

Клинические группы диспансерного наблюдения в онкогинекологии

Д.С. Огай, С.Н. Пузин, Ю.Г. Паяниди, О.Т. Богова, Е.В. Воробьева
ГБОУ ВПО МГМСУ

Контакты: Юлия Геннадьевна Паяниди raian-u@rambler.ru

В статье освещены вопросы проведения диспансеризации в различных группах онкологических больных (группы Ia, Ib, II, IIa, III) в периоды диспансерного наблюдения, восстановительной терапии и повторного лечения. Представлены классификации, используемые при диспансерном наблюдении.

Ключевые слова: онкогинекология, диспансерное наблюдение, онкологические больные

Clinical groups of dispensary observation in oncogynecology

D.S. Ogay, S.N. Puzin, Yu.G. Payanidi, O.T. Bogova, E.V. Vorobjeva
Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow

The article presents terms of dispensary, depending on the groups of patients (groups Ia, Ib; II, IIa; III) at all the times cancer patients subject to dispensary observation, restorative and periodic treatment. This article also presents a classification used in dispensary observation.

Key words: oncogynecology, dispensary observation, cancer patients

Диспансерное наблюдение пациенток после проведенного лечения в первый год осуществляется 1 раз в квартал, на второй и третий годы — 1 раз в полугодие, далее — 1 раз в год [1].

Группа Ia — пациентки с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования (ЗН).

Учетная документация: контрольная карта диспансерного наблюдения.

Тактика по отношению к больным: диагноз должен быть уточнен в течение 10 дней.

Сроки диспансеризации: в случае если больная направляется на обследование в другое лечебное учреждение, участковый врач или онколог обязаны через 7–10 дней проверить, уехала ли она на обследование.

Снятие с учета и перевод в другую клиническую группу: при подтверждении диагноза больная переводится во II или IV клиническую группу, а если диагноз не подтвержден — снимается с учета.

Группа Ib — пациентки с предопухолевыми заболеваниями.

Учетная документация: контрольная карта диспансерного наблюдения.

Тактика по отношению к больным: подлежат лечению в течение 1 мес.

Сроки диспансеризации: излеченные пациентки находятся под диспансерным наблюдением на протяжении 1 года, осматриваются 1 раз в 3 мес.

Снятие с учета и перевод в другую клиническую группу: спустя 12 мес после полного выздоровления пациентки снимаются с учета.

Группа II — больные со ЗН различной степени тяжести, подлежащие специальному противоопухолевому лечению.

Учетная документация: извещение, контрольная карта, выписка из стационара.

Тактика по отношению к больным: подлежат специальному лечению, которое следует начать не позже 7–10 дней после установления диагноза.

Сроки диспансеризации: врач, направивший больную на лечение, обязан через 7–10 дней проверить, уехала ли пациентка.

Снятие с учета и перевод в другую клиническую группу: после излечения больные переводятся в III клиническую группу. Неизлеченные пациентки остаются во II, а при появлении метастазов — переводятся в IV клиническую группу (если радикальное лечение им противопоказано).

Группа IIa — больные со ЗН, подлежащие радикальному лечению.

Группа III — практически здоровые пациентки, перенесшие радикальное лечение по поводу ЗН.

Учетная документация: заводится новая, если больная ранее на учете не состояла, если же состояла на учете, то в контрольной карте меняется клиническая группа.

Тактика по отношению к больным: на протяжении всей жизни они подлежат диспансерному наблюдению, восстановительному и периодическому общеукрепляющему лечению [2].

Сроки диспансеризации: пациентки осматриваются 1 раз в 3 мес в первый год после излечения, 1 раз

в 6 мес — на 2–3-й годы, далее — 1 раз в год после 3 лет. С учета не снимаются, а при возникновении рецидива или метастазов переводятся во II или IV клиническую группу [3].

Группа IV — больные со ЗН, подлежащие только симптоматическому лечению.

Учетная документация: в случае если запущенная стадия выявлена при первом обращении, заполняются извещение, контрольная карта и протокол на запущенный случай ЗН.

Тактика по отношению к больным: показано симптоматическое лечение по месту жительства, которое проводится участковым врачом.

Сроки диспансеризации: вызову на контрольные осмотры пациентки не подлежат, наблюдаются участковым врачом (план лечения вырабатывается вместе с онкологом), с учета не снимаются.

Это наиболее многочисленная клиническая группа, поскольку почти 50 % всех наблюдаемых онкологических пациенток получают симптоматическое лечение. В эту группу могут входить и больные с ранними стадиями ЗН, например, преклонного возраста, которым в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии или общим состоянием противопоказано радикальное лечение, а также пациентки, отказавшиеся от радикального лечения.

Классификации, используемые при диспансерном наблюдении

В российской онкогинекологии приняты к применению на практике несколько классификаций: отечественная, 2 международные клинические (по системе TNM — Tumor, Nodulus, Metastasis и FIGO — Международная федерация гинекологов и акушеров) и международная гистологическая.

Отечественная классификация

Отечественная классификация подразумевает деление всех ЗН на 4 (I–IV) стадии и достаточно подробно представлена во всех руководствах [4].

Римскими цифрами обозначают распространенность опухолевого процесса и размер опухоли:

I стадия — опухоль небольших размеров (до 2 см в диаметре), ограничена 1–2 слоями стенки органа, например, слизистой и подслизистой, без метастазов в лимфатических узлах (ЛУ);

II стадия — опухоль нескольких больших размеров (2–5 см) без/с одиночными метастазами в регионарных ЛУ;

III стадия — опухоль значительных размеров, проросшая во все слои органа, а иногда и окружающие ткани, или опухоль с множественными метастазами в регионарных ЛУ;

IV стадия — опухоль больших размеров, проросшая на значительном протяжении в окружающие

органы и ткани, неподвижная, не подлежащая удалению хирургическим путем, или опухоль любых размеров с неудаляемыми метастазами в ЛУ или метастазами в отдаленные органы.

Буквы русского алфавита означают: «А» — отсутствие метастазов в ЛУ, «Б» — метастазы в одиночных (до 4) ЛУ, «В» — множественное поражение ЛУ.

Международные классификации

На международном уровне терминология и классификация опухолей, используемые онкологами, сегодня достаточно унифицированы.

При участии WHO (ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения), IARS (МАИР — Международное агентство по изучению рака), UISS (Международный противораковый союз), FIGO и AJCC (Американский объединенный комитет по онкологии) совместно были разработаны общепринятые стандарты оценки клинического эффекта лечения, факторы прогноза, степени токсичного влияния химиотерапии и другие вопросы.

WHO, которая является координатором по подготовке Международной классификации болезней (МКБ), при активном участии IARS была принята специально адаптированная для онкологов Международная классификация болезней — МКБ-О (ICD-O — International Classification of Diseases for Oncology) с классификацией ЗН, в том числе онкогинекологических, по системе TNM [5].

Первое издание такой адаптации было опубликовано в 1976 г. и базировалось на МКБ-9. Второе издание, основанное на МКБ-10, было выпущено в 1990 г., т. е. за 2 года до официального последнего пересмотра МКБ (10-й пересмотр МКБ вышел в свет в июне 1992 г. и был рекомендован ВОЗ к вводу в действие с 1 января 1993 г.).

В МКБ-10 изменениям подверглась привычная система рубрик: вместо имевшихся ранее цифровых кодов (от 140 до 239), предназначенных для обозначения онкологической патологии, были введены буквенно-цифровые. В МКБ-10 первым знаком кода является одна из букв латинского алфавита (кроме «резервной» буквы U). По традиции ЗН остались во II разделе МКБ и получили буквенно-цифровые коды: от C00 до D48. Число рубрик, предназначенных для кодирования новообразований *in situ*, было увеличено в 2 раза (D00–D09) [4].

В 1993 г. в опубликованную ранее классификацию TNM были внесены некоторые дополнения:

1) усовершенствована классификация трофобластических опухолей с использованием уровня hCG и течения болезни, что позволило изменить анатомические факторы при определении финальной стадии этой нозологической формы;

2) включена новая классификация рака фаллопиевой трубы, идентичная классификации FIGO;

3) совместно с FIGO модифицированы классификация рака вульвы и шейки матки (эти классификации стали идентичными).

Последнее (5-е) издание Классификации злокачественных опухолей по системе TNM было опубликовано в мае 1997 г. [5].

В новое издание TNM внесен ряд важных изменений:

1) кодирование локализации опухолей приведено в соответствие со 2-м изданием МКБ-О (1990);

2) дополнена классификация новообразований фаллопиевой трубы, трофобласта (в последнем случае учтены как анатомические, так и другие прогностические факторы);

3) в Патологической классификации pTNM в большинстве случаев был уточнен критерий pN0 (он может применяться только в том случае, если при хирургическом вмешательстве удалено определенное число регионарных ЛУ). Например, при раке яичников был добавлен критерий pN0 (см. ниже).

Классификация TNM 5-го пересмотра идентична классификации ЗН, опубликованной AJCC в 1997 г.

Кодирование любого ЗН в МКБ-О осуществляется с помощью 10-значного кода: первые 4 знака описывают локализацию процесса, остальные 6 — характеризуют морфологический тип новообразования. В МКБ-О были использованы морфологические коды, основанные на Международной гистологической классификации опухолей (2-е издание) — от M-8000 до M-9989. Это позволило значительно расширить возможности кодирования по сравнению с МКБ-10, куда было включено только незначительное число гистологических типов опухолей.

В МКБ-О коды для обозначения топографии опухолей в основном соответствуют кодам МКБ-10 и находятся в пределах C00—C80. Характер процесса описывается дополнительной категорией, которая входит в состав морфологического кода в качестве его пятого знака.

При создании классификаций было предусмотрено четкое соответствие между кодами характера процесса в МКБ-О и в различных подразделах II раздела МКБ-10 (табл. 1).

В МКБ-О шестой знак морфологического кода обозначает степень зрелости и дифференциацию онкологического процесса — код 1—4, 9 (табл. 2).

Однако во 2-м издании МКБ-О (ICD-O, 2-е издание, 1990) остались нерешенными ряд вопросов предыдущей классификации (например, порядок кодирования множественных новообразований), также не был уточнен термин «карцинома *in situ*». Однозначно не был решен вопрос о взаимоотношении терминов «цервикальная интраэпителиальная неоплазия III степени» (cervical intraepithelial neoplasia — CIN III) и «карцинома *in situ*», классифицируемая как Tis (0) — преинвазивная карцинома.

Таблица 1. Соответствие между кодами характера процесса в классификации МКБ-О и в различных подразделах II раздела МКБ-10

Код морфологического характера МКБ-О	Соответствующая категория во II разделе МКБ-10	Термин в МКБ-10
/0	D10—D36	Доброкачественные новообразования
/1	D37—D48	Новообразования с нечетким или неясным характером
/2	D00—D09	Новообразования <i>in situ</i>
/3	C00—C76 C80—C97	ЗН установленного или предполагаемого первичного происхождения
/6	C77—C79	ЗН установленного или предполагаемого вторичного происхождения

Таблица 2. Степень зрелости и дифференциация онкологического процесса по классификации МКБ-О

Код	Степень зрелости	Термин
1	I	Высокодифференцированный
2	II	Умереннодифференцированный
3	III	Низкодифференцированный
4	IV	Недифференцированный (анapластический)
9	Степень зрелости / дифференциация или клеточный тип не определялись или не указаны	

ЗН *in situ* рассматриваются как последовательные морфологические изменения между дисплазией и инвазивным раком и подразделяются по тяжести на 3 степени, из которых III степень включает как выраженную дисплазию, так и карциному *in situ* и классифицируется в МКБ-10 в рубриках D06 и D07. К сожалению, термин CIN III используется для обозначения и карциномы *in situ*, и сильной дисплазии. Если в случае сильной дисплазии шейки матки отсутствует упоминание о CIN III, то, согласно 3-му изданию Систематизированной медицинской номенклатуры Коллегии американских патологов (SNOMED), она кодируется как сильная дисплазия другой локализации (цифровой код 74008). Такой же подход предлагается применять при кодировании аналогичных процессов во влагалище (VAIN III) и вульве (VIN III). Патоморфологи, которые не считают эквивалентными термины CIN III и «карцинома *in situ*», могут указать на характер процесса, используя пятый знак

морфологического кода (/1). Это означает, что не известно, является ли данное новообразование доброкачественным или злокачественным.

В англоязычном варианте МКБ-О термину «рак» предпочитают термины «ЗН» и «карцинома».

Некоторые изменения произошли в МКБ-О в оценке степени злокачественности. Например, пятый знак морфологического кода (/1) был заменен (/3). В частности, к категории «ЗН» отнесены карциноиды (новый код М-8240/3), цистаденомы яичников, которые характеризуются пограничной степенью злокачественности: серозные (М-8442/3), папиллярные (М-8451/3), папиллярно-серозные (М-8462/3) и др.

Еще одно различие между МКБ-О и разделом II МКБ-10 заключается в том, что пузырьный занос (код

МКБ-О С58.9, М-9100/0) в МКБ-10 кодируется не в разделе II (Новообразования), а в разделе XV (Беременность, роды, послеродовый период): категория 001.9 — пузырьный занос.

Специальная онкогинекологическая Международная классификация FIGO по стадиям процесса получила свое название от предложившей ее в 1976 г. Международной федерации гинекологов и акушеров (FIGO). Классификация FIGO, пересмотренная в 1985 г., практически идентична классификации, разработанной UISS [6].

Диагноз в онкогинекологии следует формулировать строго в соответствии с отечественной и с Международными классификациями TNM и FIGO [4–6].

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Избранные лекции по клинической онкологии. М., 2000.
2. Бенинг Л., Мартинович С.В. Справочное издание: Терапевтическая онкология. Мюнхен, 1998.
3. Онкогинекология. Руководство для врачей. Под ред. З.Ш. Гилязутдиновой,

- М.К. Михайлова. М.: МЕДпресс, 2000.
4. Фролова О.Г., Кузьмичева Р.А., Юдаев В.Н. Гинекологические заболевания в Международной статистической классификации 10-го пересмотра. Акуш гинекол 1999;(3):53–5.
5. TNM classification of malignant tumours. UISS: International Union Against Cancer.

- L.H. Sobin, Ch. Wittekind eds. 5th ed. NY: Wiley-Liss inc., 1977.
6. Rustin G.J.S., Nelstrop A.E., Bentzen S.M. et al. The Gynecologic Oncology Group experience in ovarian cancer. Ann Oncol 1999;10:1–7.
7. Резолюция V Всероссийского съезда онкологов (Казань, 4–7 октября 2000 г.). Рос онкол журн 2001;(2):52–5.