

# АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ПРИЖИЗНЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НЕОПЛАЗИЙ (ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ)

## ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFETIME DIAGNOSTICS OF MALIGNANT NEOPLASMS (ACCORDING TO AUTOPSY DATA)

Барсуков Владимир Сергеевич

Barsukov Vladimir Sergeevich

Орловский государственный университет  
Им. И.С. Тургенева

Oryol State University  
named after I.S. Turgenev

E-mail: barsukov\_vs@mail.ru

### Резюме

Своевременная и правильная прижизненная диагностика злокачественных неоплазий (ЗН) во многом определяет эффективность их лечения. В этом отношении большое значение имеет мониторинг качества клинического диагноза путем его сличения с патологоанатомическим диагнозом, установленным при аутопсии. С целью выяснения качества прижизненной диагностики ЗН были изучены материалы 401 аутопсии с наличием различных ЗН. Качество диагностики ЗН оценивали путем сличения клинического и патологоанатомического диагнозов по рубрикам основного заболевания с учетом правильности формулировок клинического диагноза. Выявлен высокий процент расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов в 34,7%, что значительно превышает таковой по всем нозологиям суммарно в больницах общего профиля. Это свидетельствует о том, что правильная прижизненная диагностика ЗН является непростой задачей для клинициста, и здесь имеются трудности как объективного, так и субъективного характера. Пути их преодоления лежат в постоянном повышении уровня диагностического мышления врачей с акцентом на онкологическую настороженность, использовании всего арсенала современных диагностических средств с правильной интерпретацией их результатов, а также в оптимизации работы первичного поликлинического звена.

**Ключевые слова:** качество прижизненной диагностики злокачественных неоплазий, клинико-анатомический анализ.

Timely and correct lifetime diagnostics of malignant neoplasms (MN) largely determines the effectiveness of their treatment. In this regard monitoring the quality of clinical diagnosis by comparing it with the pathological diagnosis established during autopsies is of great importance. In order to determine the quality of lifetime diagnostics of MN the materials of 401 autopsies with the presence of various MN have been studied. The quality of MN diagnostics has been assessed by comparing clinical and pathological diagnoses according to the headings of the underlying disease, taking into account the correctness of the formulation of the clinical diagnosis of 34,7% has been revealed, which significantly exceeds that for all nosologies in general hospitals. This indicates that correct lifetime diagnostics of MN is a difficult task for clinicians, and there are difficulties of both objective and subjective nature. The ways to overcome them lie in the constant increase in the level of diagnostic thinking of doctors with an emphasis on oncological alertness, the use of the entire arsenal of modern diagnostic tools with the correct interpretation of their results, as well as in optimizing the work of the primary outpatient link.

**Key words:** quality of lifetime diagnostics of malignant neoplasms, clinical and anatomical analysis.

### Библиографическая ссылка на статью

Барсуков В.С. Анализ качества прижизненной диагностики злокачественных неоплазий (по данным аутопсий) // Innova. - 2025. - Т. 11. - № 4. - С.7-11.

### References to the article

Barsukov V.I.S. Analysis of the quality of lifetime diagnostics of malignant neoplasms (according to autopsy data) // Innova. - 2025. - T. 11. - № 4. - P.7-11.

Своевременная и правильная прижизненная диагностика злокачественных неоплазий (ЗН) во многом определяет эффективность их лечения. В этом отношении большое значение имеет мониторинг качества клинического диагноза путем его сличения с патологоанатомическим диагнозом, установленным при аутопсии.

**Цель исследования** состояла в оценке

качества прижизненной диагностики ЗН путем сопоставления заключительного клинического диагноза с патологоанатомическим диагнозом. Это позволяет выявлять наиболее существенные дефекты клинической диагностики ЗН и тем самым способствовать повышению качества онкологической помощи.

**Материалы и методы исследования.**

Изучены материалы 401 аутопсии (228 мужчин и

173 женщины) с наличием различных ЗН. Патологоанатомические вскрытия производились в прозектурах больниц общего профиля г. Орла и Мценской ЦРБ в периоде 2018-2023 гг. Качество прижизненной диагностики ЗН оценивали сличением клинического и патологоанатомического диагнозов по рубрикам основного заболевания с учетом правильности формулировок клинического диагноза. Критериями расхождения диагнозов служили отсутствие прижизненной диагностики ЗН, сомнительный клинический диагноз (например, «возможно, опухоль легкого?»), первичная локализация ЗН указана неправильно, отсутствие рубрикации или неправильная рубрификация клинического диагноза [1-3]. Учитывалось также использование в клиническом диагнозе некорректных и поэтому неинформативных терминов вроде: «заболевание нижней трети сигмовидной кишки», «заболевание желудка», «заболевание мочевого пузыря», «объемное образование легкого» и т.п.

**Результаты и обсуждение.** У мужчин преобладали раки легкого (53), желудка (31), толстого кишечника (31), простаты (17) и поджелудочной железы (15), а также различные гемобласты (23), что в сумме составило 74,6% от общего количества ЗН. Реже встречались раки печени (11), мочевого пузыря (10), почки (5), пищевода (6), гортани (5), ротоглотки (3), а также различные неэпителиальные ЗН (9). У 10 умерших имелись злокачественные полинеоплазии (ЗПНП). Среди женщин наиболее частыми были раки толстого кишечника (46), желудка (20), поджелудочной железы (19), легкого (14) и молочной железы (11), что вместе с гемобластами (17) составило 73,4% от общего количества ЗН. Реже встречались раки почки (5), печени (3), шейки матки (8), тела матки (7), яичников (4), кожи (3), пищевода (2), мочевого пузыря (2), щитовидной железы (2), глиобластомы (4) и ЗПНП (5); в 1 случае имелась недифференцированная полиморфноклеточная саркома мягких тканей забрюшинного пространства.

На основании вышеприведенных критериев, общее количество расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов имело место в 139 случаях из 401 (34,7%), что значительно превышает процент расхождений диагнозов по всем нозологиям в больницах общего профиля. (Например, в крупных многопрофильных больницах г. Москвы в 1995-1999 гг процент расхождений по рубрике основного заболевания составлял 16,3-17,4%

[4]). У мужчин наиболее часто расхождения имелись при раке печени (54,5%), пищевода (50,0%), поджелудочной железы (40,0%), простаты (35,3%), раке ротоглотки (33,3%), легкого (30,8%), при диагностике гемобластов (30,4%) и глиобластом (33,3%). Однако наибольшие трудности вызывала прижизненная диагностика ЗН более редких видов: ангиосаркома печени (1), злокачественная мукоэпидермоидная опухоль околоушной железы (1), злокачественная мезотелиома брюшины (1), злокачественная параганглиома левого надпочечника (1) со 100% расхождением диагнозов, а также диагностика ЗПНП (9 расхождений из 10 случаев, 90%). Меньшие диагностические трудности с процентом расхождений в 13-20% имелись при раках желудка, толстого кишечника, почки и мочевого пузыря, когда в клинике наблюдалась выраженная симптоматика в виде желудочной или кишечной непроходимости, а также задержки мочеиспускания с гематурией. При раке гортани и кожи в связи с яркой клинической симптоматикой расхождений диагнозов не было. У женщин высокий процент расхождений диагнозов имелся при большинстве локализаций ЗН, особенно при раке печени (100%), тела матки (71,4%), поджелудочной железы (57,9%), легкого (51,7%), раке мочевого пузыря (50,0%), пищевода (50,0%), желудка (40,0%), ЗПНП (40%), глиобластомах (50,0%) и опухолях других локализаций, но был сравнительно низким при раке почки (20%) и толстого кишечника (13%), при раке яичников расхождений диагнозов не было.

Среди расхождений диагнозов наиболее часто фигурировала гиподиагностика ЗН (70 случаев из 139; 50,4%), неправильная диагностика первичной локализации опухоли была выявлена в 20 случаях (14,4%), формулировка сомнительного диагноза (диагноз «под вопросом») имелась в 46 случаях (33,1%). Не рубрифицированный или неправильно рубрифицированный клинический диагноз, при котором автоматически устанавливается расхождение 2 категории [2], отмечен в 20 случаях из 139 (14,4%).

При анализе причин расхождений диагнозов в первую очередь обращал на себя внимание высокий процент кратковременности пребывания онкобольных в стационаре (1-3 суток) – в 71 случае из 139 (54,9%), что, безусловно, снижало качество прижизненной диагностики. Это говорит о том, что больные со ЗН зачастую поступают в стационар по

экстренным показаниям и в тяжелом состоянии, как правило, без сопроводительной медицинской документации. За этим стоит низкая обращаемость пациентов за своевременной медицинской помощью, но также и недостаточная активность со стороны первичного поликлинического звена по патронажу лиц пожилого возраста.

Частой причиной неправильной диагностики ЗН, особенно их гиподиагностики, были различные тяжелые заболевания и патологические процессы, которые маскировали собой наличие онкопатологии. К ним относились сердечная и почечная формы артериальной гипертонии, крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз, субкомпенсированный сахарный диабет 2-го типа с симптоматикой сердечной или почечной недостаточности, алкогольная энцефалопатия, психоорганический синдром на фоне перенесенных инсультов, постковидный синдром с респираторным дистресс-синдромом, обострение хронических обструктивных болезней легких в виде пневмоний, циррозы печени с кровотечением, реже атеросклеротическая гангрена кишечника с перитонитом. Отсутствие рубрикации клинического диагноза или его неправильная рубрификация имели место у 20 умерших (14,4%), использование формулировок сомнительного диагноза отмечалось у трети умерших. Эти факты отражают плохую осведомленность врачей в правилах построения диагноза и недостаточно развитое клиническое мышление. В 10 случаях это отразилось на гиподиагностике ЗН и в 3 случаях – на неправильном определении первичной локализации опухолевого процесса. В 5 случаях из 139 (3,6%) неправильная прижизненная диагностика со 100% расхождением диагнозов была связана с редкостью конкретных ЗН: ангиосаркома печени (1), злокачественная мезотелиома брюшины (1), злокачественная параганглиома левого надпочечника (1), саркома забрюшинного пространства (1) и злокачественная мукоэпидермоидная опухоль околоушной железы (1). Однако и в этой группе мукоэпидермоидная опухоль правой околоушной железы у мужчины 65 лет, будучи доступной пальпации, могла быть диагностирована при жизни с помощью компьютерной томографии. Но у больного имелся ишемический инсульт в правой гемисфере и ввиду тяжести состояния пациента он привлекал к себе основное внимание, поэтому лечащий врач ограничился формулировкой «Гиперплазия левого шейного лимфоузла, mts?» и переместил это патологию в

рубрику сопутствующего заболевания, допустив тем самым диагностическую ошибку. Также трудна была прижизненная диагностика ЗПП, в результате у 11 умерших из 15 (73,3%) имелся неполный клинический диагноз.

Анализ расхождений диагнозов по их категориям показал существенное преобладание расхождений второй категории - 88 умерших из 139 (63,3%). Приведем 5 клинических примеров с наиболее частыми причинами расхождений диагнозов, иллюстрирующих трудности прижизненной диагностики злокачественного опухолевого процесса.

**1) Мужчина К., 69 лет,** был доставлен в терапевтическое отделение Мценской ЦРБ 18.04.2020 г с жалобами на общую слабость, тошноту, периодическую рвоту, потерю веса за полгода. В периферической крови анемия (Hb 79г/л), умеренно повышенный уровень мочевины (11,3 ммоль/л) и креатинина (0,124 ед). После фиброгастроскопии УЗИ органов брюшной полости, проведенных на 3-й день после госпитализации, был выставлен следующий **заключительный клинический диагноз.**

Основное заболевание: Заболевание антрального отдела угла желудка. Метастазы в печень, брюшину. Стеноз привратника. Раковая интоксикация. Кахексия. Желудочно-кишечное кровотечение? Хроническая полифакторная анемия средней степени тяжести.

Сопутствующие заболевания: Атрофический очаговый поверхностный гастрит. Больной провел в стационаре 9 койко-дней.

**На аутопсии** выявлена кахексия, в пилороантральном отделе желудка имелась опухоль размерами 2,5x1,5 см с уплотненными и утолщенными до 0,7 см стенками, суживающая просвет привратника. Метастатических узлов в печени и других внутренних органах не обнаружено. Миокард дряблый, вареного вида, в легких – отек. Во внутренних органах - венозное полнокровие. При гистологическом исследовании установлена тубулярная умеренно дифференцированная аденокарцинома с прорастанием подслизистого и мышечного слоев стенки и вовлечением в инфильтративный процесс нервных стволов. В сердце выраженные дистрофические изменения кардиомиоцитов.

#### **Патологоанатомический диагноз.**

Основное заболевание: умеренно дифференцированная аденокарцинома пилороантрального отдела желудка с его стенозом, прорастающая всю толщу стенки желудка и инфильтрирующая крупные нервные стволы (T2NxM0).

Осложнения: Раковая кахексия. Атрофия миокарда, венозное полнокровие внутренних органов.

Сопутствующие заболевания: Хронический атрофический гастрит с тонко- и толстокишечной гиперплазией.

**Заключение.** Причиной смерти явилась сердечная недостаточность в связи с анемией и раковой кахексией. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов 2 категории в связи с неуточненным в клиническом диагнозе заболеванием желудка. Причиной расхождения явились недообследованность больной, а также неполная рубрификация клинического диагноза (не выделена рубрика осложнений).

**2) Мужчина К., 70 лет,** был доставлен в терапевтическое отделение больницы скорой медицинской помощи г. Орла 28.01.2019 г с жалобами на значительную потерю веса тела за последние 2 месяца и выраженную слабость. В крови анемия – Нв 66 г/л. Провел в больнице 6 койко-дней. После проведенного обследования с помощью УЗИ выставлен следующий **заключительный клинический диагноз.**

Основное заболевание: Рак тела поджелудочной железы, IVст, 4 клиническая группа. Канцероматоз брюшины.

Осложнения: Асцит. Раковая интоксикация. Вторичная анемия тяжелой степени.

Сопутствующие заболевания: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз.

**На аутопсии** выраженная кахексия, брюшина и сальник со множеством узлов диаметром до 0,5 см светло-серого цвета на разрезе. Лимфатические узлы средостения увеличены до 3х3х1 см, в области ворот правого лёгкого найдено плотное серое образование 5х4х3 см, плотной консистенции. В теле и головке поджелудочной железы имелось опухолевое образование 7х7х5 см, прорастающее в парапанкреатическую клетчатку. В печени множество узлов размером до 2 см сероватого цвета.

**При гистологическом исследовании** в поджелудочной железе выявлена недифференцированная аденокарцинома с участками некроза, в лимфатических узлах брюшины и сальнике – комплексы мелкоклеточного недифференцированного рака. В печени метастазы аналогичного гистологического строения и крупнокапельная жировая дистрофия. В сердце – зернистая дистрофия кардиомиоцитов и их атрофические изменения.

#### **Патологоанатомический диагноз.**

Основное заболевание: Центральный бронхогенный мелкоклеточный рак правого лёгкого с метастазами в поджелудочную железу с распадом. Метастазы рака в регионарные и отдаленные лимфоузлы, канцероматоз брюшины (T4N3M1).

Осложнения основного заболевания: Раковая кахексия. Асцит 500 мл. Вторичная анемия тяжелой степени. Выраженная паренхиматозная дистрофия внутренних органов.

Сопутствующие заболевания: Хронический обструктивный бронхит вне обострения.

**Заключение.** Причиной смерти явилась сердечная недостаточность в связи с анемией и раковой кахексией. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов 1 категории в связи с неправильно определенной локализацией первичного опухолевого процесса по причине недообследованности больного.

**3) Женщина Б., 76 лет.** Поступила 22.07.2022 г в хирургическое отделение Мценской ЦРБ в состоянии средней тяжести с симптомами асцита. При диагностической видеолaparоскопии выявлен канцероматоз брюшины. Провела 43 к/д, умерла при явлениях нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности.

#### **Заключительный клинический диагноз.**

Основное заболевание: Злокачественное новообразование женских половых органов (яичники? матка?).

Осложнения: Канцероматоз брюшной полости. Асцит. Mts в легкие? Гидроторакс слева.

Сопутствующие заболевания: Дивертикулез сигмовидной кишки. Хронический гастрит. Кисты почек. Атеросклеротическая болезнь сердца.

**На аутопсии** выявлены левосторонний гидроторакс, канцероматоз брюшины с увеличением брыжеечных лимфатических узлов, матка неправильной формы, размерами 9,5х7,6х4,4см, полость матки заполнена серовато-коричневатой мягкой тканью, миометрий коричневатого цвета, без узлов; шейка матки 2,5х3,0х2,0см, плотная, без видимых изменений. Слизистая цервикального канала и влагалищной части шейки матки белесоватая. Просвет влагалища свободен, внутренняя поверхность белесоватая. Маточные трубы длиной 3 см, диаметром 0,3 см, укорочены. Яичники плотноваты на ощупь, уменьшены (1,8х1,5 см). Гистологически

диагностирована низкодифференцированная аденокарцинома тела матки с некрозами, в брыжеечных лимфоузлах, большом сальнике и в париетальной брюшине метастатические раковые комплексы аналогичного строения. В миокарде дистрофически-атрофические изменения кардиомиоцитов с очагами некоронарогенного повреждения.

#### **Патологоанатомический диагноз.**

Основное заболевание: Низкодифференцированная аденокарцинома тела матки с распадом, метастазами в лимфоузлы брюшной полости, большой сальник и канцероматозом брюшины (Т3М1N2).

Осложнения: Сердечная недостаточность – дистрофия миокарда, отек легких, раковый асцит (1,0 л).

Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертония, сердечная форма (масса сердца 365 гр).

**Заключение.** Причиной смерти явилась прогрессирующая сердечная недостаточность в связи с раковой интоксикацией. Расхождение клинического и патологоанатомического диагноза 2 категории в связи с отсутствием в клиническом диагнозе указаний на точную локализацию первичного опухолевого процесса, несмотря на длительный срок пребывания больной в стационаре (43 к/д). Причина расхождения - недообследованность больной, не смотря на длительное ее пребывание в стационаре (43 к/д).

**4) Женщина С., 79 лет,** инвалид 2 группы, поступила 16.02.2018 г в кардиологическое отделение больницы скорой медицинской помощи г. Орла в состоянии средней тяжести с отеками нижних конечностей и признаками нарастающей сердечной недостаточности. Умерла внезапно на 6-й день после госпитализации. В анамнезе - правосторонняя мастэктомия.

**Заключительный клинический диагноз.** Основное заболевание: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз. Стеноз аортального клапана 2 степени. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. ТЭЛА. ХОБЛ, обострение, ХЛС, декомпенсация. Заболевание молочной железы справа, мастэктомия в прошлом.

**На аутопсии** правая молочная железа отсутствует, на ее месте старый полукруглый соединительнотканый рубец. В плевральных полостях по 100 мл прозрачной желтоватой жидкости, париетальная и висцеральная плевра обеих легких с множеством плотных, белесовато-серых узелков, диаметром до 0,3 см. В легких

перибронхиально и периваскулярно участки плотной белесоватой ткани. Сердце массой 340 гр, полости сердца расширены, содержат жидкую кровь и смешанные сгустки крови. В легочном стволе обтурирующий тромб темно-красного цвета, легко выделяющийся из сосуда.

**При гистологическом исследовании** на плевре обеих легких многочисленные комплексы атипичных клеток строения умеренно дифференцированной аденокарциномы с инфильтративным ростом. В мягких тканях из области правой молочной железы опухолевых клеток не найдено. В легких среди разрастаний соединительной ткани обнаружены немногочисленные туберкулезные гранулемы с некрозами и гигантскими многоядерными клетками Пирогова-Лангханса. В легочном стволе красный тромб без признаков сращения с интимой ствола.

#### **Патологоанатомический диагноз.**

Комбинированное основное заболевание:

1) Распространенный двусторонний канцероматоз плевральных полостей, рак правой молочной железы в прошлом (операция мастэктомии 4 года назад) С 50.81; 2) Двусторонний диссеминированный туберкулез легких в состоянии вялого прогрессирования (А 15.2).

Осложнения: Тромбоэмболия лёгочного ствола. Острая лёгочно-сердечная недостаточность, венозное полнокровие внутренних органов. Хроническое легочное сердце, гипертрофия правого желудочка 0,5 см, масса сердца 360 гр., двусторонний гидроторакс. Общее венозное полнокровие, цианотическая индурация селезенки, почек, «мускатная» печень, бурая индурация легких.

Сопутствующие заболевания: Диффузный мелкоочаговый атеросклеротический кардиосклероз левого желудочка сердца. Атерокальциноз аортального клапана, атеросклероз коронарных артерий, язвенный атероматоз аорты.

**Заключение.** Причиной смерти стала тромбоэмболия легочного ствола. Расхождение диагнозов по рубрике основного заболевания 2 категории по причине недоучета данных анамнеза (правосторонняя мастэктомия в прошлом), недообследованности (отсутствие рентгенографии легких), а также ввиду не рубрицированного клинического диагноза.

**5) Больной С., 70 лет,** 19.05.2019 г был доставлен во 2-е неврологическое отделение больницы скорой медицинской помощи г. Орла в тяжелом состоянии через 1 сутки после

ухудшения состояния с жалобами на одышку и слабость. Дома отмечался генерализованный тонико-клонический эпилептический приступ. Умер на 6-сутки после госпитализации.

**Заключительный клинический диагноз.** Атеросклеротический кардиосклероз. Н2Б. Последствия перенесенного в 2016 г инсульта в бассейне правой СМА. Симптоматическая эпилепсия. Гипертоническая болезнь. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Пневмогидроторакс. Хронический эрозивный гастрит. Хронический панкреатит. Хронический калькулезный холецистит. Кахексия.

**На аутопсии** выявлены кахексия, выраженный отек головного мозга, выраженный атеросклероз церебральных сосудов. В полости брюшины около 150 мл желтоватой мутноватой жидкости, на брюшине, сальнике, брыжейке кишечника и серозной оболочке тонкого кишечника обильные мелко- и крупноузловатые образования сероватого цвета. Большой сальник размерами 20x15 см, представляет собой крупный плотный узловатый конгломерат в виде щита спереди печени. **При гистологическом исследовании** в сальнике и брюшине найдены крупные комплексы раковых клеток, образующие железистые трубочки и кистозные полости, заполненные бесцветными массами, слабо положительными при окраске на слизь. В сердце стенозирующий атерокальциноз коронарных артерий, в миокарде левого желудочка мелкие очаги соединительной ткани, неравномерная гипертрофия кардиомиоцитов с участками их атрофии. Во внутренних органах картина венозного полнокровия.

#### **Патологоанатомический диагноз.**

Комбинированное основное заболевание:

1) Злокачественная мезотелиома брюшины с ее обширным канцероматозом (C45.1); 2) ХЦВЗ - выраженный атеросклероз мозговых артерий. Атрофические изменения коры больших полушарий и нейронов мозжечка ишемического генеза. Мозговая форма артериальной гипертонии – гипертрофия миокарда, гипертензионные изменения артерий внутренних органов (I67.2).

Фоновые заболевания: Хроническая ишемическая болезнь сердца – небольшой очаг постинфарктного кардиосклероза в передней стенке левого желудочка, стенозирующий атерокальциноз коронарных артерий.

Осложнения: Раковая кахексия. Выраженный отек головного мозга. Отек легких.

Сопутствующие заболевания: Атероматоз

аорты. Калькулёз желчного пузыря.

**Заключение.** Причиной смерти больного явилась прогрессирующая сердечная недостаточность, обусловленная раковой интоксикацией и ишемической болезнью сердца. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов 2 категории по причине тяжести состояния больного, редкости данной злокачественной опухоли, а также отсутствия рубрификации клинического диагноза.

**Выводы.** Таким образом, правильная прижизненная диагностика ЗН является непростой для клинициста, в ней имеются трудности как объективного, так и субъективного характера. Об этом свидетельствует высокий процент расхождений диагнозов клинических и патологоанатомических диагнозов. Детальное выяснение причин дефектов клинической диагностики ЗН - задача для комиссий по изучению летальных исходов и общепольничных клиничко-анатомических конференций, которые, к сожалению, в настоящее время проводятся все реже. Постоянное повышение уровня диагностического мышления врачей с акцентом на онкологическую настороженность, использование всего арсенала современных диагностических средств с правильной интерпретацией их результатов, а также оптимизация работы первичного поликлинического звена будут способствовать совершенствованию прижизненной диагностики ЗН и улучшению результатов их лечения.

#### **Литература.**

1. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Автандилов Г.Г. Правила построения патологоанатомического диагноза, оформления медицинского свидетельства о смерти, сопоставления клинического и патологоанатомического диагнозов в соответствии с требованиями МКБ-10. Методические рекомендации. - М.: РАМН. - 2001.– 142 с.

2. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Автандилов Г.Г. Формулировка и сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. Методические рекомендации. - М., 2003.

3. Кактурский Л.В., Зайратьянц О.В. Клиничко-анатомические сопоставления в оценке качества медицинской помощи //Судебная медицина. - 2019;5(2). - С. 4-10.

4. Пальцев М.А., Коваленко В.Л., Аничков Н.М. Руководство по биопсийно-секционному курсу. - М.: Медицина, 2002, с. 150.