

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 10 ივნისის N4 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 11 ნოემბრის N01-283/ო ბრძანებით

პირის ღრუსა და ბაგეების ავთვისებიანი სიმსივნეების ბიოპსიური და პოსტოპერაციული მასალის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა

პროტოკოლი

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: პირის ღრუსა და ბაგეების ავთვისებიანი სიმსივნეების ბიოპსიური და პოსტოპერაციული მასალის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა.....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	4
5. საკვლევი მასალა	4
6. ვისთვის არის განკუთვნილი პროტოკოლი	4
7. სამედიცინო დაწესებულებებში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	4
8. რეკომენდაციები.....	5
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	12
10. აუდიტის კრიტერიუმები	12
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები.....	13
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	13
13. დანართები.....	13

დანართები და ცხრილები

დანართი N1: საკვლევი მასალის თანმხლები ფურცელი	13
დანართი N2: საკვლევი მასალის ჰისტომორფოლოგიური დასკვნის ფურცელი	14
დანართი N3: პირის ღრუსა და ბაგეების ავთვისებიანი სიმსივნეების კლასიფიკაცია ჰისტოლოგიური ტიპის მიხედვით	14
დანართი N4: პირის ღრუსა და ბაგეების ავთვისებიანი სიმსივნეების TNM კლასიფიკაცია	16
ცხრილი N1: ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	13

1. პროტოკოლის დასახელება: პირის ღრუსა და ზაგეების ავთვისებიანი სიმსივნეების ბიოპსიური და პოსტოპერაციული მასალის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება	ICD 10
ტუჩის, პირის ღრუსა და ხახის ავთვისებიანი სიმსივნეები	C00
ტუჩების, პირის ღრუსა და ხახის სხვა და დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნე	C14
2. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
ჰისტოლოგიური გამოკვლევები	PM.1

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლის შემუშავებისას გამოყენებულია College of American Pathologists (CAP)–ის მიერ შემუშავებული პროტოკოლები.

1. Protocol for the Examination of Specimens From Patients With Carcinomas of the Lip and Oral Cavity; Based on AJCC/UICC TNM, 7th edition. Protocol web posting date: October 2013

http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer_protocols/2013/LipOralCav_13protocol_3200.pdf

2. Pre-Microscopic Examination Specimen Handling Guidelines in the Surgical Pathology Laboratory

<http://www.cap.org/apps/docs/proficiencytesting/pre-examination.pdf>

ასევე, პათოლოგიის სახელმძღვანელო:

3. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology

პროტოკოლის ადაპტირების პროცესში მონაწილეობდნენ:

1. ალექსი ბაიდოშვილი, აღმოსავლეთ ნიდერლანდების პათოლოგიური ლაბორატორიის პათოლოგანატომი, ციფრული პათოლოგიის განყოფილების ხელმძღვანელი. „საქართველოს პათოლოგთა და ციტოლოგთა ასოციაციის“ საპატიო დირექტორი. IAP- ის საქართველოს დივიზიონის ხელმძღვანელი.

2. დავით მაკარიძე, აღმოსავლეთ ნიდერლანდების პათოლოგიური ლაბორატორია, სტაჟიორი პათოლოგანატომი.

3. შორენა ზოიძე, აღმოსავლეთ ნიდერლანდების პათოლოგიური ლაბორატორია, სტაჟიორი პათოლოგანატომი.

4. თინათინ ხომასურიძე, აღმოსავლეთ ნიდერლანდების პათოლოგიური ლაბორატორია, სტაჟიორი პათოლოგანატომი.

პროტოკოლის ავტორები:

1. გიორგი ბურკაძე, პათოლოგანატომი, პროფესორი, „საქართველოს პათოლოგთა და ციტოლოგთა ასოციაციის“ პრეზიდენტი, თბილისის სახ. სამედიცინო უნივერსიტეტის

პათოლოგანატომიისა და ციტოპათოლოგიის აკადემიური მიმართულების ასოცირებული პროფესორი.

2. მაიკო ბარათაშვილი, „საქართველოს პათოლოგთა და ციტოლოგთა ასოციაციის“ წევრი. არასამთავრობო ორგანიზაცია აფხაზეთის კონფლიქტის შედეგად დაზარალებულ პირთა კავშირი „თანადგომა“ პროექტების მენეჯერი.

3. არმაზ მარიამიძე, პათოლოგანატომი „საქართველოს პათოლოგთა და ციტოლოგთა ასოციაციის“ ხარისხის კონტროლისა და პროტოკოლების შემუშავების სამსახურის უფროსი.

4. თამარ ჯავახიშვილი, საქართველოს ეროვნული სკრინინგ პროგრამის და სკრინინგ ცენტრის პათოლოგანატომი, „საქართველოს პათოლოგთა და ციტოლოგთა ასოციაციის“ წევრი.

5. მირანდა გუდაძე, საქართველოს ეროვნული სკრინინგ პროგრამის და სკრინინგ ცენტრის წამყვანი პათოლოგანატომი, „საქართველოს პათოლოგთა და ციტოლოგთა ასოციაციის“ წევრი.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია პირის ღრუსა და ბაგეების ავთვისებიანი სიმსივნეების ბიოპსიური და პოსტოპერაციული მასალის სრულყოფილი დიაგნოსტიკა, რომელიც უზრუნველყოფს მკურნალობის ადეკვატური მეთოდის შერჩევას, პროგნოზის განსაზღვრასა და ოპერაციული ტაქტიკის შესაბამისობის შეფასებას.

აქედან გამომდინარე, პროტოკოლი ითვალისწინებს პათოლოგიური საქმიანობის განმახორციელებელი დაწესებულების მუშაკისთვის (1) სამუშაო პროცესის აღწერას, ძირითადი ლაბორატორიული ღონისძიებების, (2) პათოპისტოლოგიური დასკვნის სტანდარტული ფორმისა და მისი შემცველი კომპონენტების განსაზღვრას.

5. საკვლევი მასალა

პროტოკოლით მოწოდებული რეკომენდაციები შეეხება პირის ღრუსა და ბაგეების სიმსივნის დიაგნოზის მქონე/ეჭვით აღნიშნულ დიაგნოზზე, ნებისმიერი ასაკის პაციენტის პირის ღრუდან ან ბაგეებიდან აღებულ მასალას.

პროტოკოლი მიესადაგება პირის ღრუს (ბაგეებისა და ენის ჩათვლით) ყველა ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოსტიკას ლორწოვანის მელანომის ჩათვლით. პროტოკოლი არ გამოიყენება ლიმფომებისა და სარკომების დიაგნოსტიკისათვის.

6. ვისთვის არის განკუთვნილი პროტოკოლი

პროტოკოლი განკუთვნილია ანატომიური პათოლოგიის სპეციალისტებისთვის. პროტოკოლი გამოიყენება პათოლოგიის საქმიანობის განმახორციელებელ დაწესებულებებში.

7. სამედიცინო დაწესებულებებში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება იწყება პოსტოპერაციული მასალის აღებისთანავე.

8. რეკომენდაციები

8.1. პათოლოგიური კვლევისთვის მოწოდებულ მასალას თან უნდა ახლდეს საკვლევი მასალის თანმხლები ფურცელი. დანართ N1–ში მოცემულია საკვლევი მასალის თანმხლები ფურცლის რეკომენდებული ფორმა.

8.2. პათოლოგიის ლაბორატორიაში საკვლევი მასალის მიღებისას და პირველადი დამუშავებისას, აუცილებელია, ქვემოთ მოცემული რეკომენდაციების დაცვა. ამასთან, აღნიშნული რეკომენდაციებით ხელმძღვანელობა შეუძლიათ როგორც პათოლოგიის ლაბორატორიის მუშაკებს, ისე იმ სამედიცინო დაწესებულების მუშაკებს, სადაც მოხდა მასალის აღება:

- საკვლევი მასალა აღებისთანავე უნდა მოთავსდეს ფორმალინის 10%-იან ნეიტრალურ ხსნარში ფიქსაციისათვის;
- თუ მასალა ლაბორატორიაში შემოსვლამდე უკვე დევს ფორმალინში, ფორმალინი უნდა გამოიცვალოს, რისთვისაც გამოიყენება 10%-იანი ნეიტრალური ფორმალინის ხსნარი;
- საკვლევი მასალის ფიქსაციის ხანგრძლივობა უნდა განისაზღვროს მასალის სიდიდის მიხედვით (6-48 სთ) 22-25°C ტემპერატურაზე;
- პათოლოგიის ლაბორატორიის რეგისტრატორმა უნდა უზრუნველყოს საკვლევი მასალის თანმხლებ ფურცელში მითითებული მონაცემების (იხ. რეკომენდაცია 8.1.) სარეგისტრაციო სისტემაში შეტანა, დააფიქსიროს მასალის მიღების ზუსტი თარიღი და დრო, მიანიჭოს მას ლაბორატორიის მიერ შერჩეული საიდენტიფიკაციო ნომერი და უზრუნველყოს მასალის მარკირება;
- პათოლოგიის ლაბორატორიის მუშაკი, რომელიც მუშაობს მასალაზე, უნდა გაეცნოს ოპერაციული მასალის თანმხლებ ფურცელში მითითებულ მონაცემებს.

8.3. საკვლევი მასალის მაკროსკოპული გამოკვლევა

საკვლევი მასალის მაკროსკოპული გამოკვლევა გულისხმობს მასალის თვალთ ჩილული ცვლილებების შეფასებას ზომის, ფორმის, ფერის და კონსისტენციის გათვალისწინებით.

8.3.1. ბიოპსიური მასალის მაკროსკოპული გამოკვლევისას (მიუხედავად იმისა, მასალა ფიქსირებულია, თუ არ არის ფიქსირებული), პათოლოგი ხელმძღვანელობს შემდეგი სქემით:

- უნდა განისაზღვროს ბიოპსიური მასალის ზომა სანტიმეტრებში;
- უნდა განისაზღვროს ბიოპსიური მასალის რაოდენობა და განისაზღვროს მისი შესატყვისობა თანმხლები ფურცელში მითითებულ პარამეტრებთან;
 - თუ საკვლევი მასალა არ შეესატყვისება საკვლევი მასალის თანმხლები ფურცელში მითითებულ პარამეტრებს, აუცილებელია ფოტოსურათის გადაღება;
- უნდა განისაზღვროს გამოსაკვლევი მასალის ფერი, კონსისტენცია;
- არსებობის შემთხვევაში, მითითებული უნდა იყოს სხვა თანმხლები ცვლილებები (ნეკროზი, დეგენერაციული ცვლილებები, კალციფიკაცია, სისხლჩაქცევები და სხვა).

8.3.2. ოპერაციული მასალის მაკროსკოპული გამოკვლევისას (მიუხედავად იმისა, მასალა ფიქსირებულია, თუ არ არის ფიქსირებული), პათოლოგი ხელმძღვანელობს შემდეგი სქემით:

- უნდა განისაზღვროს მაკროპრეპარატის სახე, კერძოდ:
 - ზედა ბაგის ჩილული ნაწილი;

- ქვედა ბაგის ხილული ნაწილი;
 - ზედა ბაგის ლორწოვანი გარსი;
 - ქვედა ბაგის ლორწოვანი გარსი;
 - ბაგეების შესართავი;
 - ენის ლატერალური ნაწილი;
 - ენის ვენტრალური ზედაპირი;
 - ენის დორსალური ზედაპირი;
 - ენის წინა 2/3;
 - ზედა ღრძილი;
 - ქვედა ღრძილი;
 - პირის წინა ნაწილის ფსკერი;
 - პირის ფსკერი;
 - მაგარი სასა;
 - ლოყის შიდა ზედაპირის ლორწოვანი გარსი;
 - პირის კარიბჭე;
 - ზედა;
 - ქვედა;
 - ალვეოლური მორჩი;
 - ზედა
 - ქვედა
 - ზედა ყბა
 - ქვედა ყბა
 - სხვა
 - არ არის მითითებული
- უნდა განისაზღვროს ჩატარებული ოპერაციის სახე, კერძოდ:
 - გლოსექტომია (დააკონკრეტეთ): _____
 - მანდიბულექტომია (დააკონკრეტეთ): _____
 - მაქსილექტომია (დააკონკრეტეთ): _____
 - პალატექტომია (დააკონკრეტეთ): _____
 - კისრის ლიმფური კვანძების დისექცია:
 - რადიკალური დისექცია;
 - მოდიფიცირებული რადიკალური დისექცია, შიგნითა საუღლე ვენის და/ან მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის დაზოგვით;
 - კისრის სელექციური დისექცია (ქირურგის მიერ მითითებული სახით, რადიკალური ან მოდიფიცირებული რადიკალური დისექციის 5-ზე ნაკლები ტრადიციული დონის ლიმფური კვანძების დისექციით). ამ კატეგორიას მიეკუთვნება:
 - კისრის სუპრაომოჰიოიდური (ბეჭ-ინის ზედა) დისექცია
 - კისრის პოსტეროლატერალური დისექცია
 - კისრის ლატერალური დისექცია
 - კისრის ცენტრალური კომპარტმენტის დისექცია
 - კისრის ზესელექციური დისექცია, 2 ან ნაკლები დონის ფიბროზულ-ცხიმოვანი ელემენტების დისექციით

- გაფართოებული რადიკალური დისექცია, ქირურგის მითითების მიხედვით
 - სხვა (დააკონკრეტეთ): _____;
 - არ არის მითითებული.
- უნდა განისაზღვროს ოპერაციული მასალის წონა გრამებში;
- უნდა განისაზღვროს ოპერაციული მასალის ზომა სამივე განზომილებაში სანტიმეტრებში;
- უნდა განისაზღვროს საკვლევი მასალის შესატყვისობა თანმხლებ ფურცელში მითითებულ პარამეტრებთან;
 - თუ საკვლევი მასალა არ შეესატყვისება საკვლევი მასალის თანმხლებ ფურცელში მითითებულ პარამეტრებს ან/და შემთხვევა საინტერესოა მეცნიერულ/საგანმანათლებლო თვალსაზრისით, აუცილებელია ფოტოსურათის გადაღება.
- უნდა განისაზღვროს სიმსივნური ქსოვილის ფერი, ზომა, კონსისტენცია, ფორმა, კიდეების კონტურები, ქვეტიპი (პოლიპოიდური, ეგზოფიტური, ენდოფიტური, დაწყლულებული, სესილური, სხვა). ასევე მიეთითოს, სიმსივნე წარმოდგენილია ერთი თუ რამოდენიმე კერის სახით;
- საღებავით მარკირებული უნდა იქნას ქირურგიული გადაკვეთის ხაზი (ქირურგიული რეზექციის კიდეები), თუ მოწოდებული მასალა უკვე არ არის მარკირებული საღებავით და გამოყენებულია მარკირების რაიმე სხვა მეთოდი;
- მარკირების არსებობის შემთხვევაში, მარკირება ორიენტირდება საათის 12 საათზე, რეზექციის კიდე 3 და 9 საათის მხარეს მონიშნება სხვადასხვა ფერის საღებავით. (თუ მასალა მარკირებული არ არის, საკმარისია რეზექციის კიდეები მონიშნოს ერთი ფერის საღებავით);
- გაიზომოს და მიეთითოს დაშორების მანძილი სიმსივნის კიდიდან რეზექციის კიდემდე (ქირურგიული გადაკვეთის ხაზამდე);
- თუ მინიმალური დაშორება სიმსივნური კერიდან ლორწოვანი ზედაპირის გადაკვეთის ხაზამდე მეტია 5 მმ-ზე, მაშინ ხდება ამ გადაკვეთის ხაზების ცალკე აღება ზუსტი ლოკალიზაციის მითითებით და კასეტებში მოთავსება;
- შემდეგ ხდება პრეპარატის შრეობრივად დაჭრა 12 დან 6 საათის მიმართულებით;
- განაკვეთზე ხდება სიმსივნის მაქსიმალური ინვაზიის სიღრმის და ბაზალური ხაზდან მინიმალური დაშორების განსაზღვრა;
- სიმსივნური დაზიანებისას, როდესაც უკვე ჩატარებულია დიაგნოსტიკური ბიოპსია ან რადიოთერაპია, შესაძლებელია სიმსივნე მაკროსკოპულად საერთოდ ვერ იქნას ნაპოვნი. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა ქსოვილის ყველა ანათლის გამოკვლევა მიკროსკოპულად;
- ძვლოვანი ფრაგმენტის არსებობის შემთხვევაში უნდა მოხდეს პრეპარატის დახერხვა და დეკალციფიკაცია.
- მიკროსკოპული გამოკვლევისათვის ხდება შემდეგი ანათლების აღება:
 - დაბოლოება მარკირების ადგილას (12 საათზე), მოპირდაპირე დაბოლოება;
 - თუ ქსოვილი მცირე ზომისაა დარჩენილი ანათლები სრულიად უნდა იქნას გამოკვლეული მიკროსკოპულად;
 - თუ ქსოვილი დიდი ზომისაა, ხდება ანათლების აღება სიმსივნის ცენტრალური უბნიდან ყველაზე ახლომდებარე გადაკვეთის ხაზთან მიმართებაში. (მინიმუმ 2 ანათალი) + სიმსივნის ნორმალურ ქსოვილთან მომიჯნავე უბანი.

- არსებობის შემთხვევაში ძვლოვანი ქსოვილის გადაკვეთის ხაზები და ანათალი სიმსივნის ძვალთან მიმართებაში.
- არსებობის შემთხვევაში, კისრის ლიმფური კვანძების კვლევა უნდა მოხდეს შემდეგი გზით:
 - პრეპარატის ტიპები:
 - კისრის ლიმფური კვანძების რადიკალური დისექცია:
 - (ლიმფური კვანძები I-დან V-ე დონის ჩათვლით + n. accessorius, v. jugularis interna და m. sterno-cleidomastoideus);
 - კისრის ლიმფური კვანძების მოდიფიცირებული რადიკალური დისექცია:
 - (ლიმფური კვანძები I-დან V-ე დონის ჩათვლით, n. accessorius, v. jugularis interna და m. sterno-cleidomastoideus-ს გარეშე);
 - კისრის ლიმფური კვანძების შერჩევითი დისექცია:
 - სუპრა-ომოჰიოიდური: მოიცავს I, II და III დონეებს;
 - ანტერო-ლატერალური: მოიცავს I, II, III და IV დონეებს;
 - ლატერალური: მოიცავს II, III და IV დონეებს;
 - კისრის ლიმფური კვანძების გაფართოებული დისექცია:
 - გარდა ზემოთაღნიშნული დონეებისა შესაძლოა ამოღებული იყოს სხვა დამატებითი ლიმფური სტრუქტურები (მაგ. რეტროაურიკულარულად, რეტროფარინგეალურად, რეტროტრაქეალურად ან შუასაყარში განლაგებული ლიმფური კვანძები) და არამარტო (მაგ. n. hypoglossus, n. vagus და/ან მაგ. a. Carotis). მაკროსკოპული არწერისას უნდა მოხდეს ყველა დამატებითი ლიმფური თუ არალიმფური სტრუქტურის მითითება.
 - ლიმფური კვანძების მოძიება და კასეტებში გადანაწილება უნდა მოხდეს ზემოთ აღწერილი დონეების მიხედვით და ზუსტად მიეთითოს თითოეულ კასეტაში მოთავსებული ლიმფური კვანძების რაოდენობა;
 - უნდა მოხდეს მითითება თითოეულ დონეზე რამდენი ლიმფური კვანძი იქნა ნანახი, ასევე ყველზე დიდი და ყველაზე მცირე ლიმფური კვანძის ზომები;
 - I და II დონეების კვლევისას შესაძლებელია აღინიშნებოდეს სანერწყვე ჯირკვლის (სეგმენტის) არსებობა. ამ შემთხვევაში უნდა მიეთითოს ჯირკვლის ზომები სამ განზომილებაში და აღებული იქნას ერთი ანათალი შემდგომი მიკროსკოპული კვლევისათვის;
 - მაკროსკოპულად პოზიტიური ლიმფური კვანძების არსებობისას საკმარისია მხოლოდ ერთი ანათლის აღება მიკროსკოპული კვლევისათვის;
 - ერთ კასეტაში უნდა მოთავსდეს არაუმეტეს 4 ლიმფური კვანძისა (მინიმალური ზომით არაუმეტეს 0,4 სმ-სა).
 - ორად გაყოფილი ლიმფური კვანძების შემთხვევაში ერთ კასეტაში შესაძლებელია არაუმეტეს 2 ლიმფური კვანძის მოთავსება (რომეთაგანაც ერთ-ერთი უნდა იყოს მარკირებული საღებავით).

შენიშვნა: ჩვეულებრივ, ლიმფური კვანძების დისექციის შემთხვევაში ლიმფური კვანძების სხვადასხვა დონეები უნდა იყოს მონიშნული ქირურგის მიერ.

ლიმფური კვანძების დაჯგუფება ხდება შემდეგი სახით (იხ. სურათი N1) I დონე. ნიკაპისქვეშა ჯგუფი (ქვედონე IA)

ლიმფური კვანძები ორმუცელა კუნთის წინა მუცლითა და ინის ძვლით შექმნილი სამკუთხედის საზღვრის შიგნით.

I დონე. ყბისქვეშა ჯგუფი (ქვედონე IB)

ლიმფური კვანძები, შემოსაზღვრული ორმუცელა კუნთის წინა და უკანა მუცლებითა და ქვედა ყბის სხეულით. როცა ამ სამკუთხედიდან რეზეცირებულია ლიმფური კვანძები, მასალა მოიცავს ყბისქვეშა ჯირკვალსაც.

II დონე. ზემო საულლე ჯგუფი (ქვედონეები IIA და IIB)

ლიმფური კვანძები, რომლებიც მოთავსებულია შიგნითა საულლე ვენისა და მიმდებარე ზურგის ტვინის დამხმარე ნერვის ზედა მესამედის გარშემო და ვრცელდება საძილე არტერიის ბიფურკაციის ან ინის ძვლის დონიდან ქალას ფუძემდე. უკანა საზღვარი გადის მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის უკანა კიდეზე და წინა საზღვარს კი მკერდ-ინის კუნთის ლატერალური კიდე წარმოადგენს.

III დონე. შუა საულლე ჯგუფი

ლიმფური კვანძები, რომლებიც მოთავსებულია შიგნითა საულლე ვენის შუა მესამედის გარშემო და ვრცელდება ზემოდან საძილე არტერიის ბიფურკაციის დონიდან ქვემოთ - ბეჭ-ინის კუნთამდე ან კრიკოთიროიდულ ჩანაჭდევამდე. უკანა საზღვარი გადის მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის უკანა კიდეზე და წინა საზღვარს კი მკერდ-ინის კუნთის ლატერალური კიდე წარმოადგენს.

IV დონე. ქვემო საულლე ჯგუფი

ლიმფური კვანძები, რომლებიც მოთავსებულია შიგნითა საულლე ვენის ქვედა მესამედის გარშემო და ვრცელდება ზემოდან ბეჭ-ინის კუნთის დონიდან ქვემოთ - ლავიწის დონემდე. უკანა საზღვარი გადის მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის უკანა კიდეზე და წინა საზღვარს კი მკერდ-ინის კუნთის ლატერალური კიდე წარმოადგენს.

V დონე. უკანა სამკუთხედის ჯგუფი (ქვედონეები VA და VB)

ეს ჯგუფი უმეტესად მოიცავს ზურგის ტვინის დამხმარე ნერვის ქვედა მესამედისა და კისრის განივი არტერიის გასწვრივ განლაგებულ ლიმფურ კვანძებს. ლავიწზედა ლიმფური კვანძებიც ამ ჯგუფს მიეკუთვნება. უკანა სამკუთხედის უკანა საზღვარს წარმოადგენს ტრაპეციული კუნთის წინა კიდე, წინა საზღვარს - მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის უკანა კიდე, ქვედა საზღვარს - ლავიწი.

VI დონე. წინა (ცენტრალური) კომპარტმენტის ჯგუფი

ამ ჯგუფის ლიმფურ კვანძებს მიეკუთვნება: პრე- და პარატრაქეული ლიმფური კვანძები, პრეკრიკოიდული (დელფის) კვანძი და პერითიროიდული ლიმფური კვანძები, ხორხის შებრუნებული ნერვის გასწვრივ მდებარე ლიმფური კვანძების ჩათვლით. ზედა საზღვარს წარმოადგენს ინის ძვალი, ქვემო საზღვარს - მკერდზედა ნაჭდევი, ლატერალურ საზღვრებს - საერთო საძილე არტერიები, უკანა საზღვარს - პრევერტებრული ფასცია.

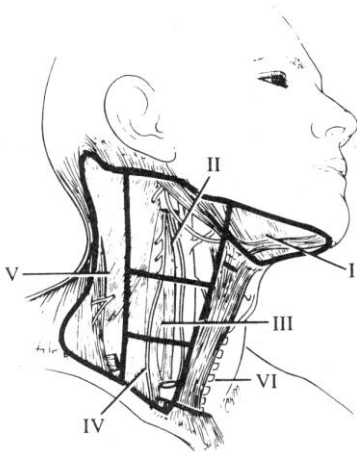
VII დონე. ზემო შუასაყრის ლიმფური კვანძები

ამ დონის გარდა, შუასაყრის სხვა ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზები მოიაზრება შორეულ მეტასტაზებად.

იმ უბნებიდან აღებული ლიმფური კვანძები, რომლებიც ზემოთ არ არის აღწერილი (როგორცაა, დაკბილული, კეფქვეშა, რეტროფარინგეული) ყველა დონისაგან ცალკე უნდა იყოს აღნიშნული და მითითებული. შუა ხაზის ლიმფური კვანძები მიიჩნევა იფსილატერალურ კვანძებად.

თუ ლიმფური კვანძების დონის გარკვევა შეუძლებელია, ისინი უნდა განისაზღვროს დაახლოებით, შემდეგი სქემით: I დონე - შიგნითა საუღლე ვენის ან კისრის ზედა მესამედის ნიშნში, II დონე - შიგნითა საუღლე ვენის ან კისრის შუა მესამედის ნიშნში, III დონე - შიგნითა საუღლე ვენის ან კისრის ქვედა მესამედის ნიშნში, წინიდან მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრ კუნთამდე.

სურათი N1: კისრის ლიმფური კვანძები დონეების მიხედვით



8.4. საკვლევი მასალის მიკროსკოპული გამოკვლევა

საკვლევი მასალის მიკროსკოპული გამოკვლევისას პათოლოგმა უნდა მოახდინოს მასალის მიკროსკოპული აღწერა პირის ღრუსა და ბაგეების სიმსივნური პათოლოგიის ჰისტოპათოლოგიური დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების გამოყენებით. არსებობის შემთხვევაში, უნდა მიუთითოს, ამა თუ იმ სიმსივნისთვის დამახასიათებელი სპეციფიური მიკრომორფოლოგიური სურათის ან რაიმე დამახასიათებელი ნიშნ(ებ)ის არსებობა.

მასალის მიკროსკოპული აღწერისას უნდა მოხდეს შემდეგი მონაცემების მითითება:

- სიმსივნის ჰისტოლოგიური ტიპი მიკრომორფოლოგიური დახასიათება;
- სიმსივნის ლოკალიზაცია;
- სიმსივნის კონტურები (მკვეთრად შემოსაზღვრული, არარეგულარული და ა.შ.);
- რეზექციის კიდეების მდგომარეობა უნდა შეფასდეს შემდეგი სქემით:
 - შეფასება შეუძლებელია;
 - რეზექციის კიდეებზე ინვაზიური კარცინომა არ ვლინდება:
 - სიმსივნის დაშორება რეზექციის უახლოესი კიდიდან: ___მმ;
 - მიუთითეთ კიდე(ები) ორიენტაციის მიხედვით (თუ შესაძლებელია):_____;
 - სხვა ახლომდებარე კიდეების მდებარეობა და დაშორება სიმსივნიდან;
 - კიდე(ებ)ზე ვლინდება ინვაზიური კარცინომა:

- მიუთითეთ კიდე(ები) ორიენტაციის მიხედვით (თუ შესაძლებელია):_____;
- კიდე(ებ)ზე არ ვლინდება კარცინომა in situ (მოიცავს ზომიერ და მძიმე დისპლაზიას):
 - სიმსივნის დაშორება რეზექციის უახლოესი კიდიდან: ___მმ;
 - მიუთითეთ კიდე(ები) ორიენტაციის მიხედვით (თუ შესაძლებელია):_____;
- კიდე(ებ)ზე ვლინდება კარცინომა in situ (მოიცავს ზომიერ და მძიმე დისპლაზიას):
 - მიუთითეთ კიდე(ები) ორიენტაციის მიხედვით (თუ შესაძლებელია):_____;
- არსებობის შემთხვევაში აღიწეროს ინვაზია ძვალში (მნიშვნელოვანია მიეთითოს სიმსივნის ინვაზია ზედაპირულია თუ ღრმა);
- ვასკულური ინვაზია;
- ლიმფანგიოინვაზია;
- პერინერვული ზრდა;
- სხვა სიმსივნესთან ასოცირებული და/ან დამოუკიდებელი პათოლოგიები;
- ლორწოვანის დისპლაზიური ცვლილებების არსებობის შემთხვევაში უნდა განისაზღვროს დისპლაზიის ხარისხი;
- განისაზღვროს ლიმფური კვანძების საერთო რაოდენობა (დისექციის დონეების შესაბამისად);
- მეტასტაზირებული ლიმფური კვანძების რაოდენობა (დისექციის დონეების შესაბამისად);
 - აუცილებელია მიეთითოს არის თუ არა სიმსივნური ქსოვილის ექსტრაკაპსულური გავრცელება. ასევე ყველაზე დიდი მეტასტაზის მაქსიმალური დიამეტრი.

8.5. თუ მიკროსკოპული კვლევისას დიაგნოზისთვის საკმარისი ინფორმაცია ვერ შეგროვდა, აუცილებელია საკვლევი მასალის პათოლოგიური პროცესის იდენტიფიკაციისა და ტიპირებისათვის ჩატარდეს ჰისტოქიმიური, იმუნოჰისტოქიმიური და მოლეკულური კვლევა, რომელთა შედეგი ასევე მიკროსკოპულად უნდა აღიწეროს. ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების გამოკვლევისათვის რუტინული ჰისტოლოგიის გარდა დამატებითი ტექნოლოგიები საჭირო არ არის. იზოლირებული სიმსივნური უჯრედების შესწავლისათვის გამოიყენება იმუნოჰისტოქიმიური ტექნიკა და პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია.

8.6. პირის ღრუსა და ბაგეების ავთვისებიანი სიმსივნეების პოსტოპერაციული და ბიოპსიური მასალის ჰისტოპათოლოგიური კვლევის შედეგად, პათოლოგის მიერ უნდა უნდა შემუშავდეს დასკვნა (დანართი N2), რომელშიც აისახება, სულ მცირე, შემდეგი ინფორმაცია:

- ოპერაციის ტიპი;
- სიმსივნის ტიპი მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის კლასიფიკაციის მიხედვით (დანართი N2);
- სიმსივნის დიფერენციაციის ხარისხი;
- სიმსივნის ლოკალიზაცია;
- სიმსივნის ინვაზიის ტიპი: (ექსპანსიური თუ გაფანტული);
- სიმსივნის ინვაზიის სიღრმე;
- სიმსივნის ინვაზია ძვალში (არსებობა ან არარსებობა);
- რეზექციის კიდეები (სიმსივნისგან თავისუფალია თუ არა);

- რეზექციის კიდეებსა და სიმსივნეს შორის გაზომილი მინიმალური მანძილი მილიმეტრებში (>5 მმ = რადიკალური, 1-5 მმ = მინიმალურად რადიკალური, <1 მმ = არარადიკალური);
- ლორწოვანის კადავეთის ხაზებზე დისპლაზიის არსებობა: (არსებობა ან არარსებობა);
- ვასკულური ივაზია (არსებობა ან არარსებობა);
- ლიმფანგიონვაზია (არსებობა ან არარსებობა);
- პერინერვული ზრდა (არსებობა ან არარსებობა);
- ლიმფური კვანძების დისექციის ტიპი;
- ლიმფური კვანძების საერთო რაოდენობა (დისექციის დონეების შესაბამისად);
- მეტასტაზირებული ლიმფური კვანძების რაოდენობა (დისექციის დონეების შესაბამისად);
- მეტასტაზის ექსტრაკაპსულური გავრცელების მქონე ლიმფური კვანძების რაოდენობა;
- მაქსიმალური მეტასტაზის ზომა;
- სხვა, სიმსივნესთან ასოცირებული დამოუკიდებელი პათოლოგიები;
- TNM-კლასიფიკაცია (დანართი #4);
- დასკვნაში უნდა ნათლად აისახოს ყველა ის გარემოება, რაც აძნელებს პათოლოგიური პროცესის მაკროსკოპულ და მიკროსკოპულ შეფასებას;
- თუ კვლევის შედეგად დიაგნოზისთვის საკმარისი ინფორმაცია არ შეგროვდა, მაშინ:
 - დასკვნაში აღინიშნება პირველადი ჰისტომორფოლოგიური დიაგნოზი. დასკვნაში ნათლად უნდა იყოს მითითებული, რომ ეს არის პირველადი დიაგნოზი და საბოლოო დიაგნოზი კლინიკას მიეწოდება მოგვიანებით.
 - დამატებითი კვლევის (ჰისტოქიმია, იმუნოჰისტოქიმია, მოლეკულური კვლევა) ჩატარების აუცილებლობის შემთხვევაში დასკვნაში მითითებული უნდა იყოს, რომ დამატებითი კვლევის შედეგები კლინიკას მიეწოდება მოგვიანებით.
 - საჭიროების შემთხვევაში მითითებულ იქნას სხვა კლინიკური და პარაკლინიკური გამოკვლევების ჩატარების აუცილებლობა.

9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის გამოყენების შედეგად მოსალოდნელია ბიოპსიური და პოსტოპერაციული მასალის სრულყოფილი დიაგნოსტიკა, ადექვატური მკურნალობის მეთოდის შერჩევის, პროგნოზის განსაზღვრისა და ოპერაციული ტაქტიკის ადექვატურობის შეფასების მიზნით.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

პათოლოგიური საქმიანობის შეფასება უნდა მოიცავდეს:

- შემთხვევათა რამდენ პროცენტში განხორციელდა მასალის შეგროვების მართვის პროცესი დარღვევის გარეშე;
- შემთხვევათა რამდენ პროცენტში დაიწყო პათოლოგიური გამოკვლევა დროულად (მასალის სხეულიდან მოშორებიდან 6-48 საათში);
- ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის შემთხვევათა რამდენ პროცენტში ჩატარდა დამატებითი იმუნოჰისტოქიმიური და მოლეკულური გამოკვლევები;
- შემთხვევათა რამდენ პროცენტში მოხდა პათოლოგიური და შესაბამისი კლინიკური დასკვნების განხილვა.

შენიშვნა: აღნიშნული ინდიკატორების გამოყენებით აუდიტი საჭიროა ჩატარდეს წელიწადში ერთხელ.

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლი უნდა გადაიხედოს პირველადი წყაროს განახლების შესაბამისად, მაგრამ არაუგვიანეს 4 წლისა.

12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

ცხრილი N1: ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
პათოლოგი	დიაგნოზის დადგენა	სავალდებულო
ჰისტოქიმიური, ციტოქიმიური, იმუნოჰისტოქიმიური და მოლეკულური პათოლოგიების ტექნოლოგი	ციტოლოგიური პათოლოგიური, იმუნოჰისტოქიმიური და მოლეკულური პათოლოგიის ტექნოლოგიების განხორციელება	სავალდებულო
რეგისტრატორი	ლაბორატორიის მიერ მიღებული მასალის რეგისტრირება	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი;	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	მასალის ამოსაჭრელი მაგიდა ვენტილაციის სისტემით; გამოსაკვლევი ქსოვილების პროცესირების აპარატი; ქსოვილების ნიმუშების პარაფინში ჩასაყალიბებელი აპარატი; ანათლების გასასწორებელი გაცხელებული ზედაპირის მქონე აპარატი; წყლის აბაზანა; მიკროტომი; მანუალური ან ავტომატური შეღებვის სისტემა; სინათლური მიკროსკოპი.	სავალდებულო

13. დანართები

დანართი N1: საკვლევი მასალის თანმხლები ფურცელი

რეკომენდებული ფორმა

მასალის თანმხლები ფურცელი			
1	პაციენტის სახელი და გვარი	2	დაბადების თარიღი
3	სქესი	მამრობითი: <input type="checkbox"/>	მდედრობითი: <input type="checkbox"/>
4	პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ნომერი		
5	სამედიცინო ისტორიის ნომერი	6	DS
7	მომწოდებელი კლინიკის დასახელება და საკონტაქტო ინფორმაცია:		
8	მკურნალი ექიმის სახელი და გვარი:		
9	პათოლოგიური კერის ლოკალიზაცია:		
10	პრეპარატის სახე:	11	მარკირება:
12	მნიშვნელოვანი მონაცემები პაციენტის სამედიცინო ბარათიდან:		
13	დიაგნოსტიკისათვის საჭირო სხვა ინფორმაცია, რაც გახდა მასალის აღების საფუძველი:		
14	თარიღი		
	მასალის აღების:	ფორმალინში მოთავსების	ლაბორატორიაში გაგზავნის:

დანართი N2: საკვლევი მასალის ჰისტომორფოლოგიური დასკვნის ფურცელი

რეკომენდებული ფორმა

პირის ღრუსა და ზაგეების ავთვისებიანი სიმსივნის პათოლოგანატომიური დასკვნა										
1	პაციენტის სახელი და გვარი				2	დაბადების თარიღი				
3	სქესი	მამრობითი: <input type="checkbox"/> მდედრობითი: <input type="checkbox"/>								
4	პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ნომერი									
5	სამედიცინო ისტორიის ნომერი				6	DS				
7	მომწოდებელი კლინიკის დასახელება და საკონტაქტო ინფორმაცია:									
8	მკურნალი ექიმის სახელი და გვარი:									
9	ოპერაციის ტიპი									
10	პათოლოგიური კერის ლოკალიზაცია:									
11	პრეპარატის სახე:				11	მარკირება:				
13	მნიშვნელოვანი მონაცემები პაციენტის სამედიცინო ბარათიდან:									
14	დიაგნოსტიკისათვის საჭირო სხვა ინფორმაცია, რაც გახდა მასალის აღების საფუძველი:									
15	თარიღი									
	მასალის მიღების:			დასკვნის გაცემის:						
16	მაკროსკოპული აღწერილობა									
17	მიკროსკოპული აღწერილობა									
18	მაკროპრეპარატის სახე				<input type="checkbox"/> სიმსივნის ძირითადი კერა ლიმფურ კვანძებთან ერთად. <input type="checkbox"/> სიმსივნის ძირითადი კერა ლიმფური კვანძების გარეშე. <input type="checkbox"/> სხვა (მიუთითეთ)					
19	<input type="checkbox"/> მარჯვენა	<input type="checkbox"/> მარცხენა	20	მაკროპრეპარატის ზომა სამ განზომილებაში _____მმ			21	წონა _____გრ		
22	სიმსივნის ჰისტომორფოლოგიური ტიპი WHO ICD-0 კლასიფიკაციის მიხედვით									
23	ICD-O code:	M_____	24	pT_____	pN_____	pM_____				
25	სიმსივნის დიფერენცირების ხარისხი									
26	ლიმფური კვანძების საერთო რაოდენობა				27	მეტასტაზური ლიმფური კვანძების რაოდენობა				
28	რეზექციის კიდეები pR _____			29	რეზექციის კიდის მინიმალური დაშორება სიმსივნიდან _____მმ					
30	გავრცელება სხვა ორგანოებში		<input type="checkbox"/> არის	<input type="checkbox"/> არ არის						
31	ვენური ინვაზია		32	ლიმფანგიო ინვაზია		33	პერინერვული ინვაზია			
	<input type="checkbox"/> არის <input type="checkbox"/> არ არის			<input type="checkbox"/> არის <input type="checkbox"/> არ არის			<input type="checkbox"/> არის <input type="checkbox"/> არ არის			
34	კომენტარები									
35	პათოლოგანატომის ხელმოწერა									

დანართი N3: პირის ღრუსა და ზაგეების ავთვისებიანი სიმსივნეების კლასიფიკაცია ჰისტოლოგიური ტიპის მიხედვით

ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა

- ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა, ჩვეულებრივი ტიპი;
- ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომის ვარიანტები
 - აკანტოლიზური ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა;
 - ბაზალოიდური ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა;
 - პაპილური ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა;
 - თითისტარაუჯრედოვანი ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა;
 - ვერუკოზული კარცინომა;
 - გიგანტურუჯრედოვანი კარცინომა;

- ლიმფოეპითელური კარცინომა (არა ნაზოფარინგეული).

წვრილი სანერწყვე ჯირკვლების კარცინომები

- აცინურუჯრედული კარცინომა;
- ადენოიდ-ცისტური კარცინომა:
 - დაბალი ხარისხის ავთვისებიანობის;
 - საშუალო ხარისხის ავთვისებიანობის;
 - მაღალი ხარისხის ავთვისებიანობის.
- ადენოკარცინომა, არასპეციფიური ტიპის:
 - დაბალი ხარისხის ავთვისებიანობის;
 - საშუალო ხარისხის ავთვისებიანობის;
 - მაღალი ხარისხის ავთვისებიანობის.
- ბაზალურ უჯრედოვანი ადენოკარცინომა;
- კარცინომა პლეომორფული ადენომიდან (ავთვისებიანი შერეული სიმსივნე):
 - დაბალი ხარისხის ავთვისებიანობის;
 - მაღალი ხარისხის ავთვისებიანობის;
 - ინვაზიური:
 - მინიმალურად ინვაზიური;
 - ინვაზიური.
 - ინტრაკაფსულური (არაინვაზიური).
- კარცინომა, ტიპის განსაზღვრა შეუძლებელია;
- კარცინოსარკომა;
- ნათელუჯრედოვანი კარცინომა;
- ცისტადენოკარცინომა;
- ეპითელურ-მიოეპითელური კარცინომა;
- მუკოეპიდერმოიდული კარცინომა:
 - დაბალი ხარისხის ავთვისებიანობის;
 - საშუალო ხარისხის ავთვისებიანობის;
 - მაღალი ხარისხის ავთვისებიანობის.
- მუცინური ადენოკარცინომა (კოლოიდური კარცინომა);
- მიოეპითელური კარცინომა (ავთვისებიანი მიოეპითელიომა);
- ონკოციტური კარცინომა;
- პოლიმორფული დაბალი ხარისხის ადენოკარცინომა;
- სანერწყვე სადინრის კარცინომა;
- სხვა (მიუთითეთ): _____

ადენოკარცინომა, არა სანერწყვე ჯირკვლის ტიპის

- ადენოკარცინომა, არასპეციფიური ტიპის:
 - დაბალი ხარისხის ავთვისებიანობის;
 - საშუალო ხარისხის ავთვისებიანობის;
 - მაღალი ხარისხის ავთვისებიანობის.
- სხვა (მიუთითეთ): _____

ნეიროენდოკრინული კარცინომა

- ტიპური კარცინოიდული სიმსივნე (მაღალდიფერენცირებული ნეიროენდოკრინული კარცინომა);
- ატიპური კარცინოიდული სიმსივნე (ზომიერად დიფერენცირებული ნეიროენდოკრინული კარცინომა);
- მსხვილუჯრედოვანი კარცინომა, ნეიროენდოკრინული ტიპის (დაბალდიფერენცირებული ნეიროენდოკრინული კარცინომა);
- წვრილუჯრედოვანი კარცინომა, ნეიროენდოკრინული ტიპის (დაბალდიფერენცირებული ნეიროენდოკრინული კარცინომა);
- კომბინირებული (შედგენილი) წვრილუჯრედოვანი კარცინომა, ნეიროენდოკრინული ტიპი სხვა ტიპთან ერთად (მიუთითეთ):_____

ლორწოვანის მელანომა

- სხვა (მიუთითეთ):_____
- კარცინომა, ტიპის განსაზღვრა შეუძლებელია

დანართი N4: პირის ღრუსა და ზაგეების ავთვისებიანი სიმსივნეების TNM კლასიფიკაცია

პროტოკოლი გულისხმობს პირის ღრუს ყველა ინვაზიურ კარცინომას, მოიცავს ზაგეებსა და ენას. მასში ასევე გაერთიანებულია ლორწოვანის ავთვისებიანი მელანომა. არ აერთიანებს ლიმფომასა და სარკომას.

ყველა კარცინომისთვის, ავთვისებიანი მელანომის გარდა

პირველადი სიმსივნე (pT)

___ pTX: შეფასება შეუძლებელია

___ pT0: პირველადი სიმსივნე შეუმჩნეველია

___ pTis: კარცინომა in situ

___ pT1: სიმსივნე 2 სმ ან ნაკლები მაქსიმალური ზომით

___ pT2: სიმსივნე მეტია 2-სმ-ზე, მაგრამ არ აღემატება 4-სმ მაქსიმალური ზომით

___ pT3: სიმსივნე მეტი 4-სმ-ზე მაქსიმალური ზომით

___ pT4a: ზომიერად გავრცელებული ლოკალური დაზიანება.

- ტუჩი: სიმსივნე იჭრება ძვლის კორტიკულ შრეში, ქვედა ალვეოლარულ ნერვში, პირის ფსკერში, სახის კანში, მაგალითად ცხვირი და ლოყა.
- პირის ღრუ: სიმსივნე იჭრება მხოლოდ მიმდებარე სტრუქტურებში(მაგალითად ქვედა და ზედა ყბაში, ენის ღრმა კუნთებში (ნიკაპ-ენის, ენისქვეშა, ენა-სასისა და სადგის-ენის), ზედა ყბის სინუსში და სახის კანში)

___ pT4b: ძალიან გავრცელებული ლოკალური დაავადება სიმსივნე იჭრება საღეჭი კუნთის სივრცეში,ფრთისებრ მორჩებში, ან ქალას ფუძეში, ან შიგნითა საძილე არტერიის მიმდებარედ.

რეგიონალური ლიმფური კვანძები (PN)

___ pNX: შეფასება შეუძლებელია;

___ pN0: რეგიონალურ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზები არ ვლინდება;

___ pN1: მეტასტაზები აღინიშნება სხეულის ერთ ცალკეულ ზონაში განლაგებულ ლიმფურ კვანძებში. სიმსივნე 3-სმ-ის ან უფრო მცირე ზომის;

___ pN2a: : მეტასტაზები აღინიშნება სხეულის ერთ ცალკეულ ზონაში განლაგებულ ლიმფურ კვანძებში. სიმსივნე ზომით მეტი 3-სმ-ზე, მაგრამ არაუმეტეს 6;

___ pN2c: მეტასტაზები ბილატერალურ ან კონტრალტერალურ ლიმფურ კვანძებში, არაუმეტეს 6-სმ, დიდ სივრცეში;

___ pN3: მეტასტაზები ლიმფურ კვანძებში, სიმსივნე მეტია 6-სმ-ზე მაქსიმალური ზომით.

შორეული მეტასტაზები (pM)

___ არ არის გამოვლენილი

___ pM1: ვლინდება შორეული მეტასტაზები

ლორწოვანის ავთვისებიანი მელანომა

პირველადი სიმსივნე (pT)

___ pT3: ლორწოვანის დაზიანება;

___ pT4a: ზომიერად შეცვლილი დაზიანების კერა, სიმსივნე იჭრება ღრმა რბილ ქსოვილში, ხრტილში, ძვალში ან კანის ზედაპირულ შრეებში;

___ pT4b: საშუალოდ შეცვლილი დაავადების კერა. სიმსივნე იჭრება ტვინში, რუხ ნივთიერებაში, თვის ქალას ფუძეში კრანიალურ ნერვებში (IX.XI,XII) საღებავი კუნთის სივრცეში, საძილე არტერიაში, ხერხემლის წინა სივრცეში ან მედიასტინალურ სტრუქტურებში

რეგიონალური ლიმფური კვანძები (pN)

___ pNX: რეგიონალური ლიმფური კვანძების შეფასება შეუძლებელია

___ pN0: რეგიონალური ლიმფური კვანძებში მეტასტაზები არ ვლინდება

___ pN1: მეტასტაზები ვლინდება რეგიონალურ ლიმფურ კვანძებში

შორეული მეტასტაზები (pM)

___ არ არის გამოვლენილი

___ pM1: ვლინდება შორეული მეტასტაზები:

+სპეციფიური ადგილი(ები),თუ ცნობილია: _____

+პათოლოგიური მეტასტაზური ნიმუშის წყარო (სპეციფიური): _____