинираното с Капецитабин ЛХЛ в предоперативен план предоставя възможност за подобряване на локалния контрол и общата преживяемост, при съпоставима ранна токсичност пред самостоятелното лъчелечение.

Ключови думи: карцином на ректума, предоперативно лъчелечение и химиотерапия.

.....

18. СЪВРЕМЕННО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА И МАСТЕКТОМИЯ.

Първанова В., Н. Гешева

Клиника по лъчелечение-СБАЛО, София

Онкология, 2010, 38, 27-33.

Резюме:

Цел: Коментар на съвременните показания за предписване на лъчелечение (ЛЛ) след мастектомия при болни с рак на млечната жлеза, прилагани клинични мишенни обеми, дози, фракции, клинично, дозиметрично планиране и техники за облъчване.

Метод: Извършена е литературна справка на публикуваните в Pub Med проспективни и представителни ретроспективни проучвания с ключови думи: PMRT (ЛЛ след мастектомия). Статистически значимите резултати са анализирани заедно с българските лъчелечебни стандарти, протоколите на Клиниката по лъчелечение като част от лечебната стратегия на СБАЛО. Разглежда се приноса на ЛЛ върху локалния контрол, общата преживяемост и лъчевите увреждания при болни след мастектомия с умерен риск (T1-2 N1a, 1-3 броя л.в.) или висок риск (размер на тумора над 3 см, ? N2a, > 4 броя л.в.).

Резултати: Резултатите от метаанализите на проспективните проучвания по проблема потвърдиха решението през 90-те години у нас за извършване на органосъхраняваща операция при тумори до 3 см, както и необходимостта от следоперативно ЛЛ при N (-) болни и тумори над 3 см. Продължават проучванията за приноса на лъчелечението след мастектомия при болни с умерен риск (T1-2 N1a или N0 в съчетание с неблагоприятни прогностични фактори на тумора и млада възраст). Оценява се рискът от екстракапсулно засягане на аксиларните лимфни възли; необходимостта от ЛЛ при болни след неoadювантна химиотерапия и хистологично установен пълен локален контрол; прилагането на ЛЛ за хомолатералните парастернални лимфни възли; необходимостта от свръхдозирание за оперативния цикатрикс до 60Gy; прилагане на задно поле за аксилата; хипофракционирание на дозата; ЛЛ след сентинелна биопсия; ЛЛ при болни над 70 години; последователността на ЛЛ и противотуморното лекарствено лечение при болни с висок риск.

Изводи: Прецизната оценка на характеристиките на тумора, на болния и на прилаганите лечебни методи, както въвеждането на триизмерното КТ планиране на клиничните мишенни обеми в лъчелечението, доведе до повишаване на

локалния туморен контрол. При болни с висок риск след мастектомия е установено, че предотвратяването на 4 локорегионални рецидива с ЛЛ запазва живота на 1 болен.

Ключови думи: рак на млечната жлеза, лъчелечение след мастектомия (PMRT).

.....

19.Модулирано по интензитет лъчелечение: същност, индикации, ранни и късни резултати.

И. Михайлова, **В. Първанова**, Н. Гешева, Р. Лазаров
СБАЛО-София

Медикарт Онкология, 2011, 1 8-10.

Резюме:

Модулираното по интензитет лъчелечение (МИЛЛ) представлява най-съвременният и модерен подход за планиране и осъществяване на лъчелечението (ЛЛ). Този метод дава възможност да се оптимизира терапевтичният ефект в ЛЛ, чрез максимално обхващане на туморния обем и запазване на нормалните тъкани. Клиничното приложение на метода, който има вече 10-15-годишна история е резултат от разработването на технически възможности за осъществяването и изпълнението на облъчването и на прецизни компютърни алгоритми за обратно планиране (inverse planning) на изодозното разпределение.

МИЛЛ представлява по-напреднал етап на конформното ЛЛ, при което лъчевите снопове се моделират равнинно двуизмерно (2D) с цел да се обхване съвсем точно туморния обем. Основният принцип на МИЛЛ е, че енергийният пренос на лъчевия сноп се променя в рамките на лъчевото поле и по този начин лъчевият сноп се моделира и по посока на разпространението му. Това може да се постигне по два начина:

- 1.чрез дефрагментирането на лъчевия сноп на краен брой малки снопа с различна форма
 - 2.чрез движение на листовите на многолистния колиматор по време на облъчване.
-

20.Сливане на МРТ и КТ образи при планиране на лъчелечението на мозъчните тумори.

Д. Георгиев, Н.Великова, **В.Първанова**, А. Балабанова, Е.Димитриу

Клиника по лъчелечение, СБАЛ по Онкология–София

Рентгенология и радиология, 2011, 4, 305-309.

Резюме:

С въвеждането на магнитнорезонансната томография при планиране на лъчелечението на мозъчните тумори се постига и основната цел на лъчелечението, а именно да се намали до минимум увреждането на нормалната мозъчна тъкан, без да се компрометират лъчелечебните дози.

За периода януари 2010 г.-декември 2011 г. в Клиниката по лъчелечение на СБАЛО-ЕАД е осъществено планиране на лъчелечението с помощта на сливане на образите от МРТ и КТ при 25 болни. От тях със злокачествени тумори на мозъка са 16 болни (64%) и 9 са с доброкачествени тумори (36%). Между болните има 4 деца на възраст 5, 11 и 14 години, а останалите са на средна възраст 37,5 год. От тях 15 са мъже (60%) и 10 жени (40%). Всички болни са след оперативно лечение и са с наличие на остатъчна туморна маса, доказана чрез МРТ или КТ. Всички болни са имобилизирани с индивидуални термопластични маски и им е направено скениране на краниума с дебелина на срезове 5 mm на КТ и МРТ. Получените срезове заедно с латералната томограма са трансферирани в планиращата система и е осъществено сливане на КТ и МРТ образите по сходна информация. Очертават се голям туморен обем (ПГО), планиран мишенен обем (ПМО) и критичните органи. Проследява се поносимостта на лъчелечението и резултатите от облъчването посредством контролни образни изследвания с КТ или МРТ на 40-ия ден и на 6-ия месец от приключване на лъчелечението. От направените предварителни изследвания ясно проличава предимството на сливането на МРТ и КТ при лезии, разположени в малкия мозък, селарната, супраселарната област и базата на черепа, каквито са повечето от нашите болни. В заключение може да се каже, че въпреки малкия брой болни, при които сме използвали сливане на МРТ и КТ образи, методиката има значително предимство при определяне и очертаване на ПТО пред предлаганите други методики (планиране само по КТ или само по МРТ).

Ключови думи: МОЗЪЧНИ ТУМОРИ, ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ, СЛИВАНЕ НА МРТ И КТ ОБРАЗИ.

21. Терапия и прогноза при пинеалобластом-клиничен случай и преглед на литературата.

Д. Георгиев, С. Георгиева, **В. Първанова**, Н. Гешева

Клиника по лъчелечение, НСБАЛ по онкология–София

Рентгенология и радиология, 2012, 4, 345-348.

Резюме:

Пинеалните паренхимни тумори при възрастни са редки и терапевтичното поведение не е точно установено. Представяме случай на негерминативно-клетъчен тумор на пинеалната жлеза при 50-годишна жена. Поради водещия синдром на повишено интракраниално налягане е извършена по спешност ендоскопска тривентрикулостомия. Не е взет материал за хистологична диагноза. Туморните маркери в серума α FP и bCHG са негативни. Проведохме лъчелечение за областта на тумора с „тестова доза“ от 26 Gy. Установихме с контролна КАТ, че туморната формация е редуцирана с 0,5 cm. Приехме, че се касае за малигнен умерено радиочувствителен тумор-пинеалобластом. Продължихме лъчелечението до обща огнищна доза от 56 Gy за тумора и 30 Gy за кранио-спинална ос. Три месеца след края на лъчелечението на контролната КАТ се отчита 40% редукция на тумора. Терапевтичната стратегия е приемлива и ефективна съобразно съвременното лечение на пинеалните тумори.

Ключови думи: ПИНЕАЛЕН ТУМОР. „ТЕСТОВА“ ЛЪЧЕЛЕЧЕБНА ДОЗА.

.....

22. Перкутанно лъчелечение и метаболитна терапия при костно метастазиране.

В. Първанова, Л. Чавдарова, Е. Пиперкова, Д. Кацаров

Клиника по лъчелечение. Клиника по нуклеарна медицина, СБАЛО-ЕАД–София

Рентгенология и радиология, 2013, 1, 12-19.

Резюме:

Лечението на болката при костно метастазиране включва прилагане на аналгетици, стероиди, противотуморни лекарства, бифосфонати и радионуклиди (метаболитна терапия), а като локални методи се използват перкутанното лъчелечение в съчетание при селектирани болни с хирургично лечение. Лъчелечението с костно метастазиране и при 50-70% с компресия на гръбначния мозък. Обезболяващият локален ефект е съществен, постига се бързо, евтино, а

при използване на радионуклиди лечението има системен характер и обезболяването е средно при 45-80%, с пълен контрол при 10-30% от болните. Подобрява се подвижността на болните, качеството на живот и се редуцира зависимостта от наркотични и ненаркотични аналгетици. Независимо от съществуващите алгоритми, остават редица нерешени проблеми относно последователността на методите за системно и локално лечение, оптимизирането на радионуклидната терапия, комбинирането с бифосфонати, денозумаб и цисплатина, коментира се повлияването на общата преживяемост и отлагане усложненията от костно метастазиране.

Ключови думи: ПЕРКУТАННО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ. МЕТАБОЛИТНА ТЕРАПИЯ. КОСТНО МЕТАСТАЗИРАНЕ.

.....

23.ДИСГЕРМИНОМ НА ЯЙЧНИКА. ПРЕДСТАВЯНЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАИ.

Михайлова, И, **В. Първанова**, П. Костова *

Клиника по Лъчелечение. *Клиника по Гинекология-СБАЛ по Онкология, София

Акушерство и гинекология, 2012, 2, 56-59.

Резюме:

Герминативно-клетъчните тумори представляват около 20% от всички овариални тумори, като дисгерминомът е най-често срещаният от тази група. Лечението е хирургично, последвано от химиотерапия (ХТ) и лъчелечение (ЛЛ) при по-висок от ІА стадий. Целта на настоящата публикация е да представи клиничен случай на 18-годишна пациентка с дисгермином на левия яйчник, провела оперативно лечение-левостранна овариектомия. След една година по време на бременност в 6 лунарен месец ехографски е установен ретроперитонеален рецидив. Болната износва бременността, като родоразрешението е чрез цезарово сечение. Интраоперативно, хистологично е потвърден ретроперитонеален рецидив от същия тумор, иноперабилен на този етап. Лечението продължава с 2 курса неoadювантна ХТ, последвана от радикално оперативно лечение с отстраняване на цялата формация и левия бъбрек, адювантна ХТ 2 курса и профилактично ЛЛ за ретроперитонеалните лимфни възли. От направените контролни изследвания след 2 години се установява, че болната е без данни за локален рецидив и далечни метастази. Обсъжда се лечението на дисгерминома на яйчника, което трябва да е комплексно и да включва радикално оперативно лечение, химиотерапия и лъчелечение.

24. ДРУГО ЗЛОКАЧЕСТВЕНО ЗАБОЛЯВАНЕ СЛЕД ЛЪЧЕЛЕНИЕ ЗА КАРЦИНОМ НА ГЪРДА.

В. Първанова¹, Н. Димитрова², И. Михайлова¹, Е.Манова¹, Б. Генова¹

¹ Клиника по лъчелечение, ²Национален раков регистър, СБАЛО-ЕАД, СОФИЯ

Онкология, 2013, 4, (под печат)

Резюме:

Подобряване на общата и специфична преживяемост при карцином на гърдата в последните 20 години е резултат от въвеждане на скринингови програми и ранно диагностициране, на по-ефективно лекарствено лечение и прилагане на съвременни техники за лъчелечение. С нарастване продължителността на наблюдение при болните се диагностицират други тумори, освен контралатерален карцином на гърдата, което поставя нови изисквания за специфично проследяване.

Цел: Да се сравнят характеристиките на болните, на карцинома на гърдата, на лечебните методи и установи връзка с диагнозата на втори тумор.

Материал и метод: В Клиниката по лъчелечение в периода 2003-2008 г. при 406 болни с първичен карцином на гърдата (КГ) е проведено облъчване и проследяване. Болните са на възраст от 24 до 81 години. Всички болни са с операбилен КГ в стадий I-15 (3,7%), IIA-178 (43,8%), IIB-146 (36,0%) и в ША-ШС са 67 (16,5%). Проведено е стандартно лъчелечение след квадрантектomia при 111 болни (27,3%) и след мастектомия при 295 (72,7%). Периодът на наблюдение е средно 84,1 месеца (мин. 46,7-макс. 235,7). Данните за диагностицираните следващи злокачествени заболявания и за виталния статус на пациентите са от Българския национален раков регистър. Използвани са методи на дескриптивната статистика и метод на Каплан-Майер за анализ на преживяемост.

Резултати: При 14 (3,4%) болни с КГ е установено второ злокачествено заболяване, включително и контралатерален карцином на гърдата. Разпределението е както следва: карцином на контралатералната гърда при 4 (28,6%), на маточната шийка 2 (14,3%), на кожата без малигнен меланом 2 (14,3%), на тялото на матката 1 "(7,1%), на яйчниците 1 (7Д%>), на пикочния мехур 1 (7,1%), на щитовидната жлеза 1 (7,1%) и мозъчен тумор 1 (7,1%). Наблюдава се тенденция за по-млада възраст при диагнозата и в по-напреднал

стадий на първичния КГ, които се очертават като рискови фактори за изява на второ злокачествено заболяване. Пет-годишната преживяемост на болните без втори тумор е 80,8% срещу 78,5% при болните с метакхронен тумор. От характеристиките на първичния тумор с по-висок риск за втори тумор се очертават болните с централна локализация на тумора, тези с негативен статус на рецепторите за естроген и прогестерон, както и тройно негативен КГ. Прави се анализ на проучванията на Клиниката по лъчелечение в посока множественост при болни с КГ, коморбидност, лечебни резултати и усложнения, които могат да се свържат с генезата на втори тумор.

Изводи: Проследяването на болните с КГ изисква внимание не само в посока за локални рецидиви и далечно метастазиране, но и за друго злокачествено заболяване, съобразено с възрастта на болната при диагнозата на първичния тумор, с детайли от проведеното лечение и коморбидност.

Ключови думи: карцином на гърда, лъчелечение, други тумори.

.....

25. ГРИЖА ЗА КОЖАТА И ТЕРАПЕВТИЧНО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ, ПРОВЕЖДАЩИ ПЕРКУТАННО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ-СОБСТВЕН ОПИТ.

В. М. Първанова¹, Н. Г. Великова¹, Е. П. Павлова²

¹Клиника по лъчелечение, СБАЛО-ЕАД, София

²УМБАЛ „Царица Йоаниа-ИСУЛ“, София

Онкология, 2013, 4, (под печат)

Резюме:

Кожата е най-големият орган в човешкото тяло, който със своята специфична анатомия и физиология предпазва организма от влиянието на вредните фактори на околната среда. При около 95% от болните, провеждащи перкутанно лъчелечение се наблюдават кожни реакции, свързани с болка, дискомфорт, едем, дразнене, сърбеж или изгаряне. Те се дължат на увреждане на генетичния материал в ядрото и мембраните на клетките, които водят до пролиферативна клетъчна смърт. Нарушава се пролиферацията на клетки в базалния и десквамация на повърхностния кожен слой. Кожният еритем е резултат на капилярна дилатация, оток и повишено кръвоснабдяване на увредените ендотелните клетки в кръвоносните съдове. Ранните кожни реакции се появяват от 1 до 4 седмици от началото на лъчелечението и могат да персистират от 2 до 4

седмици след завършването. Тежестта на кожните реакции се оценява по две скали, като по-обективни критерии на отчитане предлага STCAE v. 4.0 системата. Кожните реакции при лъчелечение са строго индивидуални и зависят от редица фактори, свързани с характеристиките на болния и лечебните методи. Разгледани са 15 болни, лекувани в Клиниката по лъчелечение с приложение на Water Jel R1 и R2 и са отчетени резултатите, свързани главно с намаляване на болката при 90% от болните при прилагане в терапевтичен план. Споделен е опита на дерматолози за използваните медикаменти при превенция на кожните лъчеви реакции. Кожните лъчеви реакции са дозово зависими, но много индивидуални при всеки болен, което определя трудностите при изграждане на общовалидни протоколи, определящи клиничното поведение. Затова се залага повече на превенцията и редуциране степента на лъчевите реакции, отколкото на лечението им.

Ключови думи: перкутанно лъчелечение, кожни реакции, терапия.

.....

26. ИНТРАОПЕРАТИВНО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ-СЪЩНОСТ И ПРИЛОЖЕНИЕ.

В. М. Първанова, Н. Ц. Гешева, И. С. Михайлова

Клиника Лъчелечение, СБАЛО-ЕАД, София

Онкология, 2013, 4, (под печат)

Резюме:

В последните 30 години като допълнителен метод при лечение на онкологичните заболявания се прилага интраоперативно лъчелечение (ИОЛЛ). Реализира се еднократна висока доза по време на оперативното лечение в макроскопски видимия тумор или туморното ложе с минимално облъчване на околните тъкани, които се отдръпват или екранират по време на сеанса. Съвременен ИОЛЛ техниката се прилага с ускорени електрони от 6-10 MeV или с мобилна рентген терапевтична уредба.

Ключови думи: интраоперативно лъчелечение, индикации.

.....

Публикации в монографии, учебници, ръководства и сборници.

27. РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА-РАННО ОТКРИВАНЕ И СЪВРЕМЕННО ЛЕЧЕНИЕ.

Веселина Първанова и Константа Тимчева

Тип-топ прес, София, 2006, с.187

Резюме :

Представен е ръкопис на 163 страници, като ръкописът е разделен на следните 10 глави- всяка една с таблици, графики и илюстрации, както и с отделен книгопис:

- 1.Епидемиология, рискови фактори при рак на млечната жлеза.
- 2.Нормална анатомия и развитие на млечната жлеза, бенигнени заболявания.
- 3.Предпазване от рак на млечната жлеза.
- 4.Диагностика на рака на млечната жлеза.
- 5.Биологични особености в развитието на рака на млечната жлеза.
- 6.Лечение на рака на млечната жлеза.
- 7.Локално лечение на стадии I, II, IIIA и операбилни в IIIC с рак на млечната жлеза.
- 8.Системно лечение на карцинома на млечната жлеза.
- 9.Лечение на IV стадий рак на млечната жлеза, рецидиви и метастази.
- 10.Организиране на онкологичен скрининг в Република България.

Въведението е представено на малко повече от 11/2 печатни страници. Уместно в него вниманието се фокусира върху три много съвременни и водещи аспекти на проблема рак на млечната жлеза-критичната роля на ранното откриване чрез популационен скрининг; голямата промяна към щадящо лечение при откритите в ранен стадий тумори; индивидуализиране на лечението чрез развитие и прилагане на молекулярната диагностика. Подчертано е и върху многообразието на прояви в хода на развитие на туморното заболяване, което изисква умело съчетаване на прилаганите терапевтични методи.

.....

30. НАЦИОНАЛНИ СТАНДАРТИ ЗА ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕНИТЕ ТУМОРИ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА .БЪЛГАРСКИ НАЦИОНАЛНИ СТАНДАРТИ ЗА ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ НА РАКА НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА (РМЖ) .

В. Първанова, Л. Маринова, Р. Габровски, Т. Хаджиева
ТИТА КОНСУЛТ, София, 2005.

Въведение:

Ракът на млечната жлеза (РМЖ) е най-разпространеният тумор сред женското население в България.

За десет годишен период (1981-2001 г.) стандартизираната заболяемост от рак на женската гърда в България нарасна от 32,1 на 49,8 на 100000. Наблюдава се ежегодно повишаване, както на заболяемостта, така и на смъртността. Заболяемостта за 2001 г. достига 84,2 на 100000 жени при абсолютен брой на новозаболените 3419. Данните определят РМЖ като едно от основните социално значими онкологични заболявания в страната през 1998 г. Все още голяма част от болните се диагностицират в напреднал клиничен стадий (III-IV), което е основната причина за увеличената смъртност, нараснала за 20 годишен период от 17,3 на 26,3 на 100000 жени (1980-2001).

Повече от 60-70% от новозаболените жени се нуждаят от лъчелечение.

.....

31. Злокачествени новообразувания на млечната жлеза.

Иван Гаврилов, В.Тенев, **В.Първанова**, Е.Кръстева

В: Диагностика, лечение и проследяване на болните със злокачествени новообразувания, ред.проф. д-р Иван Черноземски проф. д-р Страшимир Каранов, доц. д-р Здравка Валерианова.Трето преработено и допълнено издание, София, 2009 г.

Въведение :

Етиология и рискови фактори:

Проучено е значението на множество рискови фактори, но за нито един от тях не са открити особено високи стойности за т.нар. относителен риск. Въз основа на величината на този относителен риск факторите все по-често биват поставяни в две различни групи-нискорискови и високорискови.

Нискорискови фактори:

За отбелязване е, че тези фактори първи са били изучавани като рискови в етиологията на рака на млечната жлеза. Към тях спадат:

1.Репродуктивни фактори. Ракът на млечната жлеза се среща по-рядко при жени с повече и по-ранни раждания. В проучванията, проведени в последно време, не се установява протективната роля на кърменето, както се смяташе преди. Доказано е, че при жени с по-ранна менопауза рискът е по-нисък и през следващите години от живота.

2.Хранене. Смяташе се, че високият риск в най-голяма степен се обуславя от приемането на повече мазнини, но изследванията през последните години оспорват това твърдение. Независимо от това, въпросът с мазнините не може да се счита за решен и влиянието на този фактор не бива да се изключва, а трябва да бъде контролиран през всеки период от живота. Съществуват противоречиви данни и за ролята на пресните плодове и зеленчуци и ненаситените мастни киселини, като протективен фактор, но и неговото значение не бива да се подценява. Някои проучвания от по-ново време изтъкват злоупотребата с алкохол като рисков фактор.

3.Начин на живот. Съобщава се за протективната роля на двигателната активност, докато ролята на тютюнопушенето се счита все още за обект на проучване. Сравнително висок риск се явява наднорменото тегло, особено след менопауза.

4.Екзогенни хормони. Ролята на противозачатъчните средства се изследва от много учени, но резултатите относно по-значимия риск при тяхната употреба не са категорични. Съобщава се за наличието на известен риск, но при употребата им в по-млада възраст. Противоречиви са и данните за наличие на риск при естрогените и естроген-заместителната терапия.

5.Йонизиращи лъчения. Това е фактор с най-изявен канцерогенен риск за възникване на рака на млечната жлеза. Рискът е пропорционален на общата доза на облъчване » на възрастта той е най-висок до 40 години.

6.Химически вещества. Установен е 4 пъти по-висок риск при контакт с ДДТ.

Високорискови фактори:

От тях с по-голямо значение са:

1. Фамилно засягане. При наличие на рак при майка, сестра или роднина от втора линия заболяват 15-20% от жените и то в по-млада възраст-рискът е 2-3 пъти по-висок в сравнение с жени без болели родственици и стига до 10 пъти повече, ако има едновременно засягане на майка и сестра. Механизмът на тази връзка по-

скоро е свързан с повишена родова чувствителност към действието на рисковите фактори от околната среда, отколкото с доминантен тип на унаследяване.

1. BRCA1 и BRCA2 гени. BRCA1 (17q21) и BRCA2 (13q12.3-q13.1) гените принадлежат към туморно супресорните гени, които са негативни регулатори на неопластичния процес. Те инактивират клетъчната пролиферация и потискат малигнената трансформация. Инактивирането им води до отпадане на тази функция, клетката излиза от контрола на нормалните регулаторни механизми и фенотипът ѝ се трансформира в неопластичен.

Мутациите в BRCA1 и BRCA2 гените са отговорни за развитието на карцинома при 5-10% от всички болни с рак на млечната жлеза. Унаследяването на мутация в BRCA1 гена (хе-терозиготно носителство) обуславя риск за развитие на РМЖ в 33-50% до 50-годишна възраст и в 56-87%-до 70-годишна възраст. Рискът от развитие на контралатерален карцином е 64% до 70-годишна възраст. Мутации в BRCA2 гена са причина не само за рано настъпващ карцином на млечната жлеза при жени, но и за заболяване при мъже. Повишен риск за заболяването имат мъже със синдром на Klinefelter.

1. Доброкачествени заболявания на гърдата. Това е много хетерогенна група жени с фиброкистозна мастопатия, фиброаденом, интрадуктален папилом и др. Тяхното наличие не носи значим риск, но при тежка атипия с хиперплазия той е 6-8 пъти по-висок. Най-висок риск се наблюдава при жени с множествени интрадуктални папиломи, а най-нисък-при тези със солитарни централно разположени папиломи. При наличие на опипващи се кисти рискът не е висок, освен в случаите, когато те се съчетават с диспластични промени или атипия. Повишен риск се съобщава и при жени с т.нар. плътна мамографска (рентгенологична) структура.

2. Предшестващ рак на гърдата. При около 1/3 от жените с дуктален карцином *in situ* се развива инвазивен рак в същата гърда, като това може да стане след 10-15-18 години. При жени с лобуларен карцином *in situ*, който не се лекува, се развива в по-късен период карцином на същата гърда при 15-20% от случаите и в другата гърда-в 10-15% от случаите. При наличие на инвазивен рак в едната гърда съществува невисок риск за развитие на рак и в другата, който е два пъти по-чест в сравнение с жени без карцином.

.....

32. Злокачествени новообразувания на отделителната и мъжката полова система. Карцином на простатната жлеза.

К.Нейков, **В.Първанова**, Св.Христова

В: Диагностика, лечение и проследяване на болните със злокачествени новообразувания, ред.проф. д-р Иван Черноземски проф. д-р Страшимир Каранов, доц. д-р Здравка Валерианова.Трето преработено и допълнено издание, София, 2009 г.

Въведение:

Карцином на простатната жлеза

Национален раков регистър 2005 г., простата (МКБ-10, C61)

Новозаболели: 1584 мъже

Фактическа заболяемост на 100 000: 42.2 мъже

Стандартизирана заболяемост (световен стандарт) на 100 000: 20.6 мъже

Най-засегнати възрастови групи: над 70 години

От новодиспансеризирани в III+IV стадии: 41.4 %

Починали: 789 мъже

Фактическа смъртност на 100 000: 21.0 мъже » Морфологично доказани: 84.3 % мъже

Динамика на заболяемостта, 1981-2005 г.: нарастване

Най-чести признаци и симптоми

В повечето случаи заболяването протича без симптоми или с прояви на обструкция с простатната жлеза. В напредналите случаи доминират проявите на костни и ставни болки вследствие на метастазите и бъбречна недостатъчност поради обструкция на уретерите.

.....

33. ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ РАКА НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА-РЕЗУЛТАТИ.

В. Първанова, Н. Гешева, Р. Георгиев

СБАЛО-София

В: ОНКОЛОГИЧНА ХИРУРГИЯ-СЪВРЕМЕНЕН СТАНДАРТ, Ред. чл.-кор. проф. Д. Дамянов , „МЕДАРТ" Съюз на учените в България, София, 2009.

Abstract:

The radiation therapy is a substantial part of the complex treatment approach in breast cancer. Combinations completing the local treatment methods with drug

therapy significantly affect the risk for local recurrences and in the latest years the overall survival rate, the late radiation injuries and the cosmetic results as well. The updated indications for applying radiotherapy are based on the outcome of multinational, prospective, randomized studies establishing a statistically significant level of decrease amounting to 2/3 of the; local recurrences. This has lead to an increase in the long term specific survival, as well as, the overall survival rate, decreasing to minimum the risk of radiation complications and reducing the 15-year mortality rate by 5%. The contribution of the radiation therapy is substantial in breast cancer patients undergone conservative surgery, as well as, in patients after mastectomy with T3 - T4 tumours and patients with positive axillary lymph nodes > 4. The research continues for the subgroups after mastectomy, in patients with 1 - 3 positive axillary lymph nodes and clarifying the indications to undergo partial radiation treatment, considering only the gross tumour volume as well as hyper-fractionating the treatment of the whole breast volume. This is aiming to shorten the radiotherapy course without compromising the treatment and cosmetic results. The therapeutic safety of modern radiotherapy has considerably risen through the implementation of patient immobilization, precise 3D treatment planning, use of imaging methods such as CT, MRI, PET and modern computerized treatment planning systems and verification of the irradiation process.

.....

34.ЛЪЧЕЛЕЧЕБНИ СТАНДАРТИ-ОСНОВНА ФИЛОСОФИЯ И ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ НА ИЗГРАЖДАНЕ.

Веселина Първанова, Камен Недев, Нели Гешева

В: Национален стандарт за лъчелечение при карцином на простатната жлеза, Годишен събор на ГЛБ, Слънчев бряг, 2010 г.

Въведение :

Дефиниция: Систематично разработвани правила за добра медицинска практика при вземане на решение за лъчелечение на пациенти.

1.Задачи на лъчелечебните стандарти:

- * Да ограничат отклоненията от правилата в лъчелечебната практика.
 - * Да ограничат възможността за отрицателно влияние на ресурсните възможности на дадено лечебно заведение върху лечението на болни.
 - * Да осигурят възможности за въвеждане на нови лечебни стратегии.
-

35. Бъдещи терапевтични подходи в мултимодалното лечение на ректален карцином.

Иглика Михайлова, Веселина Първанова

В: Учебна книга 2011. Текстове за продължаващо медицинско обучение.
Море 2011, Втора национална конференция 13-15 октомври 2011, Варна, с.101-128.

Резюме:

С оптимизиране на локалното лечение на ректалния карцином(РК) , постигнато чрез 5-fluorouracil (5-FU/)-базирано лъчехимиолечение (ЛХЛ) и последващо хирургично лечение чрез мезоректална ексцизия (TME), честотата на локални рецидиви спада под 10%. В 30-35% от случаите възникват далечни метастази, които водят до влошаване на лечебните резултати. За преодоляване на този проблем се проучват по-нови генерации цитостатици-орален-5-FU (capecitabine), oxaliplatin, irinotecan, таргетна терапия с bvacizumab и cetuximab във фаза I-III клинични изпитвания, едновременно с предоперативно лъчелечение при локално авансирал РК. Изследва се най-оптималната последователност, включваща индукционна химиотерапия преди ЛХЛ и последваща таргетна терапия чрез клинични проучвания. Бъдеща цел е най-точният подбор на пациенти да се осъществява въз основа на биологичен анализ на туморна чувствителност. Действащият сега „златен стандарт" при локално авансирал РК в клиничен стадий II-III (предоперативно 5-FU-базирано ЛХЛ) трябва да бъде променен и индивидуализиран.

.....

36. Първично нехирургично лечение на анален карцином:

лъчелечение и лъчехимиолечение.

Веселина Първанова, Иглика Михайлова

В: Учебна книга 2011. Текстове за продължаващо медицинско обучение.
Море 2011, Втора национална конференция 13-15 октомври 2011,
Варна- с.121-128.

Резюме:

Лечението на тумори в аналния канал и перианални карциноми (тумори), които съставляват 4% от ано-ректалните тумори, е насочено към оценка на ролята на

химиотерапията в неoadювант и адювант аспект, и главно-към оценка на схемите за едновременно лъче и- химиолечение, на необходимостта от ескалиране на дозите, свръхдозирание с перкутанно лъчелечение или брахитерапия и общо прецизиране на показанията за прилагане на комбинирано орган-съхраняващо лечение, като алтернатива на хирургията.

37. ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА.

В. Първанова, Н. Гешева, А. Чакърова

В: Рак на млечната жлеза-съвременни проблеми, диагностика и лечение.
Ред. Г.Димитров, Й.Йовчев,Ив.Гаврилов и Т.Седлоев. Парадигма, 2013 ,
с. 2-59 .

Въведение:

I-ФИЗИЧНИ И РАДИОБИОЛОГИЧНИ ПРИНЦИПИ В ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕТО 1-8

II-ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕИНВАЗИВЕН И ИНВАЗИВЕН РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА 8-33

III - ТЕХНИКИ НА ОБЛЪЧВАНЕ ПРИ РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА 33-47

IV - ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ РЕЦИДИВЕН И МЕТАСТАТИЧЕН РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА 47-50.

38. БРАХИТЕРАПИЯТА ПРИ ПРОСТАТЕН КАРЦИНОМ-ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ И СОБСТВЕН ОПИТ.

Камен Недев, **Веселина Първанова**

Клиника по лъчелечение.

В: Учебна книга-текстове за продължаващо медицинско обучение. 2012,
Клинично поведение при простатен карцином.Трета национална конференция 11-13 октомври 2012, Варна- с.149-157.

Въведение:

Три са радикалните методи при лечение на локализиран простатен карцином (ПК):радикална простатектомия (РП), перкутанно лъчелечение (ПЛЛ) и брахитерапия (БТ), които при подходящ подбор на болни дават отлични лечебни резултати.

.....

39. ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ НА ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕТО.

Веселина Първанова, Нели Гешева, Елена Пиперкова

В: Медицинска онкология, ред.К.Тимчева, Ел.Кръстева, В.Цекова
Парадокс, София 2012, с.91-124.

Въведение:

Хирургичният и лъчелечебният са двата основни локални метода на лечение в онкологията, които се съчетават със системно противотуморно медикаментозно лечение, съобразно онкологичните стандарти. Историята на лъчелечението датира от 1896 г. с откриването от Вилхелм Рентген на така наречените X лъчи, както и на естествената и изкуствена радиоактивност от Анри Бекерел и семейство Кюри, отличени с Нобелова премия за физика. Лечението с йонизиращи лъчения се използва още в първите години на XX век при рак на млечната жлеза, маточната шийка и някои неонкологични заболявания .

В зависимост от мястото на радиоактивния източник спрямо тялото на болния се различават Перкутанно или „външно“ лъчелечение (теле-терапия), което се осъществява чрез уредби, генериращи йонизиращо лъчение на разстояние от болния, което преминава през кожата и прониква на различна дълбочина в зависимост от енергията на лъчението. При „вътрешното“ лъчелечение радиоактивните източници се поставят непосредствено в тъканите или в кухини от тялото на болния, като в първите години методът се нарича Кюритерапия, а впоследствие Брахитерапия, с произход от гръцкия корен на думата „близо“. В последните десет години с уредби за перкутанно лъчелечение или брахитерапия се прилага все по-успешно Интраоперативно лъчелечение, което лесно се интегрира с други лечебни методи в лъчелечението и онкология.

.....

40. ПРЕДОПЕРАТИВНО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ РЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ-ПОЛЗИ И ПРОБЛЕМИ.

Първанова, В*., И. Михайлова*, П. Първанов***

*Клиника Лъчелечение, СБАЛ по Онкология, София, **Клиника по хирургия, Клиничен център по гастроентерология, УМБАЛ "Царица Йоанна-ИСУЛ", София

В: Сборник доклади от Националната конференция по хирургия – „Критерии за решения в онкологичното хирургия“, 18 юни 2013 г.

Резюме:

Резултатите постигнати при самостоятелно хирургично лечение на локално авансирания карцином на ректума (II и III стадий) не са задоволителни. Локални рецидиви от 10 до 65%, и обща преживяемост от 30 до 65%, наложиха съчетаването на лъчелечението и химиотерапията в различни схеми с хирургията за подобряване на локалния контрол и далечното метастазиране с цел подобряване на лечебните резултати. Комбинирането на трите онкологични метода в различни схеми: предоперативно, следоперативно, самостоятелно или едновременно е в процес на развитие, като се сравняват постигнатите лечебните резултати, локална и обща токсичност.

Предимствата от предоперативното лъчелечение в сравнение със следоперативното са свързани главно с: възможността за цялостно КТ и МРТ визуализиране на първичния тумор и неговото разпространение при дефиниране на лъчелечебния обем, по-високата лъчечувствителност на оксигенираните преди операцията туморни клетки, предотвратяване на интраоперативна имплантация на туморни клетки, повишаване възможността за сфинктеросъхраняващи операции и с по-ниските лъчева усложнения, поради липса на обичайните следоперативни адхезии с тазовия перитонеум.

Въпреки очакваните предимства от предоперативното лъчелечение има проучвания, които не отчитат повлияване на безрецидивния период и общата преживяемост при дългогодишно проследяване. Използването на предоперативното стадиране на ректалния карцином с МРТ селектира болните с T1-2 No за които се счита, че предоперативното ЛЛ не води до клинична полза. При авансиралите форми на ректален карцином предоперативното лъчелечение, самостоятелно в кратък курс 5x5 Gy или в 25 дневен режим до обща доза 50Gy комбинирано с химиотерапия остава стандартен лечебен подход.

Ключови думи: локално авансирал ректален карцином, предоперативно лъчелечение