

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

წვრილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეების პოსტოპერაციული მასალის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა

პროტოკოლი

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: წვრილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეების 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.....	8
10. აუდიტის კრიტერიუმები	8
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	9
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	9
13. დანართები.....	9

დანართები და ცხრილები

დანართი N1: საკვლევი მასალის თანმხლები ფურცელი	9
დანართი N2: საკვლევი მასალის ჰისტომორფოლოგიური დასკვნის ფურცელი	10
დანართი N3: წვრილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეების კლასიფიკაცია ჰისტოლოგიური ტიპის მიხედვით:	11
დანართი N4: წვრილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეების TNM კლასიფიკაცია და სტადირება:	11
ცხრილი N1: ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	9

1. პროტოკოლის დასახელება: წვრილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეების პოსტოპერაციული მასალის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD 10
წვრილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნე	C17
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 Carcinoma of the Small Intestine Based on AJCC/UICC TNM, 7th edition. Protocol web posting date: October 2013 http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer_protocols/2013/SmIntestine_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 წვრილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეების ბიოპსიური და პოსტოპერაციული მასალის სრულყოფილი დიაგნოსტიკა, რომელიც უზრუნველყოფს მკურნალობის ადექვატური 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 წვრილი ნაწლავის სიმსივნის დიაგნოზის მქონე/ეჭვით აღნიშნულ დიაგნოზზე, ნებისმიერი ასაკის პაციენტის წვრილი ნაწლავიდან აღებულ მასალას.

პროტოკოლი მიესადაგება წვრილი ნაწლავის ყველა ინვაზიური კარცინომის დიაგნოსტიკას, მათ შორის ფოკალური ენდოკრინული დიფერენციაციის მქონე სიმსივნეების დიაგნოსტიკას. პროტოკოლი არ გამოიყენება ფატერის დვრილიდან წარმოქმნილი სიმსივნეებისა და მაღალდიფერენცირებული ნეიროენდოკრინული სიმსივნეების (კარცინოიდული სიმსივნეების) 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 ხილული ცვლილებების შეფასებას ზომის, ფორმის, ფერის და კონსისტენციის გათვალისწინებით. ოპერაციული მასალის მაკროსკოპული გამოკვლევისას (მიუხედავად იმისა, მასალა ფიქსირებულია, თუ არ არის ფიქსირებული) პათოლოგი ხელმძღვანელობს შემდეგი სქემით:

- უნდა განისაზღვროს მაკროპრეპარატის სახე: 12-გოჯა ნაწლავი, თემო ნაწლავი, მლივი ნაწლავი, სხვა (მიუთითეთ);
- პრეპარატის მთლიანი სიგრძე;
- მიეთითოს პროქსიმალური და დისტალური რეზექციის კიდეების მდგომარეობა;
- აღიწეროს სეროზული გარსი სიმსივნის მიმდებარე უბნიდან;
- მიეთითოს სიმსივნის ლოკალიზაცია: 12-გოჯა ნაწლავი, თემო ნაწლავი, მლივი ნაწლავი, სხვა (მიუთითეთ);
- სიმსივნის მაკროსკოპული აღწერილობა და დიამეტრი;
- მიეთითოს სიმსივნის ცირკულარული ზრდის ზომა;
- მიეთითოს დაშორების მანძილი სიმსივნიდან პროქსიმალური და დისტალური რეზექციის კიდეებამდე;
- აღიწეროს ნაწლავის ლორწოვანის სხვა უბნები;
- სიმსივნის მიმდებარე სეროზული გარსი შეიღებოს საღებავით და სიმსივნურ წარმონაქმნზე გაკეთდეს პარალელური განივი განაკვეთები 0,5 სმ ინტერვალით;

- განისაზღვროს ინვაზიის სიღრმე;
- გაიზომოს მინიმალური მანძილი სეროზულ გარსამდე;
- ამოიჭრას პროქსიმალური და დისტალური რეზექციის კიდეები;
- ამოიჭრას სიმსივნის უბნიდან ნორმალურ უბანში გადასვლის რეგიონი;
- ამოიჭრას მინიმუმ ორი ნაჭერი სიმსივნური უბნიდან მინიმალური დამორების მანძილით სეროზული გარსიდან;
- ამოიჭრას უბანი სიმსივნის ცენტრიდან;
- ამოიჭრას უბნები სხვა დაზიანებული მაკრომორფოლოგიურად შეცვლილი უბნებიდან;
- უნდა ამოიჭრას ყველა ნაპოვნი ლიმფური კვანძი (თუ ლიმფური კვანძის დიამეტრი არ აღემატება 3მმ-ს, მაშინ მას პირდაპირ ვდებთ კასეტაში, თუ მისი ზომა მერყეობს 3მმ-დან 1სმ-მდე, მაშინ მას ვჭრით ორ ნაწილად და ისე ვათავსებთ კასეტაში (თუ ერთ კასეტაში ვათავსებთ ორ შუაზე გაჭრილ სხვადასხვა ლიმფურ კვანძს, მაშინ კასეტაში ჩადებამდე ერთი მათგანის სეროზულ გარსს ვღებავთ საღებავით). 1სმ-ზე დიდი ზომის ლიმფური კვანძი შეიძლება დაიჭრას რამდენიმე ნაწილად და ცალცალკე ჩაიდოს სხვადასხვა კასეტებში);
- გამოსაკვლევად უნდა ამოიჭრას 3-4 მმ სისქის ქსოვილოვანი ნიმუშები, ნაჭრების რაოდენობა დამოკიდებულია სიმსივნის ზომასა და მოცულობაზე;
- მცირე ზომის სიმსივნის შემთხვევაში შესაძლებელია მთელი სიმსივნური უბნის ამოჭრა.

8.4. საკვლევი მასალის მიკროსკოპული გამოკვლევა:

საკვლევი მასალის მიკროსკოპული გამოკვლევისას პათოლოგმა უნდა მოახდინოს მასალის მიკროსკოპული აღწერა წვრილი ნაწლავის ავთვისებიანი 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 ტიპის მიკრომორფოლოგიური აღწერილობა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის კლასიფიკაციის მიხედვით;
- მიუთითოს სიმსივნის დიფერენციაციის ხარისხი უნდა შეფასდეს შემდეგი სქემის მიხედვით:
 - შეუსაბამოა;
 - GX: შეფასება შეუძლებელია;
 - G1: მაღალდიფერენცირებული;
 - G2: საშუალო დიფერენციაციის;
 - G3: დაბალდიფერენცირებული;
 - G4: არადიფერენცირებული;
 - სხვა (მიუთითეთ):_____.
- სიმსივნის მიკროსკოპული გავრცელება
 - შეფასება შეუძლებელია;
 - პირველადი სიმსივნე არ ვლინდება;
 - სიმსივნე ინვაზირებს საკუთარ ფირფიტაში;
 - სიმსივნე ინვაზირებს ლორწოვან შრეში;
 - სიმსივნე ინვაზირებს კუნთოვან გარსში;

- სიმსივნე ინვაზირებს კუნთოვანი შრის გავლით სუბსეროზულ ცხიმოვან ქსოვილში ან პერიტონეუმით დაუფარავ პერიინტესტინალურ რბილ ქსოვილებში, მაგრამ არ ვრცელდება სეროზულ გარსზე;
- სიმსივნე (მიკროსკოპულად) მოიცავს სეროზულ ზედაპირს (ვისცერულ პერიტონეუმს);
- სიმსივნე უშუალოდ ინვაზირებს მიმდებარე სტრუქტურებში (მიუთითეთ): _____;
- სიმსივნე პენეტრირებს ვისცერული პერიტონეუმის ზედაპირზე (სეროზულ გარსზე) და უშუალოდ ვრცელდება მიმდებარე სტრუქტურებში (მიუთითეთ): _____.

• რეზექციის კიდეების მდგომარეობის შეფასება:

- როცა ყველა კიდე თავისუფალია ინვაზიური კარცინომისგან: მანძილი ინვაზიური კარცინომიდან უახლოეს კიდემდე __მმ ან __ სმ. მიუთითეთ კიდე (თუ ეს შესაძლებელია): _____

• პანკრეასის და 12- გოჯა ნაწლავის სეგმენტური რეზექციის დროს პროქსიმალური კიდე

- შეფასება შეუძლებელია;
- თავისუფალი ინვაზიური კარცინომისგან;
- მოცულია ინვაზიური კარცინომისგან;
- პროქსიმალურ კიდეში არ ვლინდება ლორწოვანშიდა კარცინომა/ადენომა;
- პროქსიმალურ კიდეში ვლინდება ლორწოვანშიდა კარცინომა/ადენომა.

დისტალური კიდე

- შეფასება შეუძლებელია;
- თავისუფალი ინვაზიური კარცინომისგან;
- მოცულია ინვაზიური კარცინომისგან;
- დისტალურ კიდეში არ ვლინდება ლორწოვანშიდა კარცინომა/ადენომა;
- დისტალური კიდეში ვლინდება ლორწოვანშიდა კარცინომა/ადენომა.

ცირკულარული (რადიალური) ან მეზენტერული კიდე

- არ ექვემდებარება შეფასებას;
- შეფასება შეუძლებელია;
- თავისუფალი ინვაზიური კარცინომისგან;
- მოცულია ინვაზიური კარცინომისგან (სიმსივნე ვლინდება კიდიდან 0-1 მმ დაშორებით).

სხვა კიდეები

- მიუთითეთ კიდე(ები): _____
- შეფასება შეუძლებელია;
- თავისუფალი ინვაზიური კარცინომისგან;
- მოცულია ინვაზიური კარცინომისგან.

• პანკრეატოდუოდენექტომიის დროს (Whipple)

ნაღვლის სადინრის კიდე

- არ ექვემდებარება შეფასებას;
- შეფასება შეუძლებელია;
- თავისუფალი ინვაზიური კარცინომისგან;
- მოცულია ინვაზიური კარცინომისგან.

პანკრეასის კიდე

- არ ექვემდებარება შეფასებას;

- შეფასება შეუძლებელია;
- თავისუფალი ინვაზიური კარცინომისგან;
- მოცულია ინვაზიური კარცინომისგან.
- ლიმფანგიოინვაზიის არსებობა;
- ლიმფური კვანძების საერთო რაოდენობა;
- მეტასტაზირებული ლიმფური კვანძების რაოდენობა;
- სიმსივნესთან ასოცირებული სხვა დამოუკიდებელი პათოლოგიების მიკრომორფოლოგიური აღწერილობა.

8.5. წვრილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეების პოსტოპერაციული და ბიოპსიური მასალის ჰისტოპათოლოგიური კვლევის შედეგად, პათოლოგის მიერ უნდა უნდა შემუშავდეს დასკვნა (დანართი N2), რომელშიც აისახება, სულ მცირე, შემდეგი ინფორმაცია:

- პათოლოგიური პროცესის კლინიკის მიერ მოწოდებული ლოკალიზაცია;
- ჰისტოპათოლოგიური დიაგნოზი;
- სიმსივნის ჰისტოლოგიური ტიპი მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის კლასიფიკაციის მიხედვით (დანართი N3);
- სიმსივნის პროგნოზირება/მკურნალობის სქემისათვის მნიშვნელოვანი ჰისტომორფოლოგიური მონაცემები (ნეკროზი, მიტოზური აქტივობა);
- სიმსივნის დიფერენციაციის ხარისხი;
- ინვაზიის ხარისხი;
- სიმსივნის დიამეტრი;
- რეზექციის კიდეების მდგომარეობა;
- ლიმფანგიოინვაზიის არსებობა;
- ლიმფური კვანძების მდგომარეობა;
- TNM კლასიფიკაცია და სტადირება (იხ. დანართი N4).

9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის გამოყენების შედეგად მოსალოდნელია 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 დამატებით 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	დაბადებისთარიღი	
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

წერილი ნაწლავის სიმსივნის ჰისტოპათოლოგიური დასკვნა											
1	პაციენტის სახელი და გვარი		2	დაბადებისთარიღი							
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 მიღების:			დასკვნის გაცემის:							
15	მაკროსკოპული აღწერილობა										
16	მიკროსკოპული აღწერილობა										
17	სიმსივნის ჰისტომორფოლოგიური ტიპი WHO ICD-0 კლასიფიკაციის მიხედვით										
18	ICD-O code:	M_____	19	pT_____	pN_____	pM_____					
20	მაკროპრეპარატის სახე:		21	სიმსივნის მდებარეობა		22	ავთვისებიანობის ხარისხი				
	<input type="checkbox"/> თორმეტგოკა ნაწლავი <input type="checkbox"/> მლივი ნაწლავი <input type="checkbox"/> თემო ნაწლავი <input type="checkbox"/> სხვა ორგანოები		<input type="checkbox"/> თორმეტგოკა ნაწლავი <input type="checkbox"/> მლივი ნაწლავი <input type="checkbox"/> თემო ნაწლავი <input type="checkbox"/> სხვა ორგანოები		<input type="checkbox"/> GX შეფასებავერ ხერხდება <input type="checkbox"/> G1 მაღალი დიფერენცირებული <input type="checkbox"/> G2 სასუალო დიფერენციაციის <input type="checkbox"/> G3 დაბალი დიფერენციაციის <input type="checkbox"/> G4 არადიფერენცირებული						
23	ლიმფო-ვასკულური ინვაზია			24	პერინერვული ინვაზია						
	<input type="checkbox"/> არ არის <input type="checkbox"/> არის <input type="checkbox"/> საეჭვოა			<input type="checkbox"/> არ არის <input type="checkbox"/> არის <input type="checkbox"/> საეჭვოა							
25	სიმსივნის ზომები		მაქსიმალური დიამეტრი ___ სმ დამატებითი ზომები ___ სმ x ___ სმ								
26	რეზექციის ზაზები			27	სიმსივნის გავრცელება მიკროსკოპულად						
	პროქსიმალური რეზექციის კიდე <input type="checkbox"/> თავისუფალია, დაშორება (მმ) <input type="checkbox"/> დაზიანებულია დისტალური კიდე <input type="checkbox"/> თავისუფალია, დაშორება (მმ) <input type="checkbox"/> დაზიანებულია ცირკულარული კიდე <input type="checkbox"/> თავისუფალია, დაშორება (მმ) <input type="checkbox"/> დაზიანებულია			<input type="checkbox"/> შეუძლებელია შეფასება <input type="checkbox"/> პირველადი სიმსივნე არ ვლინდება <input type="checkbox"/> სიმსივნე ინვაზირებს საკუთარ ფირფიტაში <input type="checkbox"/> სიმსივნე ინვაზირებს ლორწოქვეშაშრეში <input type="checkbox"/> სიმსივნე ინვაზირებს საკუთარ ფირფიტაში <input type="checkbox"/> სიმსივნე ინვაზირებს კუნთოვანში <input type="checkbox"/> სიმსივნე ინვაზირებს სუბსეროზულ ცხიმოვან ქსოვილში ან არაპერიტონიზირებულ პერიინტესტინულ რბილ ქსოვილებში მაგრამ არ ვრცელდება სეროზულ ზედაპირზე <input type="checkbox"/> სიმსივნე ინვაზირებს სეროზულ ზედაპირზე (ვისცერულპერიტონეუმზე) <input type="checkbox"/> სიმსივნე ინვაზირებს მიმდებარე სტრუქტურებში							
28	რეგიონული ლიმფური კვანძები										
	გამოკვლეული ლიმფური კვანძების საერთო რაოდენობა ___ მეტასტაზური ლიმფური კვანძების რაოდენობა ___										
29	კომენტარები										
30	პათოლოგანატომის ხელმოწერა										

დანართი N3: წვრილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეების კლასიფიკაცია ჰისტოლოგიური ტიპის მიხედვით

ადენოკარცინომა (არასპეციფიური)

___ მუცინური (ლორწოვანი) ადენოკარცინომა (ლორწოვანი ნაწილი 50%-ზე მეტი)

___ ბეჭდისებურ უჯრედოვანი ადენოკარცინომა (ბეჭდისებური უჯრედების შემცველობა 50%-ზე მეტი)

___ მაღალ-დიფერენცირებული ნეიროენდოკრინული კარცინომა

- ___ დიდ-უჯრედოვანი ნეიროენდოკრინული კარცინომა
- ___ მცირე-უჯრედოვანი ნეიროენდოკრინული კარცინომა

___ ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა

___ ადენოსქვამოზური კარცინომა

___ მედულური კარცინომა

___ არადიფერენცირებული კარცინომა

___ შერეული ადენონეიროენდოკრინული კარცინომა

___ სხვა (მიუთითეთ): _____

დანართი N4: წვრილი ნაწლავის ავთვისებიანი სიმსივნეების TNM კლასიფიკაცია და სტადირება

პირველადი სიმსივნე (pT)

pTX პირველადი სიმსივნის შეფასება შეუძლებელია

pT0 პირველადი სიმსივნის არ ვლინდება

pTis კარცინომა in-situ

pT1a სიმსივნის გავრცელება საკუთარ ფირფიტაში

pT1b სიმსივნის გავრცელება ლორწოქვეშაში

pT2 სიმსივნის გავრცელება კუნთოვანში

pT3 სიმსივნე ინვაზირებს სუბსეროზულ ცხიმოვან ქსოვილში ან არაპერიტონიზირებულ კუნთოვანის ირგვლივ არსებულ ქსოვილებში (მეზენტერიუმში ან რეტროპეროტონეუმში) 2 სმ-ით ან ნაკლებად

pT4 სიმსივნე პერფორირებს ვისცერულ პერიტონეუმს ან ცაიზრდება სხვა ორგანოებში ან სტრუქტურებში (წვრილი ნაწლავის სხვა მარყუჟებში, მეზენტერიუმში ან რეტროპერიტონეუმში >2სმ, ან მუცლის კედელში სეროზულის გავლით, მხოლოდ თორმეტგოჯაში, ინვაზია პანკრეასში ან სანაღვლე სადინარში)

რეგიონული ლიმფური კვანძები (pN)

pNX რეგიონული ლიმფური კვანძების შეფასება შეუძლებელია

pN0 რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზი არ არის

pN1 მეტასტაზი 1–3 რეგიონულ ლიმფურ კვანძში

pN2 მეტასტაზი 4–ზე მეტ რეგიონულ ლიმფურ კვანძში

შორეული მეტასტაზები (pM)

pM0 შორეული მეტასტაზი არ არის

pM1 შორეული მეტასტაზი არის

სტადირება

სტადია 0		Tis		N0	M0
სტადია I		T1		N0	M0
		T2		N0	M0
სტადია IIA		T3		N0	M0
სტადია IIB		T4		N0	M0
სტადია IIIA		T1,T2		N1	M0
სტადია IIIB		T3,T4		N1	M0
სტადია IIIC	ნებისმიერი	T		N2	M0
სტადია IV	ნებისმიერი	T	ნებისმიერი	N	M1