

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

ნაზალური ღრუებისა და პარანაზალური წიაღების ავთვისებიანი სიმსივნეების ბიოპსიური და პოსტოპერაციული მასალის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა

პროტოკოლი

სარჩევი

| | |
|---|----|
| 1. პროტოკოლის დასახელება: ნაზალური ღრუებისა და პარანაზალური წიაღების 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 | 5 |
| 8. რეკომენდაციები | 5 |
| 9. მოსალოდნელი შედეგები | 12 |
| 10. აუდიტის კრიტერიუმები..... | 12 |
| 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები | 12 |
| 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. ნაზალური ღრუებისა და პარანაზალური სინუსების ავთვისებიანი სიმსივნეების კლასიფიკაცია ჰისტოლოგიური ტიპის მიხედვით:..... | 14 |
| დანართი N4. ნაზალური ღრუებისა და პარანაზალური სინუსების ავთვისებიანი სიმსივნეების TNM კლასიფიკაცია და სტადირება: | 16 |
| ცხრილი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი..... | 13 |

1. პროტოკოლის დასახელება: ნაზალური ღრუებისა და პარანაზალური წიაღების ავთვისებიანი სიმსივნეების ბიოპსიური და პოსტოპერაციული მასალის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

| დასახელება | კოდი |
|--|--------|
| 1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება | ICD 10 |
| ცხვირის ღრუს და შუა ყურის ავთვისებიანი სიმსივნეები | C30 |
| დანამატი წიაღების ავთვისებიანი სიმსივნე | C31 |
| 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 Nasal Cavity and Paranasal Sinuses Based on AJCC/UICC TNM, 7th edition. Protocol web posting date: October 2013
http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer_protocols/2013/NasCavParanasSinus_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 მონაწილეებდნენ:

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, ნაზალური ღრუებისა და პარანაზალური სინუსების 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) პათოჰისტოლოგიური დასკვნის სტანდარტული ფორმისა და მისი შემცველი კომპონენტების განსაზღვრას.

5. საკვლევი მასალა

პროტოკოლით მოწოდებული რეკომენდაციები შეეხება ნაზალური ღრუებისა და პარანაზალური სინუსების სიმსივნის დიაგნოზის მქონე/ეჭვით აღნიშნულ დიაგნოზზე, ნებისმიერი ასაკის პაციენტის ნაზალური ღრუებიდან ან პარანაზალური სინუსიდან აღებულ მასალას.

პროტოკოლი მიესადაგება ნაზალური ღრუებისა და პარანაზალური სინუსების ყველა ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოსტიკას, ლორწოვანის მელანომის ჩათვლით. პროტოკოლი არ გამოიყენება ლიმფომების, ნეიროექტოდერმული ნეოპლაზმებისა 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 ფურცელის რეკომენდებული ფორმა;

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

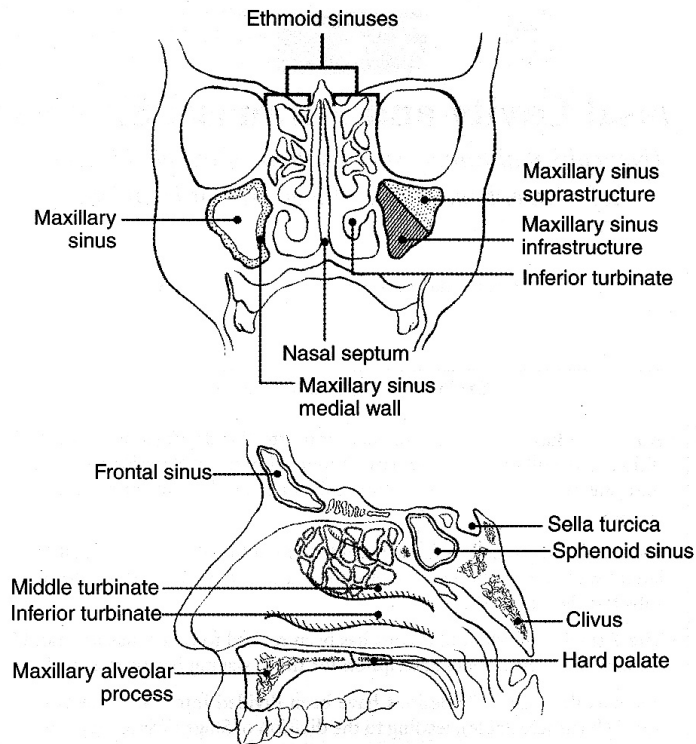
- საკვლევი მასალა აღებისთანავე უნდა მოთავსდეს ფორმალინის 10%-იან ნეიტრალურ ხსნარში ფიქსაციისათვის;
- თუ მასალა ლაბორატორიაში შემოსვლამდე უკვე დევს ფორმალინში, ფორმალინი უნდა გამოიცვალოს. გამოყენებული უნდა იყოს 10%-იანი ნეიტრალური ფორმალინის ხსნარი;
- საკვლევი მასალის ფიქსაციის ხანგრძლივობა უნდა განისაზღვროს 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 თვალით ხილული ცვლილებების შეფასებას ზომის, ფორმის, ფერის და კონსისტენციის გათვალისწინებით.

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

სურათი N1: ნაზალური დრუებისა და პარანაზალური სინუსების ანატომია



- უნდა განისაზღვროს მაკროპრეპარატის სახე, კერძოდ:
 - დაუფიქსირებელი;
 - ფორმალინში დაფიქსირებული;
 - სხვა (მიუთითეთ): _____
- მითითებული უნდა იქნას პრეპარატის წარმოშობა, კერძოდ:
 - ცხვირის დრუ;
 - პარანაზალური წიაღები;
 - კისრის ლიმფური კვანძების დისექცია.
 - ქირურგიული ჩარევის სახე:
 - რეზექცია (მიუთითეთ ტიპი): პარციალური მაქსილექტომია; რადიკალური მაქსილექტომია;
 - კისრის ლიმფური კვანძების დისექცია:
 - რადიკალური დისექცია;
 - მოდიფიცირებული რადიკალური დისექცია, შიგნითა საულლე 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 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.
- რეზექციის შემთხვევაში: უნდა განისაზღვროს ოპერაციული მასალის წონა გრამებში;
- უნდა განისაზღვროს ოპერაციული მასალის ზომა სამივე განზომილებაში სანტიმეტრებში;
- უნდა განისაზღვროს საკვლევი მასალის შესატყვისობა თანმხლები ფურცელში მითითებულ პარამეტრებთან;
 - თუ საკვლევი მასალა არ შეესატყვისება საკვლევი მასალის თანმხლებ ფურცელში მითითებულ პარამეტრებს ან/და შემთხვევა საინტერესოა მეცნიერულ/საგანმანათლებლო თვალსაზრისით, აუცილებელია ფოტო სურათის გადაღება.
- უნდა განისაზღვროს სიმსივნური ქსოვილის ფერი, ზომა, კონსისტენცია, ფორმა, კიდეების კონტურები, ძვლოვანი ფრაგმენტების არსებობა ან არ არსებობა. ასევე მიეთითოს სიმსივნე წარმოდგენილია ერთი თუ რამოდენიმე კერის სახით. პრეპარატი ფრაგმენტირებულია თუ ინტაქტური;
- ტოტალური რეზექციის შემთხვევაში მნიშვნელოვანია პრეპარატის ზუსტი ორიენტაცია;
- საღებავით მარკირებული უნდა იქნას ქირურგიული გადაკვეთის ხაზი (ქირურგიული რეზექციის კიდეები), თუ მოწოდებული მასალა უკვე არ არის მარკირებული საღებავით და გამოყენებულია მარკირების რაიმე სხვა მეთოდი;
- მითითებულ იქნას სიმსივნური პროცესის ზუსტი ლოკალიზაცია:

ცხვირის ღრუ:

- ცხვირის ძგიდე;
- ლატერალური კედელი;
- ცხვირის ღრუს კარიბჭე.

პარანაზალური სინუსები:

- ზედა ყბის წიაღი;
- ცხვირის ძვლის წიაღი;
- შუბლის წიაღი;
- ძირითადი ძვლის წიაღი.
- გაიზომოს და მიეთითოს დაშორების მანძილი სიმსივნის კიდიდან რეზექციის კიდემდე (ქირურგიული გადაკვეთის ხაზამდე);
- შეფასდეს სიმსივნის გავრცელება ირგვლივმდებარე ქსოვილებსა და თანმხლები ორგანოების ქსოვილებში, მათ შორის მნიშვნელოვანია, მაკროსკოპულად აღინიშნება თუ არა სიმსივნის გავრცელება ხრტილოვან, ძვლოვან და ირგვლივმდებარე რბილ ქსოვილებში;

- არსებობის შემთხვევაში, მითითებული უნდა იყოს სხვა თანმხლები არასიმსივნური ცვლილებები (ნეკროზი, დეგენერაციული ცვლილებები, კალციფიკაცია, სისხლჩაქცევები, ცისტური ცვლილებები და სხვა);
- უნდა ამოიჭრას ქირურგიული რეზექციის კიდეები;
- სიმსივნის სხვადასხვა უბნებიდან ამოჭრისას უნდა იქნას 3-4 მმ სისქის ქსოვილოვანი ნიმუშები, არანაკლებ 4 ნაჭერი (სიმსივნის კაფსულასთან, სიმსივნის გადაკვეთის ხაზთან და სიმსივნის ნორმალურ ქსოვილთან მიმართებაში. არსებობის შემთხვევაში სიმსივნის მეზობელ ორგანოებთან მიმართებაში). ამოჭრისას ყურადღება უნდა მიექცეს სიმსივნის გავრცელებას. თუ სიმსივნე მულტიფოკალურია, აუცილებელია, ამოჭრილ იქნას ნაჭრები ყველა კერიდან (შესაბამისი მარკირებით);
- მცირე ზომის სიმსივნის შემთხვევაში შესაძლებელია მთელი სიმსივნური უბნის ამოჭრა;
- თუ გამოსაკვლევ მასალას თან ახლავს ლიმფური კვანძების დისექციური ფრაგმენტი, უნდა მიეთითოს მისი ტიპი:
 - რადიკალური დისექცია;
 - მოდიფიცირებული დისექცია;
 - შერჩევითი დისექცია.
- მითითებული უნდა იქნას ლიმფური კვანძების საერთო რაოდენობა და ზუსტი ლოკალიზაცია (არსებობის შემთხვევაში);
 - არსებობის შემთხვევაში ამოჭრილი უნდა იქნას ყველა ნაპოვნი ლიმფური კვანძი;
 - თუ ლიმფური კვანძის დიამეტრი არ აღემატება 4 მმ.-ს, მაშინ მას პირდაპირ ვდებთ კასეტაში, თუ მისი ზომა მერყეობს 4 მმ-დან 1 სმ-მდე მაშინ მას ვჭრით ორ ნაწილად და ისე ვათავსებთ კასეტაში. 1 სმ-ზე დიდი ზომის ლიმფური კვანძი შეიძლება დაიჭრას რამოდენიმე ნაწილად და ცალ-ცალკე ჩაიდოს სხვადასხვა კასეტებში. თუ ერთ კასეტაში ვათავსებთ ორ შუაზე გაჭრილ სხვადასხვა ლიმფურ კვანძს, მაშინ კასეტაში ჩადებამდე ერთი მათგანის სეროზულ გარსს ვღებავთ საღებავით;
 - კისრის ლიმფური კვანძების დისექციის შემთხვევაში სხვადასხვა დონის (level I-VI) ლიმფური კვანძების გამოკვლევა უნდა მოხდეს ცალ-ცალკე.

ლიმფური კვანძების დაჯგუფება ხდება შემდეგი სახით:

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 რეზექცირებულია ლიმფური კვანძები, მასალა მოიცავს ყბისქვეშა ჯირკვალსაც.

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

ლიმფური კვანძები, რომლებიც მოთავსებულია შიგნითა საუღლე 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 საუღლე ჯგუფი

ლიმფური კვანძები, რომლებიც მოთავსებულია შიგნითა საუღლე 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 საუღლე ჯგუფი

ლიმფური კვანძები, რომლებიც მოთავსებულია შიგნითა საუღლე 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 მდენარე 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 ნიმუში, II დონე - შიგნითა საუღლე ვენის ან კისრის შუა მესამედის ნიმუში, III დონე - შიგნითა საუღლე ვენის ან კისრის ქვედა მესამედის ნიმუში, წინიდან მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთამდე.

- მიეთითოს ახლავს თუ არა მკერდ-ლავიწ-დვრილისებური კუნთი, ყბაყურა და ყბისქვეშა ჯირკვლები, კისრის ვენა: აიწონოს და მიეთითოს თითოეული ამ ორგანოს ზომები.

8.3.2. 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 მასალი ფერი, კონსისტენცია;
- არსებობის შემთხვევაში, მითითებული უნდა იყოს სხვა თანმხლები ცვლილებები (ნეკროზი, დეგენერაციული ცვლილებები, კალციფიკაცია, სისხლჩაქცევები და სხვა).

8.4. საკვლევი მასალის მიკროსკოპული გამოკვლევა

საკვლევი მასალის მიკროსკოპული გამოკვლევისას პათოლოგმა უნდა მოახდინოს მასალის მიკროსკოპული აღწერა ნაზალური ღრუების და პარანაზალური წიაღების 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 WHO კლასიფიკაციის მიხედვით;
- სიმსივნის ავთვისებიანობის ხარისხი შემდეგი სქემით:
 - შეფასება შეუსაბამოა;
 - GX: შეფასება შეუძლებელია;
 - G1: მაღალდიფერენცირებული;
 - G2: ზომიერად დიფერენცირებული;
 - G3: დაბალდიფერენცირებული
 - სხვა (მიუთითეთ): _____
- სიმსივნის მიკროსკოპული გავრცელება;
- ქირურგიული რეზექციის კიდეები 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): _____

- კიდევ(ებ)ზე არ ვლინდება კარცინომა in situ (მოიცავს ზომიერ და მძიმე დისპლაზიას):
 - სიმსივნის დაშორება რეზექციის უახლოესი კიდიდან: ___მმ
 - მიუთითეთ კიდევ(ები) ორიენტაციის მიხედვით (თუ შესაძლებელია):_____
- კიდევ(ებ)ზე ვლინდება კარცინომა in situ (მოიცავს ზომიერ და მძიმე დისპლაზიას):
 - მიუთითეთ კიდევ(ები) ორიენტაციის მიხედვით (თუ შესაძლებელია):_____
- ნეოადიუვანტური თერაპიის ეფექტები უნდა შეფასდეს შემდეგ კატეგორიებად: არ აღინიშნება; აღინიშნება (მიუთითეთ):_____; შეფასება შეუძლებელია;
- ლიმფოვასკულური ინვაზიის არსებობა;
- პერინერვული ინვაზიის არსებობა;
- მიკროსკოპული ნეკროზების არსებობა;
- სინუსოიდალური ინვაზიის არსებობა;
- ინვაზიის არსებობა ირგვლივმდებარე სტრუქტურებში (სრული ან ნაწილობრივი);
- გამოკვლეული ლიმფური კვანძების საერთო რაოდენობა;
- მეტასტაზურად დაზიანებული ლიმფური კვანძების რაოდენობა მათი დონისა და მეტასტაზური ფოკუსის ზომის მითითებით.
- სხვა პათოლოგიური ცვლილებები უნდა შეფასდეს შემდეგი სქემით:
 - აღმოჩენილი არ არის;
 - კარცინომა in situ;
 - ეპითელური დისპლაზია. მიუთითეთ:_____
 - ანთება (განსაზღვრეთ ტიპი):_____
 - ბრტყელუჯრედოვანი მეტაპლაზია;
 - ეპითელური ჰიპერპლაზია;
 - კოლონიზაცია;
 - სოკოვანი;
 - ბაქტერიული;
 - სხვა (მიუთითეთ):_____

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 იქნას აღწერილი.

დღესდღეობით ნაზალური ღრუებისა და პარანაზალური წიაღების ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოსტიკისათვის რუტინული ჰისტოლოგიის გარდა სხვა დამატებითი კვლევების ჩატარება სავალდებულო არ არის. იმუნოჰისტოქიმიისა და in situ ჰიბრიდიზაცია მოწოდებულია ვირუსების დეტექციისათვის.

8.6. ნაზალური ღრუების და პარანაზალური წიაღების ავთვისებიანი სიმსივნეების პოსტოპერაციული და ბიოპსიური მასალის ჰისტოპათოლოგიური კვლევის შედაგად, პათოლოგის მიერ უნდა უნდა შემუშავდეს დასკვნა (დანართი N2), რომელშიც აისახება, სულ მცირე, შემდეგი ინფორმაცია:

- ოპერაციის ტიპი;

- სიმსივნის ტიპი მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის კლასიფიკაციის მიხედვით (დანართი N3);
- დიფერენციაციის ხარისხი;
- სიმსივნის ლოკალიზაცია;
- რეზექციის კიდეები (სიმსივნისგან თავისუფალია თუ არა);
- რეზექციის კიდეებსა და სიმსივნეს შორის გაზომილი მინიმალური მანძილი მილიმეტრებში;
- ვენური ივაზია (არსებობა ან არარსებობა);
- ლიმფანგიონვაზია (არსებობა ან არარსებობა);
- პერინერვული ზრდა (არსებობა ან არარსებობა);
- ინვაზია ძვალში (არსებობა ან არარსებობა);
- ლიმფური კვანძების რაოდენობა;
- მეტასტაზირებული ლიმფური კვანძების რაოდენობა I. II. III. IV. V. VI დონეებში ცალ-ცალკე;
- სიმსივნის ექსტრანოდალური გავრცელება
- სხვა სიმსივნესთან ასოცირებული დამოუკიდებელი პათოლოგიები;
- TNM-კლასიფიკაცია და სტადირება (დანართი N4).

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 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 ჰისტოლოგიური, 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 N2. 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

| ნაზალური ღრუებისა და პარანაზალური სინუსების ავთვისებიანი სიმსივნეების 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 | ჩატარებული ოპერაცია: | | | | | | | | |
| 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 | მაკროპრეპარატის სახე | <ul style="list-style-type: none"> • ბიოპსია; • რეზექცია. | 18 | ზომები_X_X_მმ | | | | | |
| 19 | სიმსივნის ლოკალიზაცია | ცხვირის ღრუ: <ul style="list-style-type: none"> • ცხვირის ძგიდე • ლატერალური კედელი • ცხვირის ღრუს კარიბჭე პარანაზალური სინუსები: <ul style="list-style-type: none"> • ზედა ყბის წიაღი • ცხვირის ძვლის წიაღი • შუბლის წიაღი • ძირითადი ძვლის წიაღი | 20 | ზომები_X_X_მმ | | | | | |
| 21 | სიმსივნის მაკროსკოპული გავრცელება | | 22 | სიმსივნის მაკროსკოპული გავრცელება(დააკონკრეტეთ) | | | | | |
| 23 | სიმსივნის ჰისტომორფოლოგიური ტიპი WHO ICD-0 კლასიფიკაციის მიხედვით | | | | | | | | |
| 24 | ICD-O code: | M_____ | 25 | pT_____ | pN_____ | pM_____ | | | |
| 26 | დიფერენცირების ხარისხი | | 27 | სიმსივნის ფიკალურობა <input type="checkbox"/> უნიცენტრული <input type="checkbox"/> მულტიცენტრული | | | | | |
| 28 | სიმსივნის მიკროსკოპული გავრცელება | | | | | | | | |
| 29 | ლიმფური კვანძების საერთო რაოდენობა | | 30 | მეტასტაზური ლიმფური კვანძების რაოდენობა | | | | | |
| 31 | რეზექციის კიდეები pR _____ | | 32 | რეზექციის კიდის მინიმალური დაშორება სიმსივნიდან _____ მმ | | | | | |
| 33 | ლიმფანგიო ინვაზია | 34 | პერინერვული ინვაზია | 35 | შორეული მეტასტაზები | | | | |
| | <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 <input type="checkbox"/> უცნობია | | | | |
| 36 | კომენტარები | | | | | | | | |
| 37 | პათოლოგანატომის ხელმოწერა | | | | | | | | |

დანართი N3. ნაზალური ღრუებისა და პარანაზალური სინუსების ავთვისებიანი სიმსივნეების კლასიფიკაცია ჰისტოლოგიური ტიპის მიხედვით

ნაზალური ღრუებისა და პარანაზალური წიაღების კარცინომები

- ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა, ჩვეულებრივი ტიპი:
 - გარქავებადი;

- გარქავების გარეშე (ცილინდრულუჯრედოვანი, გარდამავალუჯრედოვანი).

ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომის ვარიანტები

- აკანტოლიზური ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა;
- ადენოსქვამოზური კარცინომა;
- ბაზალიდური ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა;
- პაპილური ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა;
- თითისტარაუჯრედოვანი ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა;
- ვერუკოზული კარცინომა;
- გიგანტურუჯრედოვანი კარცინომა;
- ლიმფოეპითელური კარცინომა (არა ნაზოფარინგეული);
- სინონაზალურისური არადიფერენცირებული კარცინომა.

ადენოკარცინომა, არა სანერწყვე ჯირკვლის ტიპის

- ინტესტინური ტიპის:
 - პაპილური ტიპის;
 - კოლინჯის ტიპის;
 - სოლიდური ტიპის;
 - მუცინური ტიპის;
 - შერეული ტიპის.
- არა-ინტესტინური ტიპის:
 - დაბალი ხარისხის ავთვისებიანობის;
 - საშუალო ხარისხის ავთვისებიანობის;
 - მაღალი ხარისხის ავთვისებიანობის.

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.
- კარცინომა პლეომორფული ადენომიდან (ავთვისებიანი შერეული სიმსივნე);
- ნათელუჯრედოვანი კარცინომა;
- ეპითელურ-მიოეპითელური კარცინომა;
- მუკოეპიდერმოიდული კარცინომა:
 - დაბალი ხარისხის ავთვისებიანობის;
 - საშუალო ხარისხის ავთვისებიანობის;
 - მაღალი ხარისხის ავთვისებიანობის.

- მიოეპითელური კარცინომა (ავთვისებიანი მიოეპითელიომა);
- ონკოციტური კარცინომა;
- პოლიმორფული დაბალი ხარისხის ადენოკარცინომა;
- სანერწყვე სადინრის კარცინომა;
- 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. ნაზალური ღრუებისა და პარანაზალური სინუსების ავთვისებიანი სიმსივნეების TNM კლასიფიკაცია და სტადირება

პირველადი სიმსივნე(pT): ზედა ყბის სინუსი

___ pT0: პირველადი სიმსივნე შეუმჩნეველია;

___ pTis: კარცინომა in situ;

___ pT1: სიმსივნე შემოსაზღვრულია ზედა ყბის სინუსის ლორწოვან გარსში, ძვლის ეროზიის და დესტრუქციის გარეშე;

___ pT2: სინსივნე იწვევს ძვლის ეროზიასა და დაშლას, ვრცელდება მაგარ სასასა და /ან ცხვირის შუა გასავალში, ზედა ყბის სინუსის უკანა კედელსა და ფრთისებრ მორჩებზე გავრცელების გარეშე;

___ pT3: სიმსივნე იჭრება ნებისმიერ სტრუქტურაში: ზედა ყბის ძვლის უკანა სინუსში, კანქვეშა ქსოვილებში, თვალის მედიალურ კედელზე ან ფსკერზე, ფრთისებრ ფოსოში, ცხავისებრ ფოსოში;

___ pT4a: საშუალოდ გამოხატული დაზიანება. სიმსივნე იჭრება თვალის წინა ნაწილში, ლოყის კანში, ფრთისებრ ფოსოში, საფეთქლის შუა ფოსოში, დაცხრილურ ფირფიტაში, სფენოიდალურ ან შუბლის სინუსებში.

___ pT4b: მკვეთრად გამოხატული სიმსივნური დაზიანება. სიმსივნე იჭრება: თვალის აპექსში, მაგარ გარსში, ტვინის ნივთიერებაში, შუა კრანიალურ ფოსოში, კრანიალურ ნერვებში, სამწვერა ნერვში, ნაზოფარინქსში და კლივიუსში.

პირველადი სიმსივნე (pT) ცხვირის ღრუ და ცხავისებრი სინუსი

___ pT1: სიმსივნე მოსაზღვრულია ერთი ნებისმიერი სტრუქტურით, ძვალში ინვაზიით ან მის გარეშე;

___ pT2: სიმსივნე იჭრება ცალკეულ რეგიონებში ან ვრცელდება მეზობელ სტრუქტურებში: ნაზოფარინგეალურ კომპლექსში, ძვალში ინვაზიით ან მის გარეშე;

___ pT3: სიმსივნე იჭრება თვალის ფსკერზე ან მედიალურ კედელზე, ზედა ყბის სინუსში, სასაში ან დაცხრილურ ფირფიტაში;

___ pT4a: ზომიერად გამოხატული დაზიანება, სიმსივნე იჭრება თვალის წინა ნაწილში, ცხვირის ან ლოყის კანში, მინიმალური გავრცელება აღინიშნება წინა კრანიალურ ფოსოში, ფრთისებრ მორჩებში, სფენოდალურ ან შუბლის სინუსებში.

___ pT4b: მკვეთრად გამოხატული სიმსივნური დაზიანება, სიმსივნე იჭრება: მაგარ გარსში, ტვინში, შუა კრანიალურ ფოსოში, კრანიალურ ნერვებში, სამწვერა ნერვში ნაზოფარინგალურ და კლივუსში.

რეგიონალური ლიმფური კვანძები (pN)

___ pNX: შეფასება შეუძლებელია

___ pN0: რეგიონალურ ლიმფურ კვანძში მეტასტაზი არ აღინიშნება

___ pN1: მეტასტაზები აღინიშნება სხეულის ერთ ცალკეულ ზონაში განლაგებულ ლიმფურ კვანძებში. სიმსივნის მაქსიმალური ზომა 3-სმ-ის ან ნაკლები.

___ pN2: მეტასტაზები აღინიშნება სხეულის ერთ ცალკეულ ზონაში განლაგებულ ლიმფურ კვანძებში. სიმსივნე ზომით მეტი 3-სმ-ზე, მაგრამ არაუმეტეს 6-სმ-ისა, ან სხეულის სხვადასხვა ადგილას არსებულ ლიმფურ კვანძებში, არაუმეტეს 6-სმ-ისა. მეტასტაზები ბილატერალურ ან კონტრალატერალურ ლიმფურ კვანძებში, მაქსიმალური ზომით არაუმეტეს 6-სმ-ისა;

___ pN2a: მეტასტაზები აღინიშნება სხეულის ერთ ცალკეულ ზონაში განლაგებულ ლიმფურ კვანძებში. სიმსივნე ზომით მეტი 3-სმ-ზე მაგრამ არა უმეტეს 6-სმ-ისა.

___ pN2b: მეტასტაზები აღინიშნება იპსილატერალურ ლიმფურ კვანძებში დიამეტრით არაუმეტეს 6სმ.

___ pN2c: მეტასტაზები ბილატერალურ ან კონტრალატერალურ ლიმფურ კვანძებში, მაქსიმალური ზომით არაუმეტეს 6-სმ-ისა.

___ pN3: მეტასტაზები ლიმფურ კვანძებში, 6-სმ-ზე მეტი ზომის.

შორეული მეტასტაზები (pM)

___ არ არის გამოვლენილი

___ pM1: ვლინდება შორეული მეტასტაზები

+სპეციფიური ადგილ(ებ)ი, თუ ცნობილია: _____

+პათოლოგიური მეტასტაზური ნიმუშის წყარო(სპეციფიური): _____

ლორწოვანი 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,X,XI,XII) საღეჭი 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
- +სფეციფიური ადგილი(ები), თუ ცნობილია: _____
- +პათოლოგიური მეტასტაზური ნიმუშის წყარო(სპეციფიური): _____

სტადირება – ყველა სიმსივნის შემთხვევაში, გარდა ავთვისებიანი მელანომისა

| | | | | |
|------------|------------|------------|--------------|----|
| სტადია 0 | Tis | | N0 | M0 |
| სტადია I | T1 | | N0 | M0 |
| სტადია II | T2 | | N0 | M0 |
| სტადია III | T1 | | N1 | M0 |
| | T2 | | N1 | M0 |
| | T3 | | N0,N1 | M0 |
| სტადია IVA | T1,T2,T3 | | N2 | M0 |
| | T4a | | N0,N1,N2 | M0 |
| სტადია IVB | T4b | ნებისმიერი | N | M0 |
| | ნებისმიერი | T | N3 | M0 |
| სტადია IVC | ნებისმიერი | T | ნებისმიერი N | M1 |

სტადირება – ავთვისებიანი მელანომის შემთხვევაში

| | | | | |
|------------|------------|------------|--------------|----|
| სტადია III | T3 | | N0 | M0 |
| სტადია IVA | T4a | | N0 | M0 |
| | T3-T4a | | N1 | M0 |
| სტადია IVB | T4b | ნებისმიერი | N | M0 |
| სტადია IVC | ნებისმიერი | T | ნებისმიერი N | |