

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

შარდსაწვეთისა და თირკმლის მენჯის ავთვისებიანი სიმსივნეების ბიოპსიური და პოსტოპერაციული მასალის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა

პროტოკოლი

სარჩევი

| | |
|---|----|
| 1. პროტოკოლის დასახელება: შარდსაწვეთისა და თირკმლის მენჯის 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 | 13 |
| 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები | 13 |
| 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი | 13 |
| 13. დანართები | 14 |

დანართები და ცხრილები

| | |
|---|----|
| დანართი N1: საკვლევი მასალის თანმხლები ფურცელი | 14 |
| დანართი N2: საკვლევი მასალის ჰისტომორფოლოგიური დასკვნის ფურცელი | 14 |
| დანართი N3: შარდსაწვეთისა და თირკმლის მენჯის ავთვისებიანი სიმსივნეების კლასიფიკაცია ჰისტოლოგიური ტიპის მიხედვით | 15 |
| დანართი N4: თირკმლის მენჯისა და შარდსაწვეთის ავთვისებიანი სიმსივნეების TNM კლასიფიკაცია და სტადირება | 17 |
| ცხრილი N1: ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი | 13 |

1. პროტოკოლის დასახელება: შარდსაწვეთისა და თირკმლის მენჯის ავთვისებიანი სიმსივნეების ბიოპსიური და პოსტოპერაციული მასალის ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

| დასახელება | კოდი |
|---|---------------|
| 1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება | ICD 10 |
| თირკმლის მენჯის ავთვისებიანი სიმსივნე | C65 |
| შარდსაწვეთის ავთვისებიანი სიმსივნე | C66 |
| 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 Ureter and Renal Pelvis Based on AJCC/UICC TNM, 7th edition. Protocol web posting date: October 2013

http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer_protocols/2013/RenalPelvUreter_13protocol_3400.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 შარდსაწვეთისა და თირკმლის მენჯის 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 შარდსაწვეთისა და თირკმლის მენჯის სიმსივნის დიაგნოზის მქონე/ეჭვით აღნიშნულ დიაგნოზზე, ნებისმიერი ასაკის პაციენტის შარდსაწვეთიდან ან თირკმლის მენჯიდან აღებულ მასალას.

პროტოკოლი მიესადაგება ინვაზიური და in situ კარცინომების და/ან მათთან ასოცირებული შარდსაწვეთისა და თირკმლის მენჯის ეპითელიური დაზიანებების დიაგნოსტიკას.

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

- ფრთხილად მოხდეს მასალის დათვალიერება;
- თუ პრეპარატი მარკირებულია მოხდეს მისი ორიენტაცია;
- ნეფროურეთეროექტომიის შემთხვევაში:
 - მითითებული უნდა იყოს მარჯვენაა თუ მარცხენა გამოსაკვლევი მასალა (შარდსაწვეთი და თირკმელი);
 - უნდა განისაზღვროს მაკროპრეპარატის სახე (ნაწილობრივი ნეფროურეთეროექტომია, სრული ნეფროურეთეროექტომია, სხვა ტიპის ოპერაცია);
 - განისაზღვროს ოპერაციული მასალის ზომა და წონა;
 - მაკროსკოპულად უნდა დათვალიერდეს და აღიწეროს ოპერაციული მასალის გარეთა ზედაპირი (Gerota-ს ფასცია). საღებავით მარკირებული უნდა იქნას მაკროპრეპარატის ზედაპირი;

- უნდა მოიძებნოს შარდსაწვეთისა და მსხვილი კალიბრის სისხლის მიღების (თირკმლის ვენისა და არტერიის) ქირურგიული გადაკვეთის კიდეები. მათი ამოჭრა სასურველია ოპერაციული მასალის ზედაპირის საღებავით მარკირებამდე;
- უნდა გაიჭრას შარსაწვეთი მენჯამდე მასში უნდა მოთავსდეს ორი ლითონის ზონდი ისე რომ, ერთი მიმართული იყოს ზედალატერალურ, ხოლო, მეორე ქვედალატერალურ ფიალებსკენ. შემდგომში ფრთხილი ზეწოლით აღნიშნული ზონდები უნდა გავატაროთ თირკმლის პარენქიმაში და მიმდებარე რბილ ქსოვილებში, რის შედეგადაც ზემოხსენებული ორი ზონდი ურთიერთპერპენდიკულარულად იქნება ერთმანეთის მიმართ განლაგებული. ამის შემდეგ უნდა მოხდეს მჭრელი დანით თირკმლის ქსოვილის გაჭრა თირკმლის ამოზნექილ ზედაპირზე (საგიტალურად) რკინის ზონდებსშორისი ხაზის გასწვრივ (თირკმლის სინუსის ცხიმოვანი ქსოვილი სასურველია დაიჭრას 5მმ-იანი ინტერვალით);
- ქირურგიული ოპერაციის ტიპის გათვალისწინებით მაკროსკოპულად უნდა იქნას აღწერილი და ჰისტომორფოლოგიური კვლევისათვის ამოჭრილი უნდა იქნას ნაჭრები რბილი ქსოვილების გადაკვეთის ხაზებიდან, შარდსაწვეთის ქირურგიული გადაკვეთის ხაზიდან, თირკმლის ჰილუსის რადიალური გადაკვეთის ხაზიდან, შარდის ბუმბში შარდსაწვეთის შესართავის ადგილიდან;
- უნდა გაიზომოს შარდსაწვეთის სიგრძე და დიამეტრი;
- არსებობის შემთხვევაში გაიზომოს აგრეთვე თირკმელზედა ჯირკვალი;
- მაკროსკოპულად უნდა აღიწეროს სიმსივნის: მხარეობა (მარცხენა თუ მარჯვენა), სიმსივნური კერის რაოდენობა (მონო თუ მულტიფოკალური) და მდებარეობა;
- გაიზომოს სიმსივნე 3 განზომილებაში;
- განისაზღვროს სიმსივნის მაქსიმალური დიამეტრი;
- განისაზღვროს სიმსივნის ფერი და კონსისტენცია;
- განისაზღვროს სიმსივნის გავცელება შარდსაწვეთის ან/და თირკმლის მენჯის კედელში, თირკმლის ფიალებში, თირკმლის ქსოვილში, თირკმლის სინუსის ცხიმში, თირკმლის მიმდებარე რბილ ქსოვილებში და თირკმლის ვენაში;
- უნდა განისაზღვროს სიმსივნის კიდეების კონტურები;
- თირკმლის ქსოვილში მაკროსკოპულად უნდა შეფასდეს სხვა არასიმსივნური პათოლოგიების არსებობა (ჰიდრონეფროზი, ცისტა, პიელონეფრიტი, არტერიოლონეფროსკლეროზი და სხვა);
- თირკმელზედა ჯირკვალის არსებობის შემთხვევაში, უნდა განისაზღვროს ამ უკანასკნელში სიმსივნის გავრცელება;
- ქვების არსებობის შემთხვევაში უნდა განისაზღვროს მათი რაოდენობა, ფორმა და ზომა. სასურველია გაიზავნოს ქვები ქიმიური ანალიზისათვის;
- არსებობის შემთხვევაში უნდა მიეთითოს ლიმფური კვანძების საერთო რაოდენობა და ზუსტი ლოკალიზაცია;
- საჭიროების შემთხვევაში აუცილებელია ფოტოსურათის გადაღება;
- თირკმლის მენჯის სიმსივნის შემთხვევაში აღებული უნდა იქნას მინიმუმ 3 ნაჭერი (სასურველია თირკმლის მენჯის სიმსივნის ამოჭრა მომიჯნავე ნორმალურ თირკმლის ქსოვილთან ერთად);

- შარდსაწვეთის სიმსივნის შემთხვევაში დაიჭრას შარდსაწვეთი პარალელურად 5მმ-ის ინტერვალით. სასურველია სიმსივნე ამოიჭრას სრულად (აუცილებელია მინიმუმ ერთი ნაჭრის ამოჭრა). ნაჭრები უნდა იყოს აღებული ისე, რომ მაქსიმალურად იყოს შესაძლებელი სიმსივნის გავრცელების შეფასება. აღებული იქნას ნაჭრები პროქსიმალური გადაკვეთის ხაზებიდან;
- არასიმსივნური თირკმლის ქსოვილიდან აღებული უნდა იქნას მინიმუმ ორი ნაჭერი;
- შარდსაწვეთის სიმსივნის შემთხვევაში თირკმლის მენჯიდან აღებული უნდა იქნას მინიმუმ ერთი ნაჭერი. თირკმლის მენჯის სიმსივნის შემთხვევაში კი მინიმუმ ორი ნაჭერი;
- ამოჭრილი უნდა იყოს მინიმუმ ერთი ნაჭერი თირკმლის ვენიდან და თირკმლის არტერიიდან;
- თირკმლის მენჯის სიმსივნის შემთხვევაში ამოჭრილი უნდა იყოს ნაჭრები შარდსაწვეთიდან ყოველი 1 სმ ინტერვალით;
- ამოიჭრას ნაჭრები ქირურგიული რეზექციის კიდეებიდან;
- ამოჭრისას ყურადღება უნდა მიექცეს სიმსივნის გავრცელებას. თუ სიმსივნე მულტიფოკალურია აუცილებელია აღებული იქნას ნაჭრები ყველა კერიდან (შესაბამისი მარკირებით).
- სეგმენტური ურეთერექტომიის შემთხვევაში უნდა განისაზღვროს:
 - შარდსაწვეთის სიგრძე და დიამეტრი;
 - პალპაციით უნდა მოხდეს სიმსივნის იდენტიფიკაცია;
 - აღებული უნდა იქნას ნაჭრები პროქსიმალური და დისტალური გადაკვეთის ხაზებიდან;
 - უნდა მოხდეს შარდსაწვეთის გარეთა ზედაპირის საღებავით მარკირება;
 - სიგრძეზე უნდა გაიჭრას შარდსაწვეთი და დათვალიერდეს ლორწოვანი გარსი;
 - დაიჭრას შარდსაწვეთი პარალელურად 5მმ-ის ინტერვალით;
 - სასურველია სიმსივნე ამოიჭრას სრულად (სიმსივნიდან ამოჭრილი უნდა იქნას მინიმუმ ერთი ნაჭერი);
 - ნაჭრები უნდა იყოს აღებული ისე, რომ მაქსიმალურად იქნას შესაძლებელი სიმსივნის გავრცელების შეფასება;
 - არსებობის შემთხვევაში ამოჭრილი უნდა იქნას ყველა ნაპოვნი ლიმფური კვანძი (თუ ლიმფური კვანძის დიამეტრი არ აღემატება 3მმ-ს, მაშინ მას პირდაპირ ვლებთ 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, 1 სმ-ზე დიდი ზომის ლიმფური კვანძი შეიძლება დაიჭრას რამდენიმე ნაწილად და ცალ-ცალკე ჩაიდოს სხვადასხვა კასეტებში));
- გამოსაკვლევად უნდა ამოიჭრას 3-4 მმ სისქის ქსოვილოვანი ნიმუშები;
- ნაჭრების რაოდენობა დამოკიდებული უნდა იყოს სიმსივნის ზომასა და მოცულობაზე;
- მცირე ზომის სიმსივნის შემთხვევაში შესაძლებელია მთელი სიმსივნური უბნის ამოჭრა.

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 შარდსაწვეთისა და თირკმლის მენჯის 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 (ინვაზიური კარცინომა, არაინვაზიური კარცინომა, კარცინომა in situ);
- სიმსივნის ჰისტოლოგიური ტიპის მიკრომორფოლოგიური დახასიათება მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის კლასიფიკაციის მიხედვით;
- სიმსივნესთან დაკავშირებული ეპითელური დაზიანება:
 - არ არის აღმოჩენილი;
 - უროთელური (გარდამავალუჯრედოვანი) პაპილომა;
 - უროთელური (გარდამავალუჯრედოვანი) პაპილომა, ინვერტირებული ტიპი;
 - პაპილური უროთელური (გარდამავალუჯრედოვანი) ნეოპლაზმა; ავთვისებიანობის დაბალი პოტენციალით;
 - შეფასება შეუძლებელია.
- სიმსივნის ავთვისებიანობის ხარისხი:
 - შეუსაბამოა;
 - განსაზღვრა შეუძლებელია;
 - უროთელური კარცინომა:
 - დაბალი ხარისხის ავთვისებიანობის;
 - მაღალი ხარისხის ავთვისებიანობის;
 - სხვა (მიუთითეთ): _____
 - ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა ან ადენოკარცინომა:
 - GX: შეფასება შეუძლებელია;
 - G1: მაღალდიფერენცირებული;
 - G2: ზომიერად დიფერენცირებული;
 - G3: დაბალდიფერენცირებული;
 - სხვა (მიუთითეთ): _____
 - სხვა კარცინომა
 - დაბალი ხარისხის ავთვისებიანობის;
 - მაღალი ხარისხის ავთვისებიანობის;

- სხვა (მიუთითეთ): _____
- სიმსივნის კონფიგურაცია:
 - პაპილური;
 - სოლიდური/კვანძოვანი;
 - ბრტყელი;
 - დაწყლულელებული;
 - განუსაზღვრელი;
 - სხვა (მიუთითეთ): _____
- მასალის ადექვატურობა კატეგორიის T განსაზღვრისათვის:
 - საკუთარი კუნთოვანი გარსი არ აღინიშნება;
 - საკუთარი კუნთოვანი გარსი აღინიშნება;
 - განუსაზღვრელია.
- სიმსივნის მიკროსკოპული გავრცელება:
 - შეფასება შეუძლებელია;
 - პირველადი სიმსივნის მტკიცებულება არ არსებობს;
 - პაპილური არაინვაზიური კარცინომა;
 - კარცინომა in situ;
 - სიმსივნე იჭრება სუბეპითელურ შემაერთებელ ქსოვილში;
 - სიმსივნე იჭრება კუნთოვან გარსში;
 - სიმსივნე აღწევს კუნთოვანი გარსის მიღმა თირკმლის მენჯის ირგვლივმდებარე ცხიმში ან თირკმლის პარენქიმაში (მხოლოდ თირკმლის მენჯის სიმსივნისათვის);
 - სიმსივნე აღწევს კუნთოვანი გარსის მიღმა შარდსაწვეთის ირგვლივმდებარე ცხიმში (მხოლოდ შარდსაწვეთის სიმსივნისათვის);
 - სიმსივნე აღწევს მიმდებარე ორგანოებში ან თირკმლის გავლით პერინეფრულ ცხიმოვან ქსოვილში.
- სიმსივნის ქირურგიული რეზექციის კიდეების მდგომარეობა უნდა შეფასდეს შემდეგი სქემის მიხედვით:
 - თირკმლის მენჯის რეზექციის შემთხვევაში:
 - კიდეების შეფასება შეუძლებელია;
 - კიდე(ებ)ზე ვლინდება ინვაზიური კარცინომა;
მიუთითეთ კიდე(ები): _____
 - კიდე(ებ)ზე ვლინდება კარცინომა in situ /არაინვაზიური მაღალი ხარისხის უროთელური კარცინომა;
მიუთითეთ კიდე(ები): _____
 - კიდე(ებ)ზე არ ვლინდება ინვაზიური კარცინომა/ კარცინომა in situ/
არაინვაზიური მაღალი ხარისხის უროთელური კარცინომა
კარცინომის დაშორება რეზექციის უახლოესი კიდიდან: ___მმ;
მიუთითეთ უახლოესი კიდე: _____
 - სხვა მნიშვნელოვანი ცვლილებები რეზექციის კიდეზე (მიუთითეთ კიდე):

 - ✓ დაბალი ხარისხის დისპლაზია;
 - ✓ არაინვაზიური დაბალი ხარისხის უროთელური კარცინომა.
 - შარდსაწვეთის რეზექციის შემთხვევაში:

- შეფასება შეუძლებელია;
- კიდე(ებ)ზე ვლინდება ინვაზიური კარცინომა.
 - პროქსიმალური ლორწოვანის კიდე;
 - დისტალური ლორწოვანის კიდე;
 - რბილი ქსოვილების ღრმა კიდე;
 - სხვა კიდე(ები) (მიუთითეთ):_____
- კიდე(ებ)ზე ვლინდება კარცინომა in situ /არაინვაზიური მაღალი ხარისხის უროთელური კარცინომა
 - პროქსიმალური ლორწოვანის კიდე;
 - დისტალური ლორწოვანის კიდე;
 - სხვა კიდე(ები) (მიუთითეთ):_____
- კიდე(ებ)ზე არ ვლინდება ინვაზიური კარცინომა/კარცინომა in situ/ არაინვაზიური მაღალი ხარისხის უროთელური კარცინომა
კარცინომის დაშორება რეზექციის უახლოესი კიდიდან:___მმ
 - სხვა მნიშვნელოვანი ცვლილებები რეზექციის კიდეზე (მიუთითეთ კიდე):_____
 - ✓ დაბალი ხარისხის დისპლაზია;
 - ✓ არაინვაზიური დაბალი ხარისხის უროთელური კარცინომა.
- თირკმლის მენჯის რეზექციის შემთხვევაში უნდა შეფასდეს პათოლოგიური მდგომარეობები იფსილატერალური არანეოპლაზიური თირკმლის ქსოვილში:
 - ქსოვილი არასაკმარისია (ნაწილობრივი ნეფრექტომიის მასალა არანეოპლაზიური თირკმლის ქსოვილის <5მმ უბნით);
 - მნიშვნელოვანი პათოლოგიური ცვლილებები:
 - აღმოჩენილი არ არის;
 - გლომერულური დაავადება (ტიპი):_____
 - ტუბულოინტესტინური დაავადება (ტიპი):_____
 - ვასკულური დაავადება (ტიპი):_____
 - ანთება (ტიპი):_____
 - სხვა (მიუთითეთ):_____
- გამოკვლეული ლიმფური კვანძების საერთო რაოდენობა;
- მეტასტაზირებული ლიმფური კვანძების რაოდენობა (თირკმლის მენჯისათვის რეგიონულია თირკმლის კარის, პარაკავალური, აორტისა და რეტროპერიტონული ლიმფური კვანძები. შარდსაწვეისათვის რეგიონულია თირკმლის კარის, თემოს (საერთო, შიგნითა (ჰიპოგასტრული), გარეთა), პარაკავალური, პერიურეთერული და მენჯის ლიმფური კვანძები. სხვა ლიმფური კვანძების მეტასტაზური დაზიანება მიიჩნევა შორეულ მეტასტაზად);
- დამატებითი პათოლოგიური ნიშნები:
 - უროთელური დისპლაზია (დაბალი ხარისხის ინტრაუროთელური ნეოპლაზია);
 - ანთება/რეგენერაციული ცვლილებები;
 - თერაპიასთან დაკავშირებული ცვლილებები;
 - კაუტერიზაციის არტეფაქტი;
 - ცისტური და ჯირკვლოვანი ურეთრიტი ან პიელიტი;
 - კერატინიზებადი ბრტყელუჯრედოვანი მეტაპლაზია;

- ინტესტინური მეტაპლაზია;
- 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 აღიწეროს.

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

- ნაწილობრივი ნეფროურეთეროექტომიის და სრული ნეფროურეთეროექტომიის შემთხვევაში მითითებული უნდა იყოს:
 - ოპერაციის ტიპი;
 - სიმსივნური დაზიანების მხარე (მარჯვენა თუ მარცხენა);
 - სიმსივნის ლოკალიზაცია;
 - სიმსივნის ტიპი მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის კლასიფიკაციის მიხედვით (დანართი N3);
 - სიმსივნის დიფერენციაციის ხარისხი;
 - სიმსივნის დიამეტრი (მაქსიმალური დიამეტრი);
 - სიმსივნის ექტრარენალური გავრცელება (არსებობა ან არარსებობა);
 - სიმსივნის გავრცელება თირკმლის სინუსის ცხიმში (არსებობა ან არარსებობა);
 - სიმსივნის გავრცელება პერირენალურ ცხიმში (არსებობა ან არარსებობა);
 - სიმსივნის გავრცელება Gerota-ს ფასციაში (არსებობა ან არარსებობა);
 - სიმსივნის ჩაზრდა თირკმლის ვენაში (არსებობა ან არარსებობა);
 - სიმსივნის ჩაზრდა თირკმლის მენჯში (არსებობა ან არარსებობა);
 - შარდსაწვეთის გადაკვეთის ხაზი (სიმსივნისგან თავისუფალია თუ არა);
 - სისხლის მილების გადაკვეთის ხაზი (სიმსივნისგან თავისუფალია თუ არა);
 - ლიმფური კვანძების საერთო რაოდენობა;
 - მეტასტაზირებული ლიმფური კვანძების რაოდენობა;
 - სიმსივნის გავრცელება თირკმელზედა ჯირკვალში (არსებობა ან არარსებობა);
 - სხვა დამატებითი ინფორმაცია (სიმსივნესთან ასოცირებული დამოუკიდებელი პათოლოგიები);
 - TNM-კლასიფიკაცია (დანართი N4);
 - ნაწილობრივი ნეფრექტომიის შემთხვევაში დასკვნაში მითითებული უნდა იყოს თირკმლის პარენქიმის გადაკვეთის ხაზში, თირკმლის კაფსულის გადაკვეთის კიდეში და პერინეფრული ცხიმის გადაკვეთის კიდეში სიმსივნური ქსოვილი ვრცელდება თუ არა;
 - სიმსივნის საწინააღმდეგო მკურნალობის შემდგომი ოპერაციული მასალის კვლევის შემთხვევაში მითითებული უნდა იყოს არის თუ არა სიმსივნური ქსოვილის ნარჩენი და თუ არის ეს უკანასკნელი ვლინდება მიკროსკოპულად თუ მაკროსკოპულად.
- დასკვნაში სეგმენტური ურეთერექტომიის შემთხვევაში მითითებული უნდა იყოს:
 - ოპერაციის ტიპი;
 - სიმსივნური დაზიანების მხარე (მარჯვენა თუ მარცხენა);

- სიმსივნის ლოკალიზაცია;
- სიმსივნის ტიპი WHO კლასიფიკაციის მიხედვით (დანართი N3);
- სიმსივნის დიფერენციაციის ხარისხი;
- სიმსივნის დიამეტრი (მაქსიმალური დიამეტრი);
- სიმსივნის ინვაზიის სიღრმე;
- სიმსივნის ლიმფანგიონვაზია (არსებობა ან არარსებობა);
- სიმსივნის ვენური ინვაზია (არსებობა ან არარსებობა);
- სიმსივნის პერინერვული ზრდა (არსებობა ან არარსებობა);
- გადაკვეთის ხაზებში (პროქსიმალური და დისტალური გადაკვეთის ხაზები) სიმსივნის გავრცელება (არსებობა ან არარსებობა);
- სიმსივნის გავრცელება ცირკულარულ გადაკვეთის ხაზში (არსებობა და არარსებობა);
- მინიმალური მანძილი სიმსივნესა და ქირურგიული გადაკვეთის ხაზს შორის (მიზანშეწონილია, მიეთითოს, თუ რომელი გადაკვეთის ხაზია ყველაზე ახლოს სიმსივნესთან, ამასთანავე მინიმალური დაშორება მიზანშეწონილია გაიზომოს მიკროსკოპულად);
- ლიმფური კვანძების საერთო რაოდენობა;
- მეტასტაზირებული ლიმფური კვანძების რაოდენობა;
- სხვა დამატებითი ინფორმაცია (სიმსივნესთან ასოცირებული დამოუკიდებელი პათოლოგიები);
- TNM-კლასიფიკაცია (დანართი N4);
- სიმსივნის საწინააღმდეგო მკურნალობის შემდგომი ოპერაციული მასალის კვლევის შემთხვევაში მითითებული უნდა იყოს არის თუ არა სიმსივნური ქსოვილის ნარჩენი და თუ არის ეს უკანასკნელი ვლინდება მიკროსკოპულად თუ მაკროსკოპულად.
- დასკვნაში ნათლად უნდა აისახოს ყველა ის გარემოება, რაც ამწელებს 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 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 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

| შარდაწვეთისა და თირკმლის მენჯის ავთვისებიანი სიმსივნის ჰისტოპათოლოგიური 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 | 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 | თანხლები უროთელური დაზიანებები: | | | | |
| 21 | მაკროპრეპარატის სახე: | | 22 | ავთვისებიანობის ხარისხი (Grade) | |
| | <input type="checkbox"/> მარჯვენა <input type="checkbox"/> მარცხენა | <input type="checkbox"/> ურეთერექტომია <input type="checkbox"/> ნეფროურეთერექტომია <input type="checkbox"/> სხვა | <input type="checkbox"/> არ გამოიყენება <input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 | <input type="checkbox"/> ვერ ფასდება, Gx <input type="checkbox"/> G3 | |

| | | | | | |
|----|--|---|----|---|--|
| 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 ხაზები | | 27 | სიმსივნის რეზექციის კიდეებიდან დაშორება | |
| | <input type="checkbox"/> არ არის დაზიანებული <input type="checkbox"/> დაზიანებულია <input type="checkbox"/> პროქსიმალური <input type="checkbox"/> დისტალური <input type="checkbox"/> ცირკულარული | | | აღნიშნეთ უახლოესი კიდე და მისგან სიმსივნის დაშორება <input type="checkbox"/> პროქსიმალურიდან ___ მმ <input type="checkbox"/> დისტალურიდან ___ მმ <input type="checkbox"/> ცირკულარულიდან ___ | |
| 28 | რეგიონული ლიმფური კვანძები | | | | |
| | გამოკვლეული ლიმფური კვანძების საერთო რაოდენობა _____ მეტასტაზური ლიმფური კვანძების რაოდენობა _____ | | | | |
| 29 | კომენტარები | | | | |
| 30 | პათოლოგანატომის ხელმოწერა | | | | |

დანართი N3: შარდსაწვეთისა და თირკმლის მენჯის ავთვისებიანი სიმსივნეების კლასიფიკაცია ჰისტოლოგიური ტიპის მიხედვით

- უროთელური (გარდამავალუჯრედოვანი) ნეოპლაზიები
 - კეთილთვისებიანი:
 - უროთელური პაპილომა;
 - ინვერტირებული კარცინომა.
 - პაპილური უროთელური ნეოპლაზია დაბალი ავთვისებიანობის პოტენციალით (grade I)
 - ავთვისებიანი:
 - პაპილური:
 - ტიპური არაინვაზიური;
 - ტიპური ინვაზიური.
 - ✓ ვარიანტი
 - ბრტყელუჯრედოვანი ან ჯირკვლოვანი დიფერენციაციით:
 - მიკროპაპილური.
 - არა-პაპილური:
 - კარცინომა in situ;
 - ინვაზიური კარცინომა.
 - ✓ ვარინატები, რომელიც შეიძლება თან ახლდეს:
 - ცრუ კეთილთვისებიანი თვისებების მქონე;
 - ბუდობრივი ხასიათის (von Brunn's-ის ბუდეების მსგავსი);
 - მცირე ტუბულური თვისებები;
 - მიკროცისტური თვისებები;
 - ინვერტირებული თვისებები.
 - ✓ ბრტყელუჯრედოვანი დიფერენციაციით;
 - ✓ ჯირკვლოვანი დიფერენციაციით;
 - ✓ მიკროპაპილური ჰისტოლოგიური სურათით;

- ✓ სარკომატოიდული კერებით (სარკომატოიდური კარცინომა);
- ✓ უროთელური კარცინომა უჩვეულო ციტოპლაზმური თვისებებით;
 - ნათელუჯრედოვანი (გლიკოგენით მდიდარი);
 - პლაზმოციტოიდური
- ✓ უროთელური კარცინომა სინციტიოტროფობლასტებით;
- ✓ უჩვეულო სტრომული რეაქცია:
 - ფსევდოსარკომატოზული სტრომა;
 - სტრომის ძვლოვანი და ხრტილოვანი მეტაპლაზია;
 - ოსტეოკლასტის ტიპის გიგანტურუჯრედებით;
 - უპირატესად ლიმფოციტურუჯრედოვანი ინფილტრაციით;
- ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა:
 - ტიპური;
 - ვარიანტები.
 - ვერუკოზული კარცინომა;
 - ბაზალოიდურ ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა;
 - სარკომატოიდური კარცინომა;
- ადენოკარცინომა:
 - ჰისტოლოგიური ვარიანტები:
 - ტიპური ინტესტინული ტიპის;
 - მუცინური (მოიცავს კოლოიდურ ვარიანტს);
 - ბეჭდისებურ-უჯრედოვანი ;
 - ნათელუჯრედოვანი;
 - ჰეპატოიდური;
 - შერეული ზემოხსენებული თვისებების- ადენოკარცინომა არასპეციალური ტიპის (NOS).
 - შერეულუჯრედოვანი სიმსივნეები;
 - არადიფერენცირებული კარცინომა.
 - წვრილუჯრედოვანი კარცინომა;
 - მსხვილუჯრედოვანი ნეიროენდოკრინული კარცინომა;
 - ლიმფოეპითელიომის მსგავსი კარცინომა;
 - გიგანტურუჯრედოვანი კარცინომა;
 - არასპეციალური ტიპის კარცინომა
 - მეტასტაზური კარცინომა.

დანართი N4: თირკმლის მენჯისა და შარდსაწვეთის ავთვისებიანი სიმსივნეების TNM კლასიფიკაცია და სტადირება

თირკმლის მენჯის ავთვისებიანი სიმსივნეების TNM კლასიფიკაცია:

პირველადი სიმსივნე (pT)

- pTX პირველადი სიმსივნის არსებობის შეფასება შეუძლებელია
- pT0 პირველადი სიმსივნის მტკიცებულება არ არსებობს
- pTa არაინვაზიური პაპილური კარცინომა
- pTis კარცინომა in-situ: “ბრტყელი სიმსივნე“
- pT1 სიმსივნე ინვაზირებს სუბეპითელურ შემაერთებელ ქსოვილში (საკუთარ ფირფიტაში)
- pT2 სიმსივნე ინვაზირებს საკუთარ კუნთოვან შრეში
- pT3 სიმსივნე ინვაზირებს კუნთოვანი შრის მიღმა თირკმლის მენჯის ირგვლივმდებარე ცხიმოვან ქსოვილში ან თირკმლის პარენქიმაში
- pT4 სიმსივნე ინვაზირებს მიმდებარე ორგანოებში, ან თირკმლის გავლით პერინეფრულ ცხიმოვან ქსოვილში

რეგიონული ლიმფური კვანძები (pN)

- pNX რეგიონული ლიმფური კვანძების შეფასება შეუძლებელია
- pN0 რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზი არ არის
- pN1 მეტასტაზი ერთ რეგიონულ ლიმფურ კვანძში მაქსიმალური დიამეტრით 2 სმ ან ნაკლები
- pN2 მეტასტაზი ერთ რეგიონულ ლიმფურ კვანძში მაქსიმალური ზომით 2 სმ-ზე მეტი არაუმეტეს 5 სმ, ან მრავლობითი მეტასტაზი, ყველა 5 სმ-ზე ნაკლები ზომის.
- pN3 მეტასტაზები რეგიონულ ლიმფურ კვანძში მაქსიმალური ზომით 5 სმ-ზე მეტი.

შორეული მეტასტაზები (pM)

შეფასება შეუსაბამოა

- pM1 შორეული მეტასტაზი არის

შარდსაწვეთის ავთვისებიანი სიმსივნეების TNM კლასიფიკაცია:

პირველადი სიმსივნე (pT)

- pTX პირველადი სიმსივნის არსებობის შეფასება შეუძლებელია
- pT0 პირველადი სიმსივნის მტკიცებულება არ არსებობს
- pTa არაინვაზიური პაპილური კარცინომა
- pTis კარცინომა in-situ
- pT1 სიმსივნე ინვაზირებს სუბეპითელურ შემაერთებელ ქსოვილში (საკუთარ ფირფიტაში)
- pT2 სიმსივნე ინვაზირებს საკუთარ კუნთოვან შრეში
- pT3 სიმსივნე ინვაზირებს კუნთოვანი შრის მიღმა შარდსაწვეთის ირგვლივმდებარე ცხიმოვან ქსოვილში
- pT4 სიმსივნე ინვაზირებს მიმდებარე ორგანოებში

რეგიონული ლიმფური კვანძები (pN)

- pNX რეგიონული ლიმფური კვანძების შეფასება შეუძლებელია
- pN0 რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზი არ არის

pN1 მეტასტაზი ერთ რეგიონულ ლიმფურ კვანძში მაქსიმალური დიამეტრით 2 სმ ან ნაკლები

pN2 მეტასტაზი ერთ რეგიონულ ლიმფურ კვანძში მაქსიმალური ზომით 2 სმ-ზე მეტი არაუმეტეს 5 სმ, ან მრავლობითი მეტასტაზი, ყველა 5 სმ-ზე ნაკლები ზომის.

pN3 მეტასტაზები რეგიონულ ლიმფურ კვანძში მაქსიმალური ზომით 5 სმ-ზე მეტი.

შორეული მეტასტაზები (pM)

შეფასება შეუსაბამოა

pM1 შორეული მეტასტაზი არის

სტადირება

| | | | |
|--------------|--------------|----|----|
| სტადია 0a | Ta | N0 | M0 |
| სტადია 0is | Tis | N0 | M0 |
| სტადია I | T1 | N0 | M0 |
| სტადია II | T2 | N0 | M0 |
| სტადია III | T3 | N0 | M0 |
| სტადია IV | T4 | N0 | M0 |
| ნებისმიერი T | N1,2,3 | M0 | |
| ნებისმიერი T | ნებისმიერი N | M1 | |