

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

## რეტინობლასტომის პოსტოპერაციული მასალის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა

### პროტოკოლი

## სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: რეტინობლასტომის 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 პროტოკოლი განკუთვნილი .....	4
7. სამედიცინო დაწესებულებებში პროტოკოლის გამოყენების პირობები .....	4
8. რეკომენდაციები.....	4
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	9
10. აუდიტის კრიტერიუმები .....	9
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები .....	9
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი .....	9
13. დანართები.....	10

## დანართები და ცხრილები

დანართი N1: საკვლევი მასალის თანმხლები ფურცელი .....	10
დანართი N2: საკვლევი მასალის ჰისტომორფოლოგიური დასკვნის ფურცელი .....	10
დანართი N3: რეტინის ავთვისებიანი სიმსივნეების TNM კლასიფიკაცია .....	11
ცხრილი N1: ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი .....	9

1. პროტოკოლის დასახელება: რეტინობლასტომის პოსტოპერაციული მასალის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD 10
რეტინის ავთვისებიანი სიმსივნეები	C69
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 Retinoblastoma Based on AJCC/UICC TNM, 7th edition. Protocol web posting date: October 2013 [http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer\\_protocols/2013/Retinoblast\\_13protocol\\_3100.pdf](http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer_protocols/2013/Retinoblast_13protocol_3100.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 რეტინობლასტომის 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 რეტინობლასტომის დიაგნოზის მქონე/ეჭვით აღნიშნულ დიაგნოზზე, ნებისმიერი ასაკის პაციენტის ბადურიდან აღებულ მასალას.

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

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 გამოიცივლოს, 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, მიაწიჭოს 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

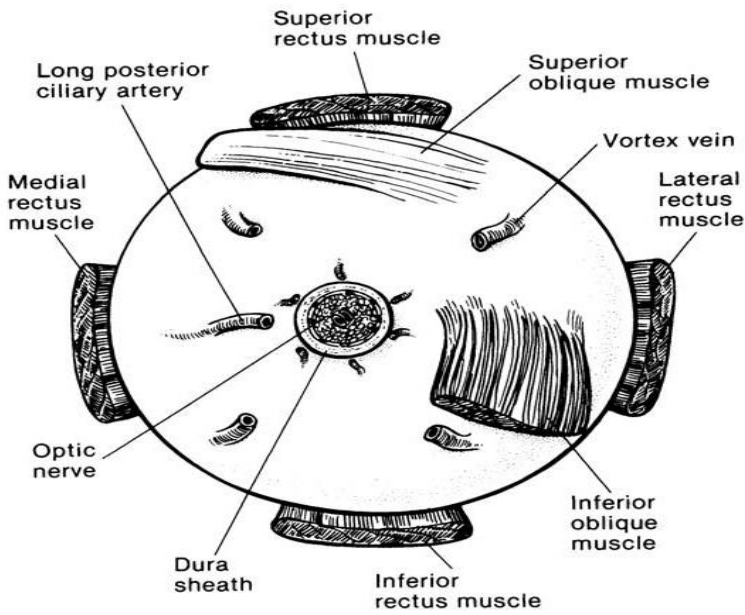
საკვლევი მასალის მაკროსკოპული გამოკვლევა გულისხმობს მასალის თვალთი ხილული ცვლილებების შეფასებას, ზომის, ფორმის, ფერის და კონსისტენციის გათვალისწინებით.

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

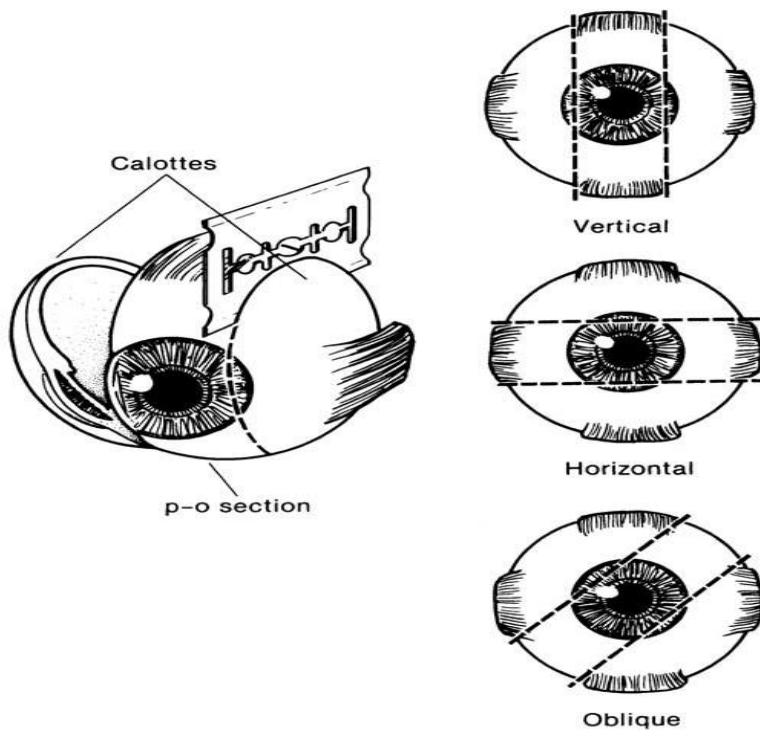
- პრეპარატის (ოპერაციის) ტიპი (ენუკლეაცია, ნაწილობრივი და ტოტალური ევისცერაცია);
- მიეთითოს მასალა ინტაქტურია თუ ფრაგმენტირებული (მიეთითოს ფრაგმენტების რაოდენობა);
- მაკრომასალა უნდა გაიზომოს სამ განზომილებაში;
- უნდა განისაზღვროს საკვლევი მასალის შესატყვისობა თანმხლებ ფურცელში მითითებულ პარამეტრებთან;
  - თუ საკვლევი მასალა არ შეესატყვისება საკვლევი მასალის თანმხლებ ფურცელში მითითებულ პარამეტრებს ან/და შემთხვევა საინტერესოა მეცნიერულ/საგანმანათლებლო თვალსაზრისით, აუცილებელია ფოტოსურათის გადაღება.
- ფიქსაციის შემდეგ თვალის კაკლის ორიენტირება უნდა მოხდეს თვალის კაკლის კუნთებთან, მხედველობის ნერვთან და სხვა სტრუქტურებთან მიმართებაში. (იხ. სურათი N1)
- ენუკლეაციის შემთხვევაში განისაზღვროს შემდეგი ზომები:
  - თვალის კაკლის წინა უკანა ზედაპირი- მმ.
  - ჰორიზონტალური დიამეტრი-მმ.
  - ვერტიკალური დიამეტრი -მმ.
  - მხედველობის ნერვის სიგრძე-მმ.
  - მხედველობის ნერვის დიამეტრი -მმ.
- ევისცერაციის დროს განისაზღვროს პერაპარატის მაქსიმალური დიამეტრი -სმ;
- მხედველობის ნერვის ქირურგიული გადაკვეთის კიდე მოინიშნოს საღებავით;

- სანამ მოხდება თვალის გაჭრა, მანამდე აუცილებელია მხედველობის ნერვის ქირურგიული გადაკვეთის კიდის ანათლის აღება, რათა შემდომ არ მოხდეს ნერვის კონტამინაცია სიმსივნური ქსოვილით (აღებული ანათლი უნდა ჩაიდოს კასეტაში და ჩაყალიბდეს გადაკვეთილი ზედაპირით ქვევით, ამ გზით შესაძლებელია მხედველობის ნერვის განივი ანათლის მიღება);
- შემდეგ მოხდეს თვალის გახსნა მაქსიმალური სიფრთხილით ბასრი სამართებლის საშუალებით, თვალის სტრუქტურული აგებულებიდან გამომდინარე;
- კლინიკურ მონაცემებზე დაყრდნობით, შესაძლებელია გაკეთდეს ჰორიზონტალური, ვერტიკალური ან ირიბი ანათლები (იხ. სურათი #2);
- თვალის გაჭრა მოხდეს ე.წ. P-O ანათლების გაკეთებით, რაც გულისხმობს ანათალს გუგიდან მხედველობის ნერვის გავლით. (ამ შემთხვევაში ანათალი მოიცავს მხედველობის ნერვის ცენტრს და მის დამატებით სტრუქტურებს). ასეთი ანათლების გაკეთებას აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა, რათა განისაზღვროს სიმსივნის ინვაზია მხედველობის ნერვში;
- შეფასდეს სიმსივნის ზუსტი ლოკალიზაცია:
  - სუპერტემპორალური კვანდრანტი superotemporal quadrant;
  - სუპერნაზალური კვანდრანტი superonasal quadrant;
  - ინფეროტემპორალური კვანდრანტი inferotemporal quadrant;
  - ინფერონაზალური კვანდრანტი inferonasal quadrant;
  - სხვა ლოკალიზაცია.
- შეფასდეს სიმსივნის ზომა სამ განზომილებაში;
- მანძილი სიმსივნის უკანა კიდიდან რქოვანა-სკლერის საზღვრამდე (limbus)-მმ;
- მანძილი სიმსივნის წინა კიდიდან მხედველობის დისკის კიდემდე - მმ;
- შეფასდეს სიმსივნის გავრცელება ირგვლივმდებარე თვალის სხვა სტრუქტურებში;
- ცალ-ცალკე აღებული იქნას თვალის კაკლის უკიდურესი ანათლები (calottes) (უპირატესად ხდება ვერტიკალურ ზედაპირის ანათლების აღება);
- შემდეგ მოხდეს სიმსივნური უბნის ე.წ. P-O ანათლების აღება და სერიული ანათლების გაკეთება, რათა შეფასდეს სიმსივნის ზუსტი ინვაზია მხედველობის ნერვში;
- მცირე ზომის სიმსივნის შემთხვევაში შესაძლებელია მთელი სიმსივნური უბნის ამოჭრა;
- რეტინობლასტომაზე ეჭვის შემთხვევაში ე.წ. P-O ანათლები გაკეთდეს მთლიანი გუგის რეგიონში და მოხდეს აღებული ქსოვილის ჩაყალიბება და სერიული ანათლების გაკეთება;
- გუგიდან მოცილებული სიმსივნის შემთხვევაში, ყურადღება მიექცეს საჭირო რაოდენობის ანათლების აღებას. მნიშვნელოვანია ასევე საჭირო რაოდენობის სიმსივნის ანათლების არსებობა ქოროიდულ ანუ საკუთრივ სისხლძარღვოვან გარსთან მიმართებაში, რადგან სიმსივნის ინვაზიას აღნიშნულ გარსში აქვს ასევე გადამწყვეტი პროგნოზული და სამკურნალო მნიშვნელობა. (მინიმუმ უნდა აიღოთ 20 ანათალი ამ ლოკალიზაციიდან).

სურათი N1: თვალის ანატომია მისი ორიენტირებისათვის



სურათი N2: განაკვეთების სახეები



8.4. საკვლევი მასალის მიკროსკოპული გამოკვლევა

საკვლევი მასალის მიკროსკოპული გამოკვლევას პათოლოგმა უნდა მოახდინოს მასალის მიკროსკოპული აღწერა საშვილოსნოს კეთილთვისებიანი და 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 ტიპი მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის კლასიფიკაციის მიხედვით;
- სიმსივნის დიფერენციაციის ხარისხი;
- სიმსივნის ზრდის ტიპი (ეგზოფიტური, ენდოფიტური, შერეული, დიფუზური);
- უჯრედებისა და ბირთვების ასპექტი;
- სიმსივნის დამოკიდებულება საკუთრივ სისხლძარღვოვან გარსთან (მიეთითოს ცრუ ინვაზიის, ნამდვილი ინვაზიის არსებობა: ფოკალური და მასიური ინვაზია);
- სიმსივნის გავრცელება მხედველობის ნერვთან მიმართებაში;
- მხედველობის ნერვის ქირურგიული გადაკვეთის კიდის შეფასება;
- სიმსივნის დამოკიდებულება თვალის სხვა სტრუქტურების ქსოვილში;
- სხვა ისეთი ცვლილებების არსებობა, როგორცაა: კალციფიკაციის, აპოპტოზური უჯრედების, ბაზოფილური ვასკულური დეპოზიტების, ანთებითი უჯრედების, ჰემორაგიის არსებობა და მიტოზების რაოდენობის განსაზღვრა 0,152 კვადრატული მილიმეტრის ფართობზე 40 X ობიექტივით;

8.5. საჭიროების შემთხვევაში, პათოლოგიური პროცესის იდენტიფიკაციისა და ტიპირებისათვის უნდა ჩატარდეს ჰისტო და/ან იმუნოჰისტოქიმიური გამოკლევა, მიღებული შედეგების მიკროსკოპული აღწერილობის მითითებით.

8.6. რეტინის სიმსივნეების ჰისტოპათოლოგიური კვლევის შედეგად, პათოლოგის მიერ უნდა უნდა შემუშავდეს დასკვნა (დანართი #2), რომელშიც აისახება, სულ მცირე, შემდეგი ინფორმაცია:

- ოპერაციის ტიპი;
- სიმსივნის ლოკალიზაცია;
- სიმსივნის ტიპი მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის WHO-ს კლასიფიკაციის მიხედვით;
- სიმსივნის დიფერენციაციის ხარისხი;
- სიმსივნის პროგნოზირების/ მკურნალობის სქემისათვის მნიშვნელოვანი ჰისტომორფოლოგიური მონაცემები (ნეკროზი, მიტოზური აქტივობა, ინვაზიის ხარისხი და სხვა);
- სიმსივნის დიამეტრი;
- სიმსივნის ინვაზია და სიღრმე;
- ლიმფანგიოინვაზია (არსებობა ან არარსებობა);
- პერინერვული ინვაზია (არსებობა ან არარსებობა);
- გავრცელება სხვა ორგანოებში;
- რეზექციის კიდეების მდგომარეობა (სიმსივნისგან თავისუფალია თუ არა);
- ინვაზია მხედველობის ნერვში და განსაკუთრებით რეზექციის კიდის შეფასება;
- სხვა სიმსივნესთან ასოცირებული დამოუკიდებელი პათოლოგიები;
- ინვაზია საკუთრივ სისხლძარღვოვან გარსში;
- სიმსივნის რადიკალობის შეფასება;
- სიმსივნის მულტიფოკალურობა;



- სიმსივნის გავრცელება ირგვლივმდებარე ქსოვილებსა და თვალის გარეთ;
- არსებობის შემთხვევაში, რეგიონალური ლიმფური კვანძების შეფასება;
- TNM-კლასიფიკაცია (იხ. დანართი #3).

## 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 ოთხი 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; სინათლის 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

რეტინობლასტომის 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 ოპერაციის ტიპი:			
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	<input type="checkbox"/> ენუკლეაცია <input type="checkbox"/> ნაწილობრივი ევისცერაცია <input type="checkbox"/> ტოტალური ევისცერაცია	18	ზომები_X_X_მმ	
19	სიმსივნის ლოკალიზაცია	<input type="checkbox"/> superotemporaal quadrant <input type="checkbox"/> superonasal quadrant <input type="checkbox"/> inferotemporaal quadrant <input type="checkbox"/> inferonasal quadrant <input type="checkbox"/> სხვა ლოკალიზაცია	20	ზომები_X_X_მმ	
21	სიმსივნის ინვაზია	<input type="checkbox"/> არის (მიუთითეთ სიღრმე) _____ <input type="checkbox"/> არ არის			
22	სიმსივნის ჰისტომორფოლოგიური ტიპი WHO ICD-0 კლასიფიკაციის მიხედვით				
23	ICD-O code: M_____	24	pT_____	pN_____	
25	დიფერენცირების ხარისხი	26	მიტოზების რაოდენობა 0,152 კვადრატული მილიმეტრის ფართობზე 40 X ობიექტით.		
27	სიმსივნის დამოკიდებულება საკუთრივ სისხლძარღვოვან გარსსთან: <input type="checkbox"/> ცრუ ინვაზია <input type="checkbox"/> ნამდვილი ინვაზია <input type="checkbox"/> ფოკალური ინვაზია <input type="checkbox"/> მასიური ინვაზია	28	სხვა ცვლილებები: <input type="checkbox"/> კალციფიკაცია <input type="checkbox"/> აპოპტოზური უჯრედები <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ბაზოფილური ვასკულური დეპოზიტები <input type="checkbox"/> ანთებითი უჯრედები <input type="checkbox"/> ჰემორაგია		
29	რეზექციის კიდეები pR _____	30	რეზექციის კიდის მინიმალური დაშორება სიმსივნიდან _____ მმ		
31	გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა _____	32	მეტასტაზურად დაზიანებული ლიმფური კვანძების რაოდენობა		
33	ლიმფანგიო ინვაზია <input type="checkbox"/> არის <input type="checkbox"/> არ არის	34	პერინერვული ინვაზია <input type="checkbox"/> არის <input type="checkbox"/> არ არის	35	სიმსივნის გავრცელება სხვა ორგანოებში(დააკონკრეტეთ) <input type="checkbox"/> არ არის <input type="checkbox"/> არის
36	კომენტარები				
37	პათოლოგანატომის ხელმოწერა				

### დანართი N3: რეტინის ავთვისებიანი სიმსივნეების TNM კლასიფიკაცია

#### პირველადი სიმსივნე (pT)

pTX : პირველადი სიმსივნის არსებობა უცნობია;

pT0 : პირველადი სიმსივნე არ ვლინდება;

pT1: სიმსივნე შემოსაზღვრულია თვალით, ოპტიკური ნერვისა და ქოროიდული ინვაზიის გარეშე;

pT2: სიმსივნე ოპტიკურ ნერვში/ან ქოროიდული ინვაზიით: (მინიმალურად);

\_\_\_ pT2a: სიმსივნე ზედაპირულად იჭრება ოპტიკური ნერვის დასაწყისში, მაგრამ არ ვრცელდება დაცხრილულ ფირფიტაში, ან სიმსივნე ავლენს ქოროიდულ ინვაზიას;

\_\_\_ pT2b: სიმსივნე ზედაპირულად იჭრება ოპტიკური ნერვის დასაწყისში, მაგრამ არ ვრცელდება დაცხრილულ ფირფიტაში და სიმსივნე ავლენს ქოროიდულ ინვაზიას;

pT3: სიმსივნე ოპტიკურ ნერვთან და შესამჩნევი ქოროიდული ინვაზიით;

\_\_\_ pT3a: სიმსივნე იჭრება ოპტიკურ ნერვში, დაცხრილულ ფირფიტაში მაგრამ არა ოპერაციული რეზექციის ხაზზე, ან სიმსივნე ავლენს მასიურ ქოროიდულ ინვაზიას;

\_\_\_ pT3b: სიმსივნე იჭრება ოპტიკურ ნერვში, დაცხრილულ ფირფიტაში მაგრამ არა ოპერაციული რეზექციის ხაზზე და ავლენს მასიურ ქოროიდულ ინვაზიას;

pT4: სიმსივნე იჭრება ოპტიკური ნერვის რეზექციურ ხაზში, ან ვრცელდება ექსტრა-ოკულარულად;

\_\_\_ pT4a: სიმსივნე იჭრება ოპტიკური ნერვის რეზექციურ ხაზში, მაგრამ არაა იდენტიფიცირებული ექსტრა-ოკულარული გავრცელება

\_\_\_ pT4b: სიმსივნე იჭრება ოპტიკური ნერვის რეზექციურებულ ხაზში და იდენტიფიცირებულია ექსტრა-ოკულარული გავრცელება.

### **რეგიონული ლიმფური კვანძები (pN)**

\_\_\_ pNX: რეგიონალური ლიმფური კვანძების შეფასება შეუძლებელია;

\_\_\_ pN0: რეგიონალური ლიმფური კვანძები დაზიანება არ ვლინდება;

\_\_\_ pN1: რეგიონალური ლიმფური კვანძები დაზიანებულია (ყურის წინა, კისრის ქვედა ყბისქვეშა);

\_\_\_ pN2: დაზიანებულია შორეული ლიმფური კვანძები.

### **შორეული მეტასტაზები (pM)**

\_\_\_ შორეული მეტასტაზების შეფასება შეუძლებელია;

\_\_\_ pM1: მეტასტაზური დაზიანება გარდა ცენტრალური ნერვული სისტემისა;

\_\_\_ pM1a: ერთეული დაზიანება;

\_\_\_ pM1b: მრავლობითი დაზიანებები;

\_\_\_ pM1c: ცნს-ში მეტასტაზები;

\_\_\_ pM1d: ცალკეული მასა(ები) ლეპტომენინგეალური და/ან CSF-ის დაზიანებით;

\_\_\_ pM1e: ლეპტომენინგეალური და/ან CSF-ის დაზიანებით.