



# К вопросу о классификации и формулировке диагноза в онкологии

Н. И. Базаров, С.Н.Мухсин-заде, Н.М. Рахимов, М.Т. Рахматов  
Кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Статья посвящена классификации, правильной формулировке диагноза с указанием стадии, распространённости по международной системе TNM, клинической группы, эффективности терапии онкологического больного.

До настоящего времени большинство направлений, выписок из амбулаторных карт, историй болезни больных с опухолями, направляемых в специализированные онкологические клиники, имеют ряд недостатков, а именно – формулировка диагноза носит не конкретный и малоинформативный характер, например: обследование, опухоль головы, мозга, шеи, грудной полости, лёгкого, брюшной полости, желудка, кишечника, конечностей и так далее. То есть в этих направлениях и выписках не отражены клиническая топографо-анатомическая локализация, результаты рентгенологических, эндоскопических, морфологических и других исследований, стадии распространённости по международной системе TNM, клинические группы, эффективность лечения онкологического пациента.

Вышеприведённые факты неправильной формулировки диагноза могут негативно отразиться на психике пациента, когда дублируются обследования, проведённые ранее в других клиниках, тем самым подрывается доверие к врачам первичного звена. А в случае проведения неадекватной терапии без учёта морфологического строения, стадии, распространённости злокачественного новообразования (ЗН), можно наблюдать продолжение роста, рецидивирование, метастазирование и генерализацию этих образований, тем самым упускается драгоценное время для рационального лечения, и этим ухудшается прогноз излечения онкологического больного.

**Ключевые слова:** опухоли, классификация доброкачественных опухолей и злокачественных новообразований по международной системе TNM, правильная интерпретация онкологического диагноза

Онкологические заболевания поражают не только людей пожилого возраста, но также население активного трудоспособного возраста и детей. Это не только наносит большой экономический ущерб государству, но ставит перед здравоохранением ряд сложных организационных проблем. Для их решения необходимы два основных условия: научно-обоснованная система организации специализированной службы; материально-техническая база и её полноценное обслуживание.

Вышеупомянутое включает в себя своевременное и широкое внедрение в практику здравоохранения современных достижений медицинской науки и техники в области профилактики, ранней диагностики и лечения заболевших [1-4].

Появление и развитие опухоли в организме сопровождается рядом характерных клинических проявлений, что носит черты болезни. В связи с этим, правильнее говорить о классификации онкологиче-

ских заболеваний. Для определения прогноза все опухоли условно делят на 2 большие группы – доброкачественные (имеют капсулу, экспансивный рост, высокодифференцированную структуру, мало митозов, медленный рост, не метастазируют) и злокачественные (капсула отсутствует, инфильтрирующий рост, недифференцированные, анаплазированные структуры, много митозов, быстрый рост, метастазируют). Некоторые новообразования нельзя утвердительно отнести ни к доброкачественным, ни к злокачественным, так как они обладают признаками обоих типов (примером может служить базалиома, десмоид – морфологически близкие к доброкачественным поражениям, но способны к инфильтрирующему росту, не имеют капсулы и склонны к рецидивам после удаления). Вместе с тем, отдалённые метастазы при некоторых новообразованиях растут очень медленно – десятилетиями (карциноиды). В настоящее время активно разрабатываются классификации, учитывающие генетические и молекулярно-биологические параметры опухолей.



Комплексный анализ статистически обработанных данных о состоянии онкологической помощи населению даёт возможность обоснованного планирования противораковых мероприятий, а также решения практических, научных и других задач, кроме того, для большей конкретизации учёта все пациенты с новообразованиями распределены на 4 клинические группы. К первой клинической группе относятся пациенты с неясной клинической картиной заболевания, которые подразделяются с подозрением на злокачественную опухоль (Ia группа), а также больные с доброкачественными опухолями и предопухолевыми заболеваниями (Iб группа). После тщательного клинико-рентгено-морфологического исследования и установления диагноза, больных Ia группы снимают с онкологического учёта или переводят в другие группы. Больных Iб клинической группы берут на диспансерный учёт и в отношении их осуществляют адекватное лечение и наблюдение. Когда больные Iб группы с облигатным предраком или злокачественными опухолями поступают на лечение в специализированные онкологические учреждения, их учёт осуществляется по "Контрольной карте диспансерного наблюдения (онко)" (Ф. № 030/6/у). Углублённое обследование больных Ia клинической группы должно быть организовано не позднее, чем через 10 дней с момента взятия на диспансерный учёт (госпитализация с целью обследования и/или специального лечения при подтверждении диагноза). В это время роль онколога в поликлинике становится ведущей, в первую очередь, как консультанта лечащего врача, поскольку не так редко вопрос о подозрении на опухолевое заболевание может быть снят сразу же после консультации квалифицированного онколога. В случае необходимости онколог поликлиники имеет возможность провести направленное дополнительное обследование. Онкологическая грамотность и настороженность врача общей сети позволяет выделить из потока больных тех, кто действительно нуждается в консультации онколога.

Больных со злокачественными опухолями, подлежащих специальному и радикальному лечению, относят ко II группе. Для больных этой группы заполняется «Извещение больному впервые в жизни пациенту установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (Ф. № 090/у). Извещение должно высылаться в трёхдневный срок после его заполнения, в онкологическое учреждение, обслуживающее население данной территории. Оно составляется всеми клиницистами общей и специальной лечебной сети. Ко II клинической группе следует относить больных со ЗН, которые могут быть полностью излечены, а также тех, у которых может быть достигнута длительная ремиссия. В составе II клинической группы выделяют подгруппу IIa – больные, подлежащие радикальному лечению. Работа с больными II клинической группы, подлежащими специальному лечению, находится, как правило, в

компетенции онкологов. После проведения лечения онкологического больного, заполняется «Выписка из медицинской карты стационарного больного» (Ф. № 027 – 1/у).

В III группу включают пациентов, которым проведено лучевое, хирургическое, комбинированное, комплексное лечение и которые практически здоровы (взрослые – более пяти лет, а дети – более 3 лет). Лица этой группы, в случае возникновения у них рецидивов заболевания, переводятся в группу II или в группу IV, если специальное лечение не показано в связи с распространённостью ЗН.

К IV клинической группе относятся все больные с запущенными злокачественными опухолями, подлежащие лишь паллиативному и симптоматическому лечению. В случае, когда выявлена запущенная опухоль, заполняется «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования» (Ф. № 027-2/у). При ведении больных IV клинической группы, первично выявленных или переведённых в связи с генерализацией опухолевого процесса и бесперспективностью дальнейшей противоопухолевой терапии, ведущая роль принадлежит отделениям паллиативной помощи, врачам поликлиник и стационаров общей лечебной сети.

Международная классификация болезней (МКБ) – система рубрик с конкретными нозологическими единицами. МКБ основывается на трёхзначном коде для каждого заболевания. Онкология занимает 2 раздела – C (злокачественные опухоли) и D (рак на месте и доброкачественные опухоли). В 1990г. было опубликовано 2-е издание международной классификации онкологических болезней (МКБ-О), для использования в базах данных, онкологических реестрах и в патологоанатомических отделениях больниц. МКБ-О позволяет более подробно указывать локализацию первичного очага. Патоморфологический код имеет 5 знаков: первые четыре обозначают гистологический тип, пятый – биологические свойства опухоли [0 – доброкачественная опухоль; /1 – неясно доброкачественная или злокачественная опухоль; /2 – неинвазивный рак (insitu, внутриэпителиальный, неинфильтративный); /3 – ЗН, первичный очаг; /6 – ЗН, метастаз; /9 – ЗН, неясно, первичный или метастатический очаг]. Примером может служить плоскоклеточный, умеренно дифференцированный рак, который имеет код M-8070/32. Этот код при формулировании диагноза не указывают, но он необходим в научных исследованиях и при подготовке международных публикаций.



## Общие сведения о международной системе TNM классификации злокачественных опухолей

### 1. Введение

Система TNM для классификации злокачественных опухолей была разработана французом P.Denoix в 1943-1952 гг. В 1953г. Комитет по номенклатуре опухолей и статистике, организованный UICC, и Международная комиссия по стадированию рака достигли соглашения по классификации анатомической распространённости опухолей на основе системы TNM. В 1954г. Международный противораковый союз (UICC) создаёт Комитет по клинической классификации и прикладной статистике, который в 1958г. публикует первые рекомендации по клинической классификации рака молочной железы и гортани.

В результате многолетней деятельности Комитета в 1968г. издаётся первая редакция TNM классификации злокачественных опухолей. По мере разработки классификации для новых локализаций опухолей и уточнения более ранних рекомендаций в 1974, 1978, 1987 и 1997 гг. публикуются 2-я, 3-я, 4-я и 5-я редакции.

Настоящая (6-я) редакция правил классификации и стадирования полностью соответствует 6-й редакции руководства по стадированию рака и одобрена всеми национальными TNM комитетами в 2002 году.

UICC признаёт необходимость постоянства TNM классификации в течение определённого периода времени, необходимого для накопления данных. Поэтому классификация не должна изменяться до тех пор, пока не будут сделаны крупные достижения в диагностике и лечении злокачественных опухолей, требующих пересмотра настоящей классификации.

### 2. Общие правила системы TNM

TNM – система для описания анатомической распространённости болезни основывается на оценке 3 компонентов:

T – распространение первичной опухоли;  
N – отсутствие или наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах и степень их поражения;  
M – наличие или отсутствие отдалённых метастазов.

К этим трём компонентам добавляются цифры, указывающие на распространённость злокачественного процесса: T0, T1, T2, T3, T4; N0, N1, N2, N3; M0, M1.

В действительности система является «стенографическим» описанием распространённости злокачественной опухоли.

Общие правила классификации, применяемые для опухолей всех локализаций, следующие:

2.1. Все случаи должны иметь морфологическое подтверждение. Неподтверждённые случаи должны рассматриваться отдельно.

2.2. Для каждой локализации имеются две классификации:

2.2.1. Клиническая классификация, обозначаемая TNM (или cTNM). Она основывается на результатах обследования до лечения. Эти данные получают при врачебном осмотре, лучевой диагностике, эндоскопии, биопсии, хирургическом диагностическом вмешательстве и других методах обследования.

2.2.2. Патологическая классификация, обозначаемая pTNM. Она основана на данных обследования до лечения, дополненных или изменённых в результате хирургического вмешательства и морфологического исследования. Гистологическая оценка первичной опухоли включает резецированную опухоль или биопсию, позволяющую оценить наивысшую T категорию. Гистологическая оценка регионарных лимфатических узлов включает исследование удалённых узлов в количестве, адекватном для установления отсутствия метастазов в регионарных лимфатических узлах (pN0) и достаточном для оценки наиболее высокой pN категории. Отдалённые метастазы должны быть подтверждены при микроскопическом исследовании (pM).

2.2.3. После обозначения T, N, M и/или pT, pN и pM категорий они могут группироваться по стадиям. TNM классификация и стадии, установленные однажды, должны оставаться неизменными в медицинских документах. Клиническая стадия служит основой для выбора лечения, тогда как патологическая стадия обеспечивает наиболее точные данные для оценки прогноза и расчёта конечных результатов.

2.2.4. При сомнении в правильности оценки T, N или M категории должно быть выбрано меньшее значение категории (т.е. меньшее распространение опухоли).

2.2.5. В случае множественных опухолевых очагов в органе, должна классифицироваться опухоль с более высокой T категорией, а в скобках указываться множественность (m) или количество опухолей, например: T2(m) или T1(5). При одновременном поражении парных органов каждая опухоль должна классифицироваться отдельно. При опухолях печени, яичников и фаллопиевой трубы множественные очаги поражения являются критерием T классификации.

Целесообразно отметить, что согласно критерию программы SEER, выявление второй опухоли в одном органе в течение 2 месяцев с момента выявления первой нужно расценивать как синхронное поражение.



2.2.6. TNM категории и стадия могут подразделяться или объединяться для клинических и научных целей (например, любые T, N или M могут быть разбиты на подгруппы). Однако рекомендованные основные обозначения не должны изменяться.

### 3. Анатомические области и локализации

Локализации в этой классификации обозначаются кодовым номером Международной классификации онкологических болезней.

### 4. TNM/pTNM классификация

Используются следующие общие определения:

4.1. T/pT – первичная опухоль:

$T_x/pT_x$  – первичная опухоль не может быть оценена;

$T_0/pT_0$  – нет доказательств первичной опухоли;

$T_{is}/pT_{is}$  – рак «in situ»;

$T_1/pT_1$ ,  $T_2/pT_2$ ,  $T_3/pT_3$ ,  $T_4/pT_4$  – размер или местное распространение опухоли в порядке увеличения.

4.2. N/pN – регионарные лимфатические узлы:

$N_x/pN_x$  – регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены;

$N_0/pN_0$  – отсутствуют метастазы в регионарных лимфоузлах;

$N_1/pN_1$ ,  $N_2/pN_2$ ,  $N_3/pN_3$  – возрастающее поражение регионарных лимфатических узлов.

Непосредственное распространение первичной опухоли на лимфатические узлы классифицируется как метастазы в лимфатических узлах. Метастаз в любом лимфоузле, не относящемся к регионарному, расценивается как отдалённый метастаз.

Опухолевый узел в области регионарных лимфатических узлов, не имеющий гистологических признаков лимфоузла, классифицируется как метастаз в регионарном лимфатическом узле, если имеет форму и ровный контур лимфатического узла. Опухолевый узел с неровным контуром классифицируется в pT категории.

Когда размер является критерием pN классификации, производится измерение метастатического очага, а не всего лимфатического узла.

Случаи с микрометастазами, когда размеры метастазов не превышают 0,2 см, могут обозначаться добавлением «(mi)», например:  $pN_{1(mi)}$  или  $pN_{2(mi)}$ .

4.3. M/pM – отдалённые метастазы:

$M_x/pM_x$  – отдалённые метастазы не могут быть оценены;

$M_0/pM_0$  – нет отдалённых метастазов;

$M_1/pM_1$  – имеются отдалённые метастазы;

Категория M может быть в дальнейшем специфицирована в соответствии со следующими обозначениями:

Лёгкие	PUL	Костный мозг	MAR
Кости	OSS	Плевра	PLE
Печень	HEP	Брюшина	PER
Головной мозг	BRA	Надпочечники	ADR
Лимфоузлы	LYM	Кожа	SKI
Другие	OTH		

4.4. Подразделения TNM.

Главные категории в классификации могут иметь подразделения, придающие критерию большую специфичность (например;  $T_{1a,1b}$  или  $N_{2a,2b}$ ).

4.5. Сигнальный лимфоузел.

Это первый лимфоузел, получающий лимфу из первичной опухоли. Если в нём имеется метастаз, то и другие лимфоузлы могут быть поражены. Если этот лимфоузел не поражён, то и наличие метастазов в других узлах маловероятно. Иногда встречается несколько сигнальных лимфоузлов.

При оценке сигнального лимфоузла применяются следующие определения:

$pN_{x(sn)}$  – сигнальный узел не может быть оценен;

$pN_{0(sn)}$  – нет поражения сигнального узла;

$pN_{1(sn)}$  – есть поражение сигнального узла.

4.6. Отдельные опухолевые клетки.

Отдельные опухолевые клетки (ИТС) представляют собой единичные опухолевые клетки или маленькие кластеры клеток не более 0,2 мм в наибольшем измерении, которые обычно выявляются иммуногистохимическими или молекулярными методами (при окраске гематоксилин-эозином). ИТС обычно не демонстрируют метастатической активности (пролиферацию или реакцию стромы) или инвазии стенок сосудистого или лимфатического синуса. Случаи с ИТС в лимфатических узлах или отдалённых органах и тканях должны классифицироваться как  $N_0$  или  $M_0$ , соответственно.

Это же применимо и к случаям, когда наличие опухолевых клеток или их компонентов подтверждается неморфологическими исследованиями, такими как проточная морфометрия или анализ ДНК.

Случаи с ИТС должны анализироваться отдельно.

Классификация ИТС:

$pN_0$  – гистологически не выявляются метастазы в регионарных лимфатических узлах, не проводились исследования по выявлению ИТС;

$pN_{0(i)}$  – гистологически нет метастазов в регионарных лимфатических узлах, негативные морфологические данные по выявлению ИТС;



$pN_{0(i+)}$  – гистологически нет метастазов в регионарных лимфатических узлах, позитивные морфологические данные по выявлению ИТС;  
 $pN_{0(mol-)}$  – гистологически нет метастазов в регионарных лимфатических узлах, негативные неморфологические данные по выявлению ИТС;  
 $pN_{0(mol+)}$  – гистологически нет метастазов в регионарных лимфатических узлах, неморфологическими методами выявляются ИТС.

При исследовании ИТС в сигнальном лимфоузле, к обозначениям вышеприведённой классификации в скобках указывается «(sn)», например:  $pN_{0(i+)}(sn)$ .

Отдельные опухолевые клетки, выявленные в костном мозгу морфологическими методами, классифицируются аналогично схеме для N, например:  $pM_{0(i+)}$ , а неморфологическими –  $pM_{0(mol+)}$ .

### 5. Гистопатологическая дифференцировка

Это стадирование позволяет оценить степень агрессивности опухолей некоторых гистологических типов и может влиять на прогноз и выбор лечения.

Для большинства локализаций выделяется 4 степени дифференцировки опухолей:

- G<sub>1</sub> – хорошо дифференцированные;
- G<sub>2</sub> – умеренно дифференцированные;
- G<sub>3</sub> – низко дифференцированные;
- G<sub>4</sub> – недифференцированные.

При наличии различных степеней дифференцировки в опухоли, указывается наименее благоприятная степень.

Саркома костей и мягких тканей классифицируется также с использованием градаций «высокая степень» и «низкая степень» дифференцировки.

Для некоторых форм рака (молочной железы, тела матки, печени) рекомендуются специальные системы стадирования по степеням.

### 6. Дополнительные дескрипторы

Для идентификации особых случаев в TNM/pTNM используются символы m, y, r и a. Хотя они не влияют на группировку по стадиям, но указывают опухоли, которые должны анализироваться отдельно:

m – используется для обозначения множественных опухолей одной локализации;  
y – в тех случаях, когда классификация приводится в течение или после проведения комбинированного (многокомпонентного) лечения, cTNM или rTNM категория обозначается префиксом «y», например: ycTNM или yrTNM. При оценке распространения опухоли до начала комбинированного лечения символ «y» не исключается;

r – рецидив опухоли после радикального лечения при классификации обозначается префиксом «r» (rcTNM или rpTNM);

a – применяется для обозначения классификации опухолей, впервые выявленных при аутопсии.

### 7. Необязательные дескрипторы

7.1. L – инвазия лимфатических сосудов. Классифицируется как L<sub>x</sub>, L<sub>0</sub> и L<sub>1</sub>.

7.2. V – инвазия вен.

Классифицируется как V<sub>x</sub>, V<sub>0</sub>, V<sub>1</sub> (микроскопическая инвазия) и V<sub>2</sub> (макроскопическая инвазия). Макроскопическое вовлечение стенки вены при отсутствии опухоли в просвете сосуда классифицируется как V<sub>2</sub>.

7.3. C-фактор.

C-фактор или «фактор надёжности» отражает достоверность классификации с учётом использованных методов диагностики. Его использование не является обязательным.

Определения C-фактора:

C<sub>1</sub> – данные стандартных диагностических методов (осмотр, пальпация, рентгенологическое исследование, эндоскопическое исследование);

C<sub>2</sub> – данные, полученные при использовании специальных диагностических методов (рентгенологическое исследование в специальных проекциях, томография, компьютерная томография, ультразвуковое исследование, лимфография, ангиография, скintiграфия, магнитно-резонансная томография, эндоскопия, биопсия, цитологическое исследование);

C<sub>3</sub> – данные хирургического диагностического вмешательства, включая биопсию и цитологическое исследование;

C<sub>4</sub> – данные, полученные после радикальной операции и гистологического исследования удалённого препарата;

C<sub>5</sub> – данные патологоанатомического вскрытия.

Степени C-фактора могут использоваться при описании категорий T, N и M (например: T<sub>3</sub>C<sub>2</sub>, N<sub>2</sub>C<sub>1</sub>, M<sub>0</sub>C<sub>2</sub>).

Клиническая классификация TNM соответствует C<sub>1</sub>, C<sub>2</sub> и C<sub>3</sub> степеням, тогда как rTNM эквивалентна C<sub>4</sub>.

8. Классификация остаточных опухолей (R)TNM/pTNM классификация описывает анатомическую распространённость опухоли без рассмотрения вопросов лечения. R-классификация описывает статус опухоли после лечения. Она отражает эффект лечения и является прогностическим фактором. При R-классификации оценивается не только первичная опухоль, но и остающиеся отдалённые метастазы. Эта классификация может применяться после хирургического лечения, лучевой или химиотерапии, а также после комбинированного лечения. После консер-



вативного лечения остаточная опухоль оценивается клиническими методами. После хирургического лечения R-классификация требует тесного сотрудничества хирурга и морфолога.

Случаи с макроскопически определяемой остаточной опухолью ( $R_2$ ) могут подразделяться на  $R_{2a}$  (без микроскопического подтверждения) и  $R_{2b}$  (микроскопически подтверждённые).

$R_0$  группа может включать больных как с  $M_0$ , так и с  $M_1$ . В последнем случае отдаленные метастазы, как и первичная опухоль, должны быть полностью удалены. Трудности с R-классификацией могут возникнуть при удалении опухоли по частям, а не «enblok». В таких случаях уместна категория  $R_x$ .

Наличие микроскопически определяемой инвазивной опухоли по линии резекции классифицируется как  $R_1$ , а в случае неинвазивной карциномы –  $R_{1(is)}$ .

### 9. Группировка по стадиям

Комбинация всех значений дескрипторов TNM позволяет получить 24 категории TNM, описывающие распространённость опухоли. Для табличного представления данных и анализа эти категории объединяются в ограниченное количество групп – стадий. Каждая стадия более или менее однородна по прогнозу и критерию выживаемости относящихся к ней больных.

Карцинома «in situ» относится к стадии 0, а опухоли с отдалёнными метастазами – к стадии IV (за исключением некоторых локализаций, например, папиллярного и фолликулярного рака щитовидной железы).

Для патологической стадии необходимо морфологическое исследование достаточного количества тканей, позволяющее оценить наибольшее значение T и N. Если же имеется морфологическое подтверждение отдалённых метастазов, то и классификация (pM1) и стадия являются патологическими.

Термин «стадия» употребляется только для комбинаций T, N, M или pT, pN или pM категорий. Необходимо избегать выражений типа «T стадия» или «N стадия».

Оценку эффективности лечения ЗН проводят на основании субъективных ощущений больных и объективных клинических, параклинических показателей.

Субъективный эффект (СЭ) выражался в числе суток, когда исчезали боли, уменьшались в размерах опухолевые очаги.

Объективными критериями оценки эффективности лечения ЗН являются: полная регрессия (ПР) – исчезновение всех опухолевых поражений;

частичная регрессия – больше или равное 50% уменьшение всех или отдельных опухолей при отсутствии прогрессирования других очагов (ЧР); стабилизация – уменьшение более чем на 50% опухоли, при отсутствии новых поражений, или увеличение не более чем на 25% (С); прогрессирование – большее или равное 25% увеличение размеров опухолей или появление новых поражений (П).

Правильно сформулированный диагноз при злокачественных опухолях позволяет адекватно ориентироваться в проведении лечения, оценки прогноза и, тем самым, решать медико-социальные и экономические проблемы.

При формулировке диагноза у онкологического пациента используют номенклатуру МКБ-10, с указанием нозологической единицы, органа поражения, распространённости опухоли (стадии, TNM), отражением этапов и эффективности лечения. Применение современных высокоэффективных технологий обследования стадии распространения опухолевого процесса у онкологического больного может меняться в зависимости от чувствительности опухоли к способам терапии, однако после проведения радикального или паллиативного лечения стадию менять нельзя. В нейроонкологии классификацию по стадиям заболевания не применяют, а оценку распространённости по системе TNM используют при метастазах рака в головном мозге либо при вторично-вросших в полость черепа новообразованиях. При существенном влиянии на прогноз или выбор метода лечения приветствуется указание гистологического типа или подтипа (медуллярный рак щитовидной железы, перстневидно-клеточный рак желудка, мелкоклеточный рак лёгкого). Применение всех способов воздействия на опухолевый процесс должно указываться в окончательной формулировке диагноза с использованием шаблона «состояние после...». Примерами типичного построения диагноза онкологического больного могут быть следующие:

1. Основное заболевание. Амелобластома ментального фрагмента нижней челюсти, 1б клиническая группа, состояние после сквозной резекции нижней челюсти на уровне 5 зубов с замещением дефекта костным ксенотрансплантатом (ребро телёнка) в ноябре 1997г., эффективность хирургического лечения – заживление послеоперационной раны первичным натяжением, признаков продолженного роста, рецидива опухоли нижней челюсти нет. Осложнения. Анемия лёгкой степени тяжести. Сопутствующие заболевания. Обструктивный хронический бронхит.

2. Основное заболевание. Полиморфная аденома правой околоушной слюнной железы, 1б клиническая группа, состояние после субтотальной резекции правой околоушной слюнной железы по Редону в декабре 1998г., эффективность хирургического



лечения – заживление послеоперационной раны первичным натяжением, признаков продолженного роста, рецидива опухоли околоушной слюнной железы нет. Осложнения. Посттравматический парез щёчной ветви лицевого нерва справа лёгкой степени тяжести. Сопутствующие заболевания. Гипертоническая болезнь I типа, стенокардия напряжения.

3. Основное заболевание. Первично-множественный синхронный обширный кавернозный гемангиоматоз (артериовенозный) нижней зоны лица (кожи-слизистой щеки, подбородка, губы), переднего отдела слизистой дна полости рта, тела языка справа 1б клиническая группа, состояние после перевязки наружной сонной артерии справа, склерозирующей терапии и обшивания кавернозных гемангиоматозных очагов нижней зоны лица в январе 1999г., эффективность хирургического лечения – заживление послеоперационной раны вторичным натяжением ротовой полости, признаков продолженного роста сосудистых опухолевых очагов нет. Осложнения. Посттравматический свищ подбородочной области. Сопутствующие заболевания. Анемия лёгкой степени тяжести.

4. Основное заболевание. Базальноклеточный рак кожи теменно-височной области свода черепа справа II стадии, T3N0M0; II клиническая группа, состояние после близкофокусной лучевой терапии в мае 2000г., эффективность терапии – стабилизация опухолевого процесса и адекватное иссечение базальноклеточного рака кожи теменно-височной области свода черепа с замещением дефекта свободным кожным трансплантатом с передней поверхности бедра справа. Осложнения. Постлучевой сухой эпителиит. Сопутствующие заболевания. Атеросклеротический коронарокардиосклероз, пневмосклероз.

5. Основное заболевание. Первично-множественный метакронный рак: 1. Рак печёночного угла толстого кишечника III стадии, T2N1M0; II клиническая группа, состояние после правосторонней гемиколиэктомии в 2011г. и двух курсов химиотерапии в 2012г., эффективность терапии – признаков рецидива, метастазов опухоли печёночного угла толстого кишечника нет. 2. Периферический рак верхней доли левого лёгкого II стадии, T3N0M0; II клиническая группа, состояние после верхней лобэктомии в 2009г. Осложнения. Анемия средней степени тяжести. Сопутствующие заболевания. Атеросклеротический коронарокардиосклероз, пневмосклероз. Хронический обструктивный бронхит. Диагноз, выставленный онкологическому пациенту без указания стадии или распространённости по международной системе TNM, считается неполноценным.

Таким образом, правильно сформулированный диагноз с учётом локализации, морфологического строения, применением распространённости опухоли (стадии, международной системы TNM), оценка эффективности проведённого лечения при ЗН позволяют правильно ориентироваться в проведении диагностики, дальнейшего лечения, оценки прогноза и, тем самым, адекватно решать медико-социальные и экономические проблемы онкологического пациента.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Базаров Н.И. Руководство по клинической онкологии / Н.И. Базаров // Душанбе. -2012. - «Шарки озод». - С.14-83.
2. Базаров Н.И. Руководство по клинической онкологии. Часть 1 / Опухоли челюстно-лицевой области и шеи / Н.И. Базаров // Душанбе. - 2013. - «Шарки озод». - С. 93-142.
3. Бернадский Ю.И. Злокачественные новообразования. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.М. Бернадский // 3-е изд. перераб. и допол. - М.Мед. литер. - 2003. - С.321-386.
4. Пачес А.М. Опухоли головы и шеи /А.М. Пачес //4-е изд. М.:Медицина. - 2000. - 479 с.



# Summary

## Towards classification and formulation of diagnosis in oncology

N.I. Bazarov, S.N. Muhsin-zade, N.M. Rakhimov, M.T. Rahmatov

*Chair of Oncology Avicenna TSMU*

Article deals with the classification, correct formulation of diagnosis, indicating the stage, prevalence of the TNM international system, clinical group, the effectiveness of cancer patients therapy.

Until now, most cards for hospitalization, discharges from outpatients, case records of patients with tumors directed to specialized cancer clinics, have several drawbacks – namely, the wording diagnosis is not specific and uninformative, such as: inspection, cancer of the head, brain, neck, thoracic cavity, lung, abdominal cavity, stomach, intestine, limbs and so on. That is, in directions and discharges do not reflect the clinical, topographic, anatomical localization, the results of radiological, endoscopic, morphological and other studies, the stages by the TNM international system, clinical groups, the effectiveness of treatment of cancer patients.

The above facts of incorrect formulation of the diagnosis may adversely affect the patient's mind when duplicated survey conducted earlier in other clinics, thereby undermined the credibility of the primary care physicians. And in the case of inadequate therapy without regard to the morphological structure, the stage, the prevalence of malignancy (PM), can be seen continued growth, recurrence, metastasis, and generalization of these formations, thereby missed precious time for rational treatment, and this worsens the prognosis of curing cancer patients.

**Key words:** tumors, classification of benign and malignant tumors of the international system of TNM, the correct interpretation of cancer diagnosis

### АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

**Базаров Негмат Исмаилович** –  
заведующий кафедрой онкологии ТГМУ;  
Таджикистан, г. Душанбе,  
ул. Н.Карабаева, 63/1, кв.13  
E-mail: negmatbazarov@mail.ru