

კიბოს რეგისტრის სახელმძღვანელო

სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები

(სოპ)

## მადლიერება

რედაქტორები მადლობას ვუხდით იმ ადამიანებს, რომლებმაც ფასდაუდებელი წვლილი შეიტანეს ამ სახელმძღვანელოს მომზადებაში:

დოქტორ არიანა ზნაორს (IARC), დოქტორ ანტონ რიჟოვს (GICRnet), დოქტორ ანტონ ბარჩუკსა (GICRnet) და დოქტორ ელენა ტენს (ყირგიზეთის კიბოს რეგისტრის ხელმძღვანელი), მრავალი სასარგებლო წინადადებისა და დოკუმენტში შეტანილი დამატებებისთვის.

რედაქტორებს, ასევე, გვსურს მადლობა გადავუხადოთ ქვემოთ წარმოდგენილ ორგანიზაციებს დიდი მხარდაჭერისთვის:

- კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (IARC);
- ჯანმოს ევროპის რეგიონულ ოფისს;
- კიბოს კონტროლის საერთაშორისო კავშირს (UICC);
- City Cancer Challenge Foundation-ის პროექტს “C/Can თბილისი”, სახელმძღვანელოს, ქართულ საჭიროებებზე მორგების პროცესში აქტიური ჩართულობისთვის.

## შინაარსი

ტერმინთა განმარტებები	5
საფუძვლები	6
შესავალი	7
1. შემთხვევის გამოვლენა	8
1.1 მონაცემთა წყაროები	8
1.2 ანგარიშგებაში შესატანი შემთხვევების ჩამონათვალი	9
2. აბსტრაქტირება	10
2.1 რეგისტრაციის/შეტყობინებების ფორმა	10
2.2 გარდაცვალების ცნობა	11
2.3 მრავლობითი პირველადი სიმსივნეები	12
2.4 ცვლადები, რომლებიც უნდა აისახოს თითოეულ შემთხვევაში	12
2.4.1 ინფორმაცია პაციენტის შესახებ	12
2.4.2 ინფორმაცია სიმსივნის შესახებ	14
2.4.3 მკურნალობა	19
2.4.4 ინფორმაციის წყარო	20
2.4.5 შემდგომი დაკვირვება	21
3. კოდირება	22
3.1 რეგიონები	22
3.2 ეროვნება/ეთნიკურობა	22
3.3 საქმიანობა	23
3.4 კიბოს ლოკალიზაცია და მორფოლოგია (ICD-O)	25
3.5 ICD-O-ს გამოყენების ძირითადი წესების შეჯამება, მესამე გამოცემა	26
3.6 მეტასტაზური კიბოს კოდირება	29
3.7 TNM-ის (სიმსივნის, ლიმფური ჯირკვლებისა და მეტასტაზის მიხედვით სტადიის განსაზღვრის სისტემა) კოდირება და სტადირება	33
3.7.1 TNM-ის კოდირება	33
3.8 ანალიტიკური (შედეგი) ცხრილის მაგალითი, სადაც წარმოდგენილია თითოეული სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მიერ ანგარიშგებულ შემთხვევათა რაოდენობა, დროის მოცემული პერიოდის განმავლობაში	43
4. მონაცემთა შეტანის პროცედურები	44
5. მონაცემთა შენახვა	48
6. კონფიდენციალურობა	48
6.1 კონფიდენციალურობის ლოგისტიკური ასპექტი	48

<b>6.2 მონაცემთა გამოყენება და გაცემა</b>	<b>49</b>
<b>6.3 მონაცემთა მიწოდება ორგანიზაციებისთვის კვლევის ფარგლებს მიღმა, მაგალითად, პრესისთვის</b>	<b>50</b>
7. ხარისხის კონტროლი	50
<b>7.1 რეგისტრის მონაცემთა ვალიდურობის (სიზუსტის) გაზომვა</b>	<b>51</b>
7.1.1 რეაბსტრაქტების და რეკოდირების მიზნით ჩატარებული აუდიტი	51
7.1.2 შემთხვევათა პროცენტული მაჩვენებელი, მორფოლოგიურად დადასტურებული დიაგნოზით (MV%)	55
გარდაცვალების ცნობის საფუძველზე დარეგისტრირებულ შემთხვევათა პროცენტული მაჩვენებელი (DCO%).	57
7.1.4 არასრული მონაცემების შემცველი შემთხვევათა წილი (ან პროცენტული მაჩვენებელი)	58
7.1.5. მონაცემთა თანმიმდევრულობის შემოწმება	59
7.1.6 გარდაცვალების ცნობის მეთოდები	60
გამოყენებული ლიტერატურა	61
<b>დანართი 1. მრავლობითი პირველადი სიმსივნეები - ინციდენტობისა და გადარჩენის შესახებ ანგარიშგების წესები</b>	<b>63</b>
დანართი 2. რეგიონალური ლიმფური კვანძების განმარტებები (R+)	67
დანართი 3. კონფიდენციალურობის ხელშეკრულების ფორმის ნიმუში	72
დანართი 4. ორდონიანი ავტორიზაცია	73
დანართი 5. ახალი შემთხვევის რეგისტრაცია	74
დანართი 6. ჰისტოლოგიური გამოკვლევის მონაცემთა შეტანა კიბოს რეგისტრში	77

## ტერმინთა განმარტებები

IACR	კიბოს რეგისტრთა საერთაშორისო ასოციაცია
IARC	კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტო
GICRnet	კიბოს რეგისტრის განვითარების გლობალური ინიციატივა
ICD-O	ონკოლოგიურ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორი
NGO	არასამთავრობო ორგანიზაცია
PBCR	კიბოს პოპულაციური რეგისტრი
UICC	კიბოს კონტროლის საერთაშორისო კავშირი
WHO	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

## საფუძვლები

კიბო წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემას, როგორც განვითარებულ, ისე განვითარებად ქვეყნებში, რომელიც სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდის, კვების რეჟიმის, ცხოვრების წესისა და სხვა ფაქტორების შედეგია. კიბოს რეგისტრის მიზანია საქართველოში კიბოს შემთხვევათა რეგისტრირებისა და ეპიდზედადამხედველობის გაუმჯობესება, არსებული პრობლემების საექსპერტო შეფასების უზრუნველყოფისა და გამოვლენილი ბარიერების აღმოსაფხვრელად ტექნიკური მხარდაჭერის გაწევის მეშვეობით. რეგისტრის გრძელვადიანი მიზანია ჯანდაცვის სისტემების გაძლიერება და კვლევითი პლატფორმების შექმნა, პრობლემების, პრიორიტეტებისა და ინტერვენციების განსაზღვრისთვის. სხვა ქვეყნების მსგავსად, საქართველოშიც მწვავედ დგას მონაცემთა არსებობის საჭიროება, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს გადაწყვეტილებების მიმღებთა მიერ კიბოს კონტროლის ეფექტური მექანიზმების და ინტერვენციული პროგრამების დაგეგმვისა და მკვლევარების, ექიმების, არასამთავრობო ორგანიზაციებისა და სხვა დაინტერესებულ მხარეთა მიერ, მათი გამოყენების მიზნით.

## შესავალი

წინამდებარე სახელმძღვანელოში წარმოდგენილია კიბოს შემთხვევათა რეგისტრაციასთან დაკავშირებული (დაავადების შემთხვევის გამოვლენა, აბსტრაქტირება, კოდირება, მონაცემთა შეყვანა და შენახვა) სახელმძღვანელო მითითებები რეგისტრის პერსონალისთვის. განმარტებებისა და კოდირების სქემების უმეტესობა აღებულია ძირითადად კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (IARC), კიბოს რეგისტრთა საერთაშორისო ასოციაციისა (IACR) და კიბოს კონტროლის საერთაშორისო კავშირის (UICC) მიერ გამოქვეყნებული საერთაშორისო სახელმძღვანელოებიდან და გაიდლაინებიდან.

ვინაიდან საქართველოს კიბოს რეგისტრი იყენებს ვებ ინტერფეისს და სამედიცინო მომსახურების თითოეული მიმწოდებელი პასუხისმგებელია თავისი მონაცემების შეყვანაზე, ზოგიერთი თავი წარმოდგენილია მხოლოდ ინსტრუქციების, გაიდლაინების ან მაგალითების სახით, **ლურჯი შრიფტით, დახრილი ან არ არის დახრილი**. ცალკეული ინფორმაცია, რომელიც აღწერილია სახელმძღვანელოში (სამედიცინო ჩანაწერებიდან ინფორმაციის ამოღებასთან, კოდირებასთან და კომპიუტერში შეტანასთან დაკავშირებით) შეესაბამება საქართველოს კიბოს რეგისტრში დღესდღეობით წარმოდგენილ მონაცემთა ნაკრებს.

2015 წელს ქვეყანაში დაინერგა კიბოს პოპულაციური რეგისტრი. 2015-2021 წლებში უწყვეტად ხორციელდებოდა მონაცემთა ანალიზი და ხარისხის კონტროლის ღონისძიებები. 2020 წელს კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოსთან (IARC) გაფორმდა ურთიერთგაგების მემორანდუმი, რეგისტრის მართვისა და მონაცემთა ხარისხის გასაუმჯობესებლად.

2018-2019 წლებში დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ეროვნული სკრინინგ ცენტრი, მერია და გაეროს მოსახლეობის ფონდი (UNFPA) ერთობლივად მუშაობდნენ კიბოსა და სკრინინგის ერთიანი ელექტრონული რეგისტრის შექმნასა და გაუმჯობესებაზე, რომელიც უკვე ამოქმედდა და გახდება ქვეყანაში კიბოს კონტროლის ღონისძიებების შეფასების მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტი.

## **1. შემთხვევის გამოვლენა**

### **1.1 მონაცემთა წყაროები**

რეგისტრისთვის განსაზღვრულია კიბოს შესახებ ინფორმაციის ყველა შესაძლო წყარო. ინფორმაციის ძირითადი წყაროებია საავადმყოფო, პათანატომიური ლაბორატორიის ანგარიში, რენტგენოლოგიური განყოფილება, სამედიცინო ჩანაწერები, გარდაცვალების ცნობა, სიკვდილის შემდგომი გაკვეთის/აუტოფსიის ანგარიში და რადიოთერაპიის და ონკოლოგიური განყოფილებები, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის საკუთრების ფორმის მიუხედავად.

#### **მონაცემთა წყაროები საავადმყოფოებში**

გამოიყენეთ ყველა ხელმისაწვდომი წყარო, რათა უზრუნველყოთ შემთხვევათა უმეტესობის, მათ შორის, კლინიკურად (არა ჰისტოლოგიურად დადასტურებული) და ჰისტოლოგიურად დიაგნოზირებული შემთხვევების შეგროვება.

I) სამედიცინო ჩანაწერები: ამბულატორიული და სტაციონარული ჩანაწერები, მიღებისა და გაწერის ფორმები ან რეგისტრაციის ჟურნალები.

□ შემოსვლისას და გაწერისას დიაგნოზებს შორის შეუსაბამობის შემთხვევაში, უპირატესობა ენიჭება დიაგნოზს გაწერისას.

II) პათოლოგიური გამოკვლევის ჩანაწერები: ჰისტოპათოლოგიური დასკვნა, აუტოფსიის ანგარიში და ციტოლოგიური და ჰემატოლოგიური კვლევების პასუხები

III) რენტგენოლოგიური ჩანაწერები: კტ კვლევის დასკვნა, მრტ კვლევის დასკვნა, ულტრაბგერითი კვლევის დასკვნა და მამოგრაფიული კვლევის დასკვნა

V) ონკოლოგიური განყოფილება

VI) მორგის რეესტრი

VII) დაავადების შესახებ ჩანაწერები (სამედიცინო დოკუმენტაციის არქივში)

• ეს შეიძლება იყოს ბარათების სახით არსებული ჩანაწერები ან საავადმყოფოს საინფორმაციო სისტემა (კომპიუტერული). თუმცა, ეს ჩანაწერები შეიძლება არასრული იყოს და ამიტომ, რეგისტრის პერსონალი უნდა ეცადოს ყველა არსებული მონაცემის წყაროს გამოყენებას, სრული აღრიცხვის უზრუნველსაყოფად.

#### **სხვა წყაროები**

ესენია: ჰოსპისი (ძალიან სასარგებლო), ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემები, სკრინინგის პროგრამები

#### **გარდაცვალების ცნობა**

გარდაცვალების ცნობაში წარმოდგენილია ინფორმაცია სიკვდილის მიზეზის შესახებ



## 1.2 ანგარიშგებაში შესატანი შემთხვევების ჩამონათვალი

### კიბოს რომელი შემთხვევების ასახვა უნდა მოხდეს რეგისტრში?

რეგისტრში უნდა აისახოს საქართველოს მოქალაქეებში დაფიქსირებული კიბოს ყველა შემთხვევა, რომლებსაც 2015 წლიდან მოყოლებული აქვთ დასმული დიაგნოზი ან მიუღიათ რაიმე სახის ონკოლოგიური მომსახურება, ქვეყანაში მდებარე სამედიცინო დაწესებულებებში.

კიბოს შემთხვევები მოიცავს შემდეგს:

- ონკოლოგიურ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის (ICD-O) მორფოლოგიური ნუსხის საფუძველზე განსაზღვრული ავთვისებიანი სიმსივნეების შემთხვევები; რეგისტრში უნდა დაფიქსირდეს ქცევის კოდი 3.
- კეთილთვისებიანი სიმსივნეები და თავის ტვინის გაურკვეველი ან უცნობი ქცევის სიმსივნეები (ქცევის კოდი 0, 1, 2).
- კარცინომა in situ.

მეტასტაზების ჩვეულ ლოკალიზაციაზე (მაგალითად, ლიმფურ კვანძებში) გამოვლენილი სიმსივნეები ხშირია, განსაკუთრებით, ჰისტოპათოლოგიურ დასკვნებში. ამ შემთხვევების რეგისტრირება უნდა მოხდეს სიმსივნის ლოკალიზაციასთან ერთად („ტოპოგრაფია“) = პირველადი სიმსივნის ლოკალიზაცია. თუ ეს ცნობილი არ არის, დაარეგისტრირეთ, როგორც „უცნობი პირველადი ლოკალიზაცია“ (იხ. თავი „პირველადი ლოკალიზაცია/კერა“, გვერდი 16).

უნდა მოხდეს ინფორმაციის წარმოდგენა კიბოთი დაავადებული ყველა პაციენტის შესახებ, მიუხედავად იმისა, როგორ მოხდა მათი დიაგნოზის დასმა, მათ შორის, იმ პაციენტების შესახებ, რომლებსაც აქვთ დასმული კიბოს კლინიკური დიაგნოზი, მხოლოდ კლინიკური შეფასების საფუძველზე (როდესაც არ არსებობს დიაგნოზის დადასტურების შესაძლებლობა).

წარმოდგენილ უნდა იქნეს ინფორმაცია აქტიური დაავადების მქონე პაციენტების შესახებ და კიბოს ისტორია.

## 2. აბსტრაქტირება

აბსტრაქტირება არის სხვადასხვა წყარო დოკუმენტიდან კიბოს შემთხვევათა რეგისტრირებისთვის საჭირო ინფორმაციის ამოკრეფის პროცესი.

### 2.1 რეგისტრაციის/შეტყობინებების ფორმა

ინფორმაციის ელექტრონულად შეყვანა ხდება კიბოს ერთიან საინფორმაციო სისტემაში.

იხ. ნახ. 2.1

The screenshot shows a web application interface for a cancer registry. On the left is a dark sidebar with navigation icons and text in Georgian. The main area contains a registration form with fields for patient ID, gender, date of birth, and address. Below the form is a table with columns for patient ID, sex, gender, date of birth, age, and status. The table contains several rows of data.

პაციენტი	სქესი	გვარი	დაბ. თარიღი	ასაკი	სტატუსი	პროვიდერი
[redacted]	[redacted]	[redacted]	29.06.1956	56	[redacted]	შპს მაღალტექნოლოგიური პოსპიტალ...
[redacted]	[redacted]	[redacted]	29.03.1962	60	[redacted]	ს(ა) იპ ეროვნული სკრინინგ ცენტ...
[redacted]	[redacted]	[redacted]	22.12.1996	25	[redacted]	ს(ა) იპ ეროვნული სკრინინგ ცენტ...
[redacted]	[redacted]	[redacted]	08.03.1958	63	[redacted]	ს(ა) იპ ეროვნული სკრინინგ ცენტ...
[redacted]	[redacted]	[redacted]	18.09.1973	48	[redacted]	ს(ა) იპ ეროვნული სკრინინგ ცენტ...

ნახ 2.1 საქართველოს კიბოს ერთიან საინფორმაციო სისტემაში ელექტრონულად შეყვანილი ინფორმაცია

მითითება: კიბოს ერთიანი საინფორმაციო სისტემა, საქართველო

წყარო: კიბოს ერთიანი საინფორმაციო სისტემა, საქართველო

სხვადასხვა შეგროვებული ცვლადები იყოფა ორ ჯგუფად:

- **სავალდებულო ცვლადები:** პაციენტის სახელი და გვარი, პირადი ნომერი, იურიდიული და ფაქტიური მისამართი, ასაკი, სქესი, დაბადებისა და დაავადების დაწყების თარიღები, დიაგნოზის ყველაზე მართებული საფუძველი, პირველადი ლოკალიზაცია/კერა, ჰისტოლოგიური ტიპი და ქცევა, დიაგნოზის დასმის თარიღი, გარდაცვალების თარიღი, სტადია, ხარისხი (ხარისხის წარმოდგენა სავალდებულოა ლაბორატორიულ ცხრილში, მაგრამ არ არის სავალდებულო კლინიკურ ნაწილში)

ამ ცვლადების შევსება სავალდებულოა, წინააღმდეგ შემთხვევაში, ჩანაწერი ვერ დარეგისტრირდება კიბოს რეგისტრში

- არასავალდებულო ცვლადები: ტელეფონის ნომერი, ლატერალიზაცია, TNM კლასიფიკაცია, მკურნალობა, შემდგომი დაკვირვების სტატუსი (ბოლო კონტაქტის თარიღი, სტატუსი: ცოცხალი/გარდაცვლილი).

**2.2 გარდაცვალების ცნობა**

კიბოს რეგისტრის მონაცემთა ბაზა დაკავშირებულია გარდაცვალების მონაცემთა ბაზასთან და რეალურ დროში ხდება სიკვდილის შესახებ ინფორმაციის განახლება, კერძოდ, სტატუსის „ცოცხალი/გარდაცვლილი“ და გარდაცვალების თარიღის.

ცნობა გარდაცვალების შესახებ მის ნებისმიერ ადგილას შესაძლებელია მითითებული იყოს კიბო

IV. ინფორმაცია სიკვდილის მიზეზების შესახებ:		
ისტორიის N		დროის მიხედვითი მონაკვეთი ავადმყოფობის დაწყებიდან სიკვდილამდე (დღე, თვე, წელი)
სიკვდილის მიზეზები:		
<b>I სიკვდილის გამოიწვევი ავადმყოფობები ან/და მდგომარეობები</b>		
სიკვდილის უშუალო მიზეზი (სიკვდილის დადგომის მექანიზმი) იწერება სტრიქონზე ა)-	ა) _____ გამოწვეული (ან წარმოადგენს შედეგს)	
<b>შუალედური მიზეზი(ები)</b> - პათოლოგიური მდგომარეობების თანმიმდევრული გაქვი სიკვდილის უშუალო მიზეზიდან სიკვდილის პირველად მიზეზამდე.	ბ) _____ გამოწვეული (ან წარმოადგენს შედეგს)	
	გ) _____ გამოწვეული (ან წარმოადგენს შედეგს)	
<b>სიკვდილის პირველადი მიზეზი</b> (რომელმაც ზიძგი მისცა ზემოთ ჩაწერილი მოვლენების გაქვას) მიეთითება ბოლო შეესებულ სტრიქონზე *	დ) _____	
სხვა მნიშვნელოვანი მდგომარეობები, რომლებიც ხელს უწყობს სიკვდილს, მაგრამ არ არის დაკავშირებული ავადმყოფობასთან ან პათოლოგიურ მდგომარეობასთან, რომელიც იწვევს სიკვდილს		
<i>*ე არ იგულისხმება სიმპტომები და მოვლენები, რომლებიც თან ახლავს სიკვდილის დადგომას (სიკვდილის მექანიზმი), როგორცაა გულის უკმარისობა, სუნთქვის დარღვევა და ა.შ. იგულისხმება ავადმყოფობები, დაზიანებები და გართულებები, რომლებიც იწვევს სიკვდილს.</i>		
ქირურგიული ჩარევა ბოლო 4 კვირის განმავლობაში 1. კი <input type="checkbox"/> 2. არა <input type="checkbox"/> 3. უცნობი <input type="checkbox"/>	თუ „კი“ - მიუთითეთ ქირურგიული ჩარევის მიზეზი (ავადმყოფობა ან მდგომარეობა)	
მოთხოვნილია პათოლოგანატომიური გაკვეთა 1. კი <input type="checkbox"/> 2. არა <input type="checkbox"/> 3. უცნობი <input type="checkbox"/>	თუ „კი“ - მიუთითეთ აისახა თუ არა გაკვეთის შედეგები სიკვდილის მიზეზების განსაზღვრისას 1. კი <input type="checkbox"/> 2. არა <input type="checkbox"/> 3. უცნობი <input type="checkbox"/>	
<b>სიკვდილის გამოიწვევი:</b>	1. ავადმყოფობა <input type="checkbox"/> 2. უზედური შემთხვევა <input type="checkbox"/> 2.1. მათ შორის საგზაო უზედური შემთხვევა <input type="checkbox"/> 3. თავდასხმა <input type="checkbox"/> 4. თვითმკვლელობა <input type="checkbox"/> 5. სხვა <input type="checkbox"/>	

ნახ. 2.2 გარდაცვალების შესახებ ცნობაში წარმოდგენილი სიკვდილის მიზეზი

## 2.3 მრავლობითი პირველადი სიმსივნეები

კიბოს რეგისტრი ითვლის სიმსივნის შემთხვევებს და არა ადამიანებს. კიბოთი დაავადებულ პაციენტებს, სიცოცხლის განმავლობაში, შეიძლება განუვითარდეთ სხვადასხვა ლოკალიზაციის სიმსივნეები. შემთხვევის ახალ სიმსივნედ რეგისტრირებამდე გაითვალისწინეთ:

- გამოხატულია თუ არა არსებული სიმსივნის გავრცელება ან მეტასტაზები?
- ხომ არ არის ეს სიმსივნე მანამდე არსებული სიმსივნის რეციდივი?

თუ ზემოთ მოცემულ კითხვებზე პასუხი არის „არა“, ის უნდა ჩაითვალოს, როგორც პირველადი ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნი და უნდა დარეგისტრირდეს ცალკე შემთხვევა, რომელშიც მითითებული იქნება - მორფოლოგიას, ქცევას, დიაგნოზის საფუძველს და ა.შ.

კიბოს რეგისტრის სისტემაში პაციენტის პირადი ნომრის შეტანისას, მომხმარებელი მიიღებს შეტყობინებას კიბოს რეგისტრში ამ პაციენტის ასახვის შესახებ. მომხმარებელს არ აქვს უფლება, შეცვალოს ტოპოგრაფიისა და მორფოლოგიური კოდების არსებული კომბინაცია, მაგრამ შეუძლია დაარეგისტრიროს ახალი სიმსივნე, ტოპოგრაფიისა და მორფოლოგიის განსხვავებული კომბინაციით. კიბოს რეგისტრის სისტემა ფუნქციონირებს კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოსა (IARC) და კიბოს რეგისტრთა საერთაშორისო ასოციაციის (IACR) წესების შესაბამისად (IARC შიდა ანგარიში #2004/02, [http://www.iacr.com.fr/images/doc/MPrules\\_july2004.pdf](http://www.iacr.com.fr/images/doc/MPrules_july2004.pdf)). ეს წესები შემუშავდა კიბოს ინციდენტობისა და გადარჩენის მაჩვენებლების საერთაშორისო შედარებისთვის. ისინი დეტალურადაა წარმოდგენილი დანართ 1-ში.

**¹როდესაც კიბო “ბრუნდება” რემისიის პერიოდის შემდეგ, ის განიხილება როგორც "რეციდივი". კიბოს რეციდივი გამოწვეულია იმით, რომ კიბოს მკურნალობის მიზნით გაწეული ძალისხმევის მიუხედავად, ზოგიერთი ერთეული უჯრედი რჩება ორგანიზმში. ეს უჯრედები შეიძლება წარმოდგენილი იყოს პირველადი კიბოს განვითარების ადგილზე ან პაციენტის სხეულის სხვა უბანში. კიბოს უჯრედები შეიძლება გარკვეული პერიოდის განმავლობაში მიძინებული იყოს, მაგრამ შემდეგ განაგრძოს გამრავლება, რის შედეგადაც, კიბო კვლავ იჩენს თავს. ყველა პირველადი სიმსივნე უნდა შეტანილ იქნეს რეგისტრში ცალ-ცალკე.**

## 2.4 ცვლადები, რომლებიც უნდა აისახოს თითოეულ შემთხვევაში

### სავალდებულო ცვლადები (უნდა იყოს აბსტრაქტირებული) წითლად

#### 2.4.1 ინფორმაცია პაციენტის შესახებ

##### პირადი ნომერი

საქართველოში დაინერგა და წარმატებით გამოიყენება პირადი ნომრების სისტემა. საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს აქვს საკუთარი თერთმეტნიშნა, უნიკალური, პირადი ნომერი, რომელიც რეგისტრირებულია მონაცემთა სხვადასხვა წყაროში. ეს ამარტივებს ჯვარედინ შემოწმებას.

##### სახელი და გვარი

საქართველოში პირის იდენტიფიკაციის მიზნით გამოიყენება სახელი და გვარი. აღნიშნული ინფორმაციის ავტომატური სინქრონიზება „სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს მონაცემთა ელექტრონულ ბაზაში ფიზიკურ პირზე არსებული ინფორმაციის ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრისათვის მიწოდების შესახებ“ ხელშეკრულების საფუძველზე, ხდება სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოდან, რომელიც უშუალოდ არის დაკავშირებული კიბოს ერთიან საინფორმაციო სისტემასთან.

### **დაბადების თარიღი**

ამ ინფორმაციის ავტომატური კოპირება ხდება საქართველოს მოქალაქეთა რეესტრიდან, რომელიც უშუალოდაა დაკავშირებული კიბოს ერთიან საინფორმაციო სისტემასთან. თარიღი ინახება შემდეგ ფორმატში: დღე, თვე და წელი (დდ/თთ/წწწწ). თუ ამ ინფორმაციის რომელიმე ნაწილი უცნობია, აღრიცხეთ, როგორც უცნობი ან დაუზუსტებელი (მაგ. 99/99/2014).

### **ასაკი**

ასაკი გამოსახულია წლებში, კიბოს დაავადების დაწყების (ინციდენტობის) თარიღის მიხედვით (იხ. ქვემოთ). ის აუცილებლად უნდა დაფიქსირდეს, როგორც პაციენტის ასაკი მის ბოლო დაბადების დღეს; არ დაამრგვალოთ ის შემდეგ დაბადების დღემდე. სისტემა ავტომატურად ითვლის ასაკს.

- 12 თვეზე ნაკლები ასაკის ჩვილის შემთხვევაში, მიუთითეთ 00.
- 98 წლის ან მეტი ასაკის პირის შემთხვევაში მიუთითეთ 98.
- თუ შეუძლებელია ასაკის დადგენა, მიუთითეთ 99 (ასაკი უცნობია).

### **სქესი**

ამ ინფორმაციის ავტომატური კოპირება ხდება საქართველოს მოქალაქეთა რეესტრიდან, რომელიც უშუალოდაა დაკავშირებული კიბოს ერთიან საინფორმაციო სისტემასთან. სისტემაში სქესი აისახება, როგორც 1 - მამრობითი სქესის პაციენტების შემთხვევაში, 2 - მდედრობითი სქესის პაციენტების შემთხვევაში; 9 - უცნობია ძალიან იშვიათ შემთხვევაში, სქესის დადგენა შეუძლებელია ან შეიძლება პაციენტს შეცვლილი ჰქონდეს სქესი. ეს ინფორმაცია უნდა დაფიქსირდეს.

### **მისამართი**

საქართველოს კიბოს რეგისტრში ინახება იურიდიული მისამართი და საცხოვრებელი მისამართი. ორივე მისამართი მოიცავს შემდეგ ინფორმაციას:

- რეგიონი
  - რაიონი (მუნიციპალიტეტი)
  - საცხოვრებელი ადგილი (დეტალური ინფორმაცია)
- ეს ორი მისამართი შეიძლება განსხვავდებოდეს ან არა.

### **ტელეფონის ნომერი**

მიუთითეთ პაციენტის ან მისი ახლო ნათესავის ტელეფონის (მობილურის) ნომერი. ეს ინფორმაცია მნიშვნელოვანია, სისტემაში წარმოდგენილი კონფიდენციალური ინფორმაციის დაცვის მექანიზმის თვალსაზრისით (დადასტურების კოდი მოდის მოკლე ტექსტური შეტყობინების სახით, სისტემაში რეგისტრირებულ ტელეფონის ნომერზე).

## ეთნიკური ჯგუფი

ეს ინფორმაცია დაემატა სისტემის ფორმას 2020 წლიდან და ამ მომენტიდან გახდა სავალდებულო.

### 2.4.2 ინფორმაცია სიმსივნის შესახებ

#### დაავადების დაწყების (ინციდენტობის) თარიღი

პირველი შემთხვევის დაფიქსირების თარიღი (ქვემოთ ჩამოთვლილი ექვსიდან) ქრონოლოგიურად უნდა იყოს არჩეული დაავადების დაწყების თარიღად. თუ უფრო მაღალი პრიორიტეტის შემთხვევა მოხდება არჩეული თარიღიდან სამი თვის განმავლობაში, უპირატესობა უნდა მიენიჭოს უფრო მაღალი პრიორიტეტის შემთხვევის დაფიქსირების თარიღს. პრიორიტეტები კლებადობის თანმიმდევრობით:

1. ავთვისებიანი სიმსივნის პირველი ჰისტოლოგიური ან ციტოლოგიური დადასტურების თარიღი (აუტოფსიის დროს ჰისტოლოგიის ან ციტოლოგიის გარდა). ეს თარიღები წარმოდგენილი უნდა იყოს შემდეგი თანმიმდევრობით:
  - ა. ნიმუშის აღების თარიღი (ბიოფსია)
  - ბ. პათოლოგის მიერ მისი მიღების თარიღი
  - გ. ჰისტოპათოლოგიური დასკვნის თარიღი
2. ავთვისებიანი სიმსივნის გამო საავადმყოფოში მიმართვის თარიღი.
3. მხოლოდ ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებაში შეფასების შემთხვევაში: ამბულატორიულ კლინიკაში ავთვისებიან სიმსივნესთან დაკავშირებით გაწეული პირველი კონსულტაციის თარიღი.
4. დიაგნოზის დასმის თარიღი, გამონაკლისია 1, 2 ან 3. ეს შეიძლება იყოს ავთვისებიანი სიმსივნის პირველი კლინიკური გამოკვლევის პროცედურის თარიღი, მაგ.: კტ კვლევის დასკვნა, მრტ კვლევის დასკვნა და ა.შ.
5. გარდაცვალების თარიღი, თუ არ არის ხელმისაწვდომი სხვა ინფორმაცია, გარდა იმისა, რომ პაციენტი გარდაიცვალა ავთვისებიანი სიმსივნით.
6. გარდაცვალების თარიღი, თუ ავთვისებიანი სიმსივნე აღმოჩენილია აუტოფსიისას.

რომელი თარიღიც არ უნდა იყოს არჩეული, დაავადების დაწყების თარიღი არ უნდა იყოს მკურნალობის დაწყების თარიღზე, მკურნალობის არჩატარების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების ან გარდაცვალების თარიღზე გვიანი.

#### დიაგნოზის საფუძველი

სამედიცინო ჩანაწერები გულდასმით უნდა იქნეს შესწავლილი, კიბოს დიაგნოზის დასადასტურებლად გამოყენებული სხვადასხვა მეთოდების განსაზღვრის მიზნით. აბსტრაქტში მითითებული უნდა იყოს დიაგნოზის ყველაზე სწორი/ლოგიკური საფუძველი ან დადასტურების ყველაზე სარწმუნო მეთოდი. თუ დამატებითი ინფორმაცია მოგვიანებით გახდება ხელმისაწვდომი, უნდა შესწორდეს დიაგნოზის ყველაზე მართებული საფუძველი.

შემოთავაზებული კოდები (ცხრილი 2.1) იერარქიულადაა დალაგებული ისე, რომ უფრო მაღალი რიცხვი წარმოადგენს უფრო მართებულ საფუძველს და ამიტომ, ამ მიზნით უნდა იქნეს გამოყენებული. თუ არ არის ხელმისაწვდომი ინფორმაცია დიაგნოზის დასმის შესახებ, უნდა იქნეს გამოყენებული კოდი 9 (უცნობი).

კოდი 0 გამოიყენება მხოლოდ გარდაცვალების შესახებ ცნობის შემთხვევაში – ეს მოიცავს დარეგისტრირებულ შემთხვევებს, როდესაც კიბოს შესახებ ხელმისაწვდომი ინფორმაცია არის მხოლოდ გარდაცვალების ცნობა და როდესაც პაციენტთან დაკავშირების შემდგომი მცდელობები წარუმატებელია. ეს კატეგორია არ მოიცავს შემთხვევებს, რომლებიც რეგისტრის ყურადღების ცენტრში პირველად გარდაცვალების ცნობის მეშვეობით მოიქცა, სადაც მითითებულია კიბო, რომლის დიაგნოზის სხვა საფუძველები გახდა ხელმისაწვდომი.

კოდი 6 გამოყენებულ უნდა იქნეს იმ შემთხვევაში, როდესაც ჰისტოლოგიური გამოკვლევით დადასტურებულია კიბო, მაგრამ გამოკვლეული ნიმუში შეიცავდა მეტასტაზს და არ იყო აღებული სიმსივნის წარმოქმნის უბნიდან (პირველადი კერიდან). ეს ხშირია, როდესაც ნიმუშად აღებულია ლიმფური კვანძი.

- 0 გარდაცვალების ცნობით (DCO)
- 1 კლინიკურად
- 2 ინსტრუმენტულად (რადიოლოგია და სხვა)
- 3 იმუნოფენოტიპირება
- 4 სპეციფიური მარკერები
- 5 ციტოლოგიურად
- 6 მეტასტაზის ჰისტოლოგიით
- 7 ჰისტომორფოლოგიურად
- 8 იმუნოჰისტოქიმია
- 9 უცნობია
- 10 In situ ჰიბრიდიზაცია

ცხრილი 2. 1 საქართველოს კიბოს ერთიანი საინფორმაციო სისტემა, დიაგნოზის კოდების საფუძველები

იმ შემთხვევაში, თუ დიაგნოზის საფუძველი უდრის 4-ს, გამოიყენება სპეციფიკური სიმსივნური მარკერები (ონკომარკერები) (იხ. ცხრილი 2.2).

სპეციფიკური ონკომარკერები	
ადამიანის ქორიონული გონადოტროპინი (HCG)	ქორიოკარცინომის დიაგნოზის დასმისას (ჩვეულებრივ >100,000 ლეიკოციტი (lu) შარდში)
პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენი (PSA)	პროსტატის კიბოს დიაგნოზის დასმისას (ჩვეულებრივ >10 მკგ/მლ შრატში)
ალფაფეტოპროტეინი (AFP)	ჰეპატოცელულარული კარცინომის დიაგნოზის დასმისას (ჩვეულებრივ >200 ნგ/მლ შრატში)
კატექოლამინის დეგრადაციის პროდუქტები (HVA, VMA)	ნეირობლასტომის დიაგნოზის დასმისას
შრატში იმუნოგლობულინის დონის მომატება	მიელომა (იმუნოგლობულინი G (IgG)>35გ/ლ ან იმუნოგლობულინი A (IgA) >20 გ/ლ) ვალდენსტრომის მაკროგლობულინემია
იმუნოგლობულინი შარდში	მიელომა (მსუბუქი ჯაჭვის ექსკრეცია)

## ცხრილი 2. 2 სპეციფიკური ონკომარკერები

### პირველადი ლოკალიზაცია/კერა

გულდასმით განიხილეთ პაციენტის სამედიცინო ბარათში წარმოდგენილი ყველა დასკვნა/პასუხი და აღრიცხეთ სიმსივნის წარმოქმნის კერა. პირველადი ლოკალიზაცია ზოგჯერ შეიძლება განსაზღვროს პათოლოგმა, რომელიც იკვლევს მეორადი ლოკალიზაციიდან აღებულ ქსოვილს (მაგ., ფილტვის პირველადი კარცინომა, რომლის დიაგნოზი დაისვა ლიმფური კვანძების ამოკვეთისა და მიკროსკოპული გამოკვლევის საფუძველზე). ასევე, შესაძლებელია პირველადი ლოკალიზაციის დადგენა, კონკრეტული მორფოლოგიის განსაზღვრის საფუძველზე (მაგ., კისრის კვანძოვანი მელანომა მიუთითებს კისრის კანის ავთვისებიანობაზე). [იხ. წესი H (ლოკალიზაციასთან დაკავშირებული მორფოლოგია), ICD-O კოდირების თავი].

ყოველთვის მიუთითეთ პირველადი ლოკალიზაცია (3-ით აღნიშნება ავთვისებიანი სიმსივნე). თუ პირველადი კიბოს ლოკალიზაცია უცნობია, ეს უნდა აღნიშნოს და მიენიჭოს შესაბამისი ICD კოდი - C80.9 (უცნობი პირველადი ლოკალიზაცია).

ისეთი ლოკალიზაციები, როგორებიცაა 'თავი', 'გულმკერდი', 'კიდური', 'მენჯი' და 'მუცელი' ცუდად აღწერს სიმსივნის კერას, რადგან სიმსივნე შეიძლება წარმოიშვას ამ უბნებში მდებარე მთელ რიგ ქსოვილებში (კანი, რბილი ქსოვილი და ძვალი). მნიშვნელოვანია სამედიცინო ბარათში არსებული ყველა დიაგნოსტიკური ინფორმაციის ამოღება.

თუ სამედიცინო ბარათში აღნიშნულია არა პირველადი ლოკალიზაცია, არამედ, მეორადი ლოკალიზაცი(ებ)ი, გაითვალისწინეთ ყველა ხელმისაწვდომი ინფორმაცია მეორად ლოკალიზაცი(ებ)თან დაკავშირებით - მაგრამ არ მიანიჭოთ კოდი ან არ შეიყვანოთ მეორადი ლოკალიზაცია კომპიუტერში. თუ ხელმისაწვდომი გახდება ინფორმაცია პირველადი ლოკალიზაციის შესახებ, ის შეიძლება დაემატოს მოგვიანებით. დეტალური ინფორმაცია იხ. შემდეგ დოკუმენტში:

წყარო: [Cancer\\_data\\_quality\\_checks\\_procedure\\_report\\_1.1\\_print\\_5\\_1](https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC105078)

<https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC105078>



## მორფოლოგია

შეიყვანეთ სრული ჰისტოლოგიური დიაგნოზი, როგორც აღნიშნულია ჰისტოპათოლოგიური დასკვნის საბოლოო დიაგნოზში. არ შეცვალოთ პათოლოგის მიერ დასმული საბოლოო დიაგნოზი, ქსოვილის მიკროსკოპულ აღწერილობაში წარმოდგენილი აღწერილობითი ტერმინებით.

დიაგნოზთან დაკავშირებით ურთიერთგამომრიცხავი მითითებების შემთხვევაში, უპირატესობა ენიჭება ჰისტოპათოლოგიურ დასკვნაში წარმოდგენილს.

## ქცევა

სიმსივნის ქცევა არის მისი მოქმედება სხეულში. სიმსივნის ქცევა კოდირებულია, როგორც ცალკეული ველი სისტემაში.

ცხრილში 2.3 წარმოდგენილია ქცევების სპექტრი. სიმსივნე შეიძლება გაიზარდოს ადგილზე გავრცელების პოტენციალის გარეშე (0, კეთილთვისებიანი); ის შეიძლება იყოს ავთვისებიანი, მაგრამ მაინც იზრდებოდეს ადგილზე (2, არაინვაზიური ან in situ); მან შეიძლება მოიცვას და დააზიანოს მიმდებარე ქსოვილები (3, ავთვისებიანი, პირველადი ლოკალიზაცია).

### კოდი

- 0 კეთილთვისებიანი დაუდგენელი, როგორც კეთილთვისებიანი ან
- 1 ავთვისებიანი შემოსაზღვრული ავთვისებიანობა ავთვისებიანობის დაბალი პოტენციალი ავთვისებიანობის დაუდგენელი პოტენციალი
- 2 კარცინომა in situ ინტრაეპითელიური არაინფილტრაციული არაინვაზიური
- 3 ავთვისებიანი, პირველადი კერა

ცხრილი 2.3 ქცევის კოდები (ICD O-3)

## დიფერენციაციის ხარისხი

- 1 → კარგად დიფერენცირებული,
- 2 → ზომიერად დიფერენცირებული
- 3 → ცუდად დიფერენცირებული
- 4 → არადიფერენცირებული, ანაპლასტიური
- 5 → T-უჯრედი; T-პრეკურსორი
- 6 → B-უჯრედი; პრე-B; B- პრეკურსორი
- 7 → ნულოვანი უჯრედი; არა-T არა-B
- 8 → NK უჯრედი (ბუნებრივი მკვლელი უჯრედი)
- 9 → უცნობი

## ცხრილი 2.4 დიფერენციაციის ხარისხი

### ლატერალიზაცია

ეს უნდა აღინიშნოს ყველა დაწყვილებული ორგანოს შემთხვევაში, მინიმუმ ფილტვებთან, მკერდთან, თვალთან, საკვერცხესთან, სათესლე ჯირკვალსა და თირკმელთან მიმართებაში.

- 1 მარცხენა
- 2 მარჯვენა
- 9 უცნობია

## ცხრილი 2.5

### სტადია

აღნიშნეთ დაავადების სტადია, როგორც ეს წარმოდგენილია პაციენტის ავადმყოფობის ისტორიაში.

თუ არ ხართ გადამზადებული და არ გაქვთ ამის უფლებამოსილება, ნუ მინიჭებთ კიბოს სტადიას, თუ ეს არ არის მითითებული პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერებში.

### TNM

დაავადების ხარისხი უნდა აღინიშნოს TNM სისტემის სამნიშნა კოდით. TNM სისტემის მიხედვით კოდირების წესები აღწერილია ავთვისებიანი სიმსივნეების TNM კლასიფიკაციაში, მე-7 გამოცემა.

TNM სისტემა არ გამოიყენება ლიმფომების, ლეიკემიების, თავის ტვინის სიმსივნეების და ბავშვთა კიბოს (განისაზღვრება, როგორც <15 წლის ასაკი დიაგნოზის დასმის დროს) კოდირებისთვის.

სტადიის მინიჭება უნდა განხორციელდეს პირველადი დიაგნოზის დასმის დროს. იგი ეფუძნება: კლინიკურ (c) ინფორმაციას ანუ სტადია ნებისმიერი მკურნალობის წინ, ან პათოლოგიურ (p) ინფორმაციას ანუ პოსტოპერაციული ჰისტოპათოლოგიური კლასიფიკაცია.

იმ შემთხვევაში, თუ ოპერაცია არ ჩატარებულა, სტადია განისაზღვრება მკურნალობამდე ჩატარებული გამოკვლევების, რენტგენოლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე ან ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში მკურნალობის დაწყებისას ან მათზე უარის თქმის შესახებ გადაწყვეტილების საფუძველზე.

**მეტასტაზური დაავადების გამოვლენა მკურნალობის პირველი კურსის შემდეგ (მათ შორის, ადიუვანტური (დამხმარე) ან ჰორმონალური თერაპიის დროს) არ ცვლის დაავადების ხარისხის კოდირებას, დიაგნოზის დასმის დროს.**

### **pTNM-სა და cTNM-ის შედარება**

საქართველოში არსებულ სისტემაში კიბოს სტადია/ხარისხი აღირიცხება სამედიცინო ჩანაწერების როგორც კლინიკურ, ასევე პათანატომიურ ნაწილში, TNM სისტემის მიხედვით. უნდა მოხდეს ამ კოდების რეგისტრირება.

მიუთითეთ პათოლოგანატომიური გამოკვლევის პროტოკოლში წარმოდგენილი სტადია - pT (და არა cT) და pN (და არა cN), თუ ისინი ხელმისაწვდომია.

**როდესაც T ან/და N ან/და M არ არის მკაფიოდ დაფიქსირებული კლინიკური/პათოლოგიური გამოკვლევის ჩანაწერებში, კიბოს რეგისტრატორი უნდა შეეცადოს დაავადების ხარისხის შეფასებას, Essential TNM სქემის მიხედვით. (იხ. თავი 3.7. გვერდი 33)**

### **2.4.3 მკურნალობა**

მიუთითეთ პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერებში აღნიშნული ნებისმიერი მკურნალობა, რომლის ჩატარება დაიწყო დაავადების დაწყების თარიღის შემდეგ ნებისმიერ დროს. ეს მოიცავს ნებისმიერი სახის ონკოლოგიურ მომსახურებას, რომელიც გაწეულია როგორც ანგარიშშემგებელ საავადმყოფოში, ასევე, სხვა სამედიცინო დაწესებულებებში. მკურნალობა განიხილება, როგორც სპეციფიკური თერაპია, რომელიც აკონტროლებს ან ანადგურებს კიბოს მიერ დაზიანებულ ქსოვილებს, როგორც პირველად, ასევე, მეტასტაზების ლოკალიზაციაზე. **კიბოსკენ მიმართული მკურნალობა** მოიცავს ქირურგიულ ჩარევას, რადიოთერაპიას, ქიმიოთერაპიას, ჰორმონალურ თერაპიას, იმუნოთერაპიას და პალიატიურ მზრუნველობას. ასევე, აღნიშნეთ ნებისმიერი სხვა მკურნალობა, რომელიც ჩაუტარდა პაციენტს. იხ. ცხრილი 2.6

- 01 ოპერაცია
- 02 ბიოფსია
- 03 ქიმიოთერაპია
- 04 ჰორმონოთერაპია
- 05 იმუნოთერაპია
- 06 რადიოთერაპია
- 07 იოდოთერაპია
- 08 სიმპტომატური  
თერაპია
- 09 პალიატიური  
მზრუნველობა

## ცხრილი 2.6

მიუთითეთ თითოეული მკურნალობის დაწყების **თარიღი**.

სამედიცინო დაწესებულებების იდენტიფიცირება, სადაც შემოთავაზებული იყო ეს მკურნალობა, შესაძლებელია სისტემის მომხმარებლის რეკვიზიტების მეშვეობით, რომელიც მიუთითებს მომხმარებლის მიერ წარმოდგენილ დაწესებულებაზე.

### 2.4.4 ინფორმაციის წყარო

მნიშვნელოვანია, ინფორმაციის წყაროს იდენტიფიცირება ყოველ ჯერზე, როცა კიბოს შემთხვევა ერთ-ერთი წყაროდან მოდის. ინფორმაციის წყარო შეიძლება იყოს საავადმყოფო, კლინიკა, ჰოსპისი, ლაბორატორია ან გარდაცვალების ცნობა.

ინფორმაციის წყაროს დეტალები ავტომატურად აისახება სისტემის მომხმარებლის აფილირების მიხედვით (დასახელება, საგადასახადო კოდი და საავადმყოფოს ან ლაბორატორიის მისამართი და ა.შ.)

მიუთითეთ თითოეული შემთხვევის თარიღი, რომელიც უნდა შეირჩეს ქვემოთ წარმოდგენილი სამი თარიღიდან:

- ჰოსპიტალური შემთხვევებისთვის საავადმყოფოში მიმართვის თარიღი
- ამბულატორიული შემთხვევებისთვის – კონსულტაციის თარიღი
- ლაბორატორიებისთვის - გამოკვლევის ან ნიმუშის აღების თარიღი (როგორც მოცემულია ლაბორატორიის/რენტგენის დასკვნაში).

ეს ძალიან მნიშვნელოვანია - აღნიშნული თარიღები გამოგადგებათ, თუ საჭირო გახდება კიბოს რეგისტრის მონაცემთა ბაზის მეშვეობით ავადმყოფობის ისტორიის მოკვლევა.

#### 2.4.5 შემდგომი დაკვირვება

მნიშვნელოვანია ინფორმაციის მიღება თითოეულ რეგისტრირებულ პაციენტზე შემდგომი დაკვირვების მიზნით.

შემდგომი დაკვირვების მიზნით, მნიშვნელოვანია, დამატებითი ინფორმაციის, როგორც შედეგის საზომის, მიღება კიბოსგან გადარჩენის შეფასებისას. ასეთი ინფორმაციაა: პაციენტი ცოცხალია ან გარდაცვლილი ან უცნობია (დაკარგულია შემდგომი დაკვირვების განსახორციელებლად). ნებისმიერი კონტაქტი პაციენტსა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს შორის ზუსტად უნდა იყოს აღნიშნული და ეს ხელს შეუწყობს მოცემულ მომენტში მისი სტატუსის განსაზღვრას

- აქტიური შემდგომი დაკვირვება შეიძლება განხორციელდეს სპეციალური კვლევებისთვის - პაციენტის ექიმთან ან თავად პაციენტთან დაკავშირებით (ტელეფონით, ფოსტით ან ბინაზე ვიზიტით).
- გარდაცვალების რეგისტრზე/გარდაცვალების ცნობაზე წვდომა, რომელიც ჩვენს სისტემაში რეგულარულად ხორციელდება, შეიძლება გამოყენებულ იქნეს როგორც შემდგომი დაკვირვების პასიური მეთოდი. რეგულარული პროცედურაა: ყოველ დამით, სპეციალური სკრიპტი ახორციელებს ჯვარედინ შემოწმებას კიბოს რეგისტრში წარმოდგენილ პირად ნომრებსა და გარდაცვალების მონაცემთა ბაზას შორის, იმ მიზნით, რომ კიბოთი დაავადებული პაციენტის აღმოჩენისას, შეიცვალოს სტატუსი “ცოცხალი“ სტატუსით „გარდაცვლილი“. გარდაცვალების თარიღი ავტომატურად ივსება.

#### ბოლო კონტაქტის თარიღი

ეს არის ბოლო თარიღი, როდესაც მოხდა *ნებისმიერი* ინფორმაციის მიღება პაციენტის შესახებ. ეს შეიძლება იყოს:

- ბოლო თარიღი, როდესაც ცნობილი იყო, რომ პაციენტი ცოცხალი იყო, როდესაც მან მიიღო კიბოსთან დაკავშირებული ბოლო სერვისი
- გარდაცვალების თარიღი

პირველი რეგისტრაციის დროს ორი თარიღი (დაავადების დაწყების თარიღი და ბოლო კონტაქტის თარიღი) ერთმანეთს დაემთხვევა.

დამატებითი ინფორმაცია (მოგვიანებით) შეიძლება მიღებულ იქნეს იმავე საავადმყოფოში განხორციელებული შემდგომი დაკვირვების ვიზიტებიდან ან სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში განხორციელებული ვიზიტიდან (მაგ., რადიოთერაპია ან ჰოსპისი).

გარდაცვალების ცნობის რეგისტრაციისთვის ბოლო კონტაქტის თარიღი = გარდაცვალების თარიღს.

სრულად მიუთითეთ ბოლო კონტაქტის თარიღი (დღე, თვე და წელი).

## ბოლო კონტაქტის სტატუსი

პაციენტს შეიძლება ჰქონდეს სტატუსი ცოცხალი ან გარდაცვლილი ბოლო კონტაქტის დღეს.

კოდები: 1 ცოცხალი, 2 გარდაცვლილი, 9 უცნობი

კიბოს რეგისტრსა და გარდაცვალების რეგისტრს შორის რეგულარული შემოწმება ხორციელდება, გარდაცვალების რეგისტრში გარდაცვალების ფაქტის დარეგისტრირებისას, კიბოს რეგისტრში სტატუსი „ცოცხალი“ შეიცვლება სტატუსით - „გარდაცვლილი“.

სამწუხაროდ, მიგრაციის გამო, არ არსებობს სრული ინფორმაცია რეგისტრის ყველა პაციენტის შესახებ - პაციენტის სტატუსი უნდა იყოს „უცნობი“, როდესაც ვერ ხერხდება მის შესახებ ინფორმაციის მოკვლევა.

## 3. კოდირება

უნდა მოხდეს აბსტრაქტირებული ინფორმაციის კოდირება კომპიუტერში შეყვანამდე.

### 3.1 რეგიონები

01	აფხაზეთი
02	აჭარა
03	გურია
04	თბილისი
05	იმერეთი
06	კახეთი
07	მცხეთა-მთიანეთი
08	რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი
09	უცხოური ქვეყანა
10	სამეგრელო და ზემო სვანეთი
11	სამცხე-ჯავახეთი
12	ქვემო ქართლი
13	შიდა ქართლი

### 3.2 ეროვნება/ეთნიკურობა

#### ეროვნება/ეთნიკურობა

ქართველი	01
აზერბაიჯანელი	02
ებრაელი	03
იეზიდი	04
თურქი	05
ირანელი	06
რუსი	07

სომეხი	08
უკრაინელი	09
ქურთი	10
სხვა	99

### 3.3 საქმიანობა

საქმიანობა/პროფესია	
სოფლის მეურნეობა, ნადირობა და სატყეო მეურნეობა	01
ქვანახშირის, ლიგნიტისა და ტორფის მოპოვება	10
ნედლი ნავთობისა და ბუნებრივი აირის მოპოვება; ამ სფეროში მომსახურების გაწევა	11
ურანისა და თორიუმის მადნების მოპოვება	12
ლითონის მადნების მოპოვება	13
სამთომომპოვებითი მრეწველობის სხვა დარგები	14
საკვები პროდუქტების წარმოება, სასმელების ჩათვლით	15
თამბაქოს წარმოება	16
ტექსტილის წარმოება	17
ტანსაცმლის წარმოება, ბეწვის გამოყვანა და ღებვა	18
ტყავის, ტყავის ნაწარმის და ფეხსაცმლის წარმოება	19
ხე-ტყის დამუშავება, მერქნის, ხისა და კორპის ნაწარმის წარმოება, ავეჯის გარდა	20
ქალაქის მასის, ქალაქის, მუყაოსა და მათი ნაკეთობების წარმოება	21
საგამომცემლო და პოლიგრაფიული საქმიანობა, ჩაწერილი ინფორმაციის მატარებლების ტირაჟირება.	22
კოქსის, ნავთობპროდუქტებისა და ბირთვული მასალების წარმოება	23
ქიმიური წარმოება	24
რეზინისა და პლასტმასის ნაწარმის წარმოება	25
დანარჩენი არალითონური მინერალური ნაკეთობების წარმოება	26
მეტალურგიული მრეწველობა	27
ლითონის მზა ნაწარმის წარმოება	28
მანქანებისა და მოწყობილობების წარმოება	29
საოფისე მოწყობილობებისა და გამოთვლითი ტექნიკის წარმოება	30

აპარატურის წარმოება რადიოს, ტელევიზიისა და კავშირგაბმულობისათვის	32
სამედიცინო ტექნიკის ნაწარმის, საზომი საშუალებების, ოპტიკური ხელსაწყოებისა და აპარატურის, წარმოება	33
საათების წარმოება	34
ავტომობილების, მისაბმელებისა და ნახევარმისაბმელების წარმოება	35
ავეჯისა და სხვა დაჯგუფებებში ჩაურთველი დანარჩენი პროდუქციის წარმოება	36
მეორადი ნედლეულის გადამუშავება	37
ელექტროენერჯის, აირის, ორთქლისა და ცხელი წყლის წარმოება და განაწილება	40
მშენებლობა	45
ავტომობილებითა და მოტოციკლებით ვაჭრობა, მათი ტექნიკური მომსახურება და რემონტი	50
საბითუმო ვაჭრობა და ვაჭრობა აგენტების საშუალებით, ავტომობილებითა და მოტოციკლებით ვაჭრობის გარდა	51
საცალო ვაჭრობა, ავტომობილებითა და მოტოციკლებით ვაჭრობის გარდა; საყოფაცხოვრებო	52
სასტუმროებისა და რესტორნების მომსახურება	55
სახმელეთო ტრანსპორტი	60
წყლის ტრანსპორტი	61
საკაერო ტრანსპორტი	62
დამხმარე და დამატებითი სატრანსპორტო საქმიანობა	63
კავშირგაბმულობა	64
საფინანსო შუამავლობა	65
დაზღვევა და საპენსიო უზრუნველყოფა, სავალდებულო სოციალური უზრუნველყოფის გარდა	66
დამხმარე საქმიანობა, საფინანსო შუამავლობისა და დაზღვევის სფეროში	67
ოპერაციები უძრავი ქონებით	70
მანქანებისა და მოწყობილობების იჯარა, ოპერატორის გარეშე, და საყოფაცხოვრებო ნივთებისა და პირადი მოხმარების საგნების გაქირავება	71
კომპიუტერებთან დაკავშირებული საქმიანობა	72
კვლევები და დამუშავებები	73
მომხმარებელზე გაწეული მომსახურების სხვა სახეები	74
სახელმწიფო მმართველობა	75
განათლება	80
ჯანმრთელობის დაცვა და სოციალური დახმარება	85
კანალიზაცია, სანაგვეები და ნარჩენების მოცილება	90
საზოგადოებრივი გაერთიანებების საქმიანობა	91
საქმიანობა დასვენების, გართობის, კულტურისა და სპორტის ორგანიზების დარგში	92
ინდივიდუალური მომსახურება	93
შინამეურნეობის გაძღოლასთან დაკავშირებული მომსახურება	95
შინამეურნეობების საქმიანობა, დაკავშირებული საქონლის წარმოებასთან საკუთარი მოხმარებისათვის	96
შინამეურნეობების საქმიანობა, დაკავშირებული მომსახურების წარმოებასთან საკუთარი მოხმარებისათვის	97



ექსტერიტორიული ორგანიზაციების საქმიანობა	99
უცნობი	100
დროებით უმუშევარი	101
მოსწავლე	102
სტუდენტი	103
პენსიონერი	104

### 3.4 კიბოს ლოკალიზაცია და მორფოლოგია (ICD-O)

კოდირება ხდება ონკოლოგიურ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის მიხედვით (მე-3 გამოცემა). კოდირების სრული ინსტრუქცია მოცემულია აღნიშნულ წიგნში.

#### ტოპოგრაფია

შეიყვანეთ ICD-O კოდი (C00.0-დან C80.9-მდე), რომელიც შეესაბამება სიმსივნის წარმოშობის პირველად ლოკალიზაციას/კერას. ათწილადის გამყოფი წერტილი (.) მიუთითებს მახასიათებლების სამი კატეგორიის ქვერუბრიკასა და ქველოკალიზაციაზე.

არ მიანიჭოთ კოდი რომელიმე მეორადი/მეტასტაზური კიბოს ლოკალიზაციას/კერას (რომელიც შეიძლება გამოკვლეული იყოს, მაგალითად, პათოლოგის მიერ).

კოდი C80.9 გამოიყენება უცნობი პირველადი ლოკალიზაციის აღსანიშნავად

#### მორფოლოგია

ოთხნიშნა კოდური ნომრების სია მერყეობს 8000-დან 9989-მდე. ოთხი ციფრი მიუთითებს სპეციფიკურ ჰისტოლოგიაზე და მეხუთე ციფრი გამოხატავს სიმსივნის ქცევას.

დიაგნოზი შეიძლება დაფიქსირდეს არასპეციფიკური ტერმინების გამოყენებით, სპეციფიკური ჰისტოლოგიური ტიპის ნაცვლად; მაგალითად, ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნი (სიმსივნე), კიბო და ა.შ. ეს, ჩვეულებრივ, ხდება იმ შემთხვევაში, თუ დიაგნოზის საფუძველი არამიკროსკოპულია.

ასეთ შემთხვევებში, გამოყენებული უნდა იქნეს მორფოლოგიური კოდი 8000 და ქცევის კოდი 3.

ნაკლებსავარაუდოა (ან შეუძლებელი) ყველაზე სპეციფიკური მორფოლოგიური დიაგნოზის დასმა ჰისტოლოგიური (ან ციტოლოგიური) გამოკვლევის გარეშე. თუმცა, გარკვეული კომბინაციები გამონაკლისია ამ ზოგადი წესიდან, როგორც წარმოდგენილია ცხრილში 3.5.

კოდი	მორფოლოგია	დიაგნოზის ყველაზე მართებული საფუძველი	აღწერა
8800	სარკომა NOS	2	
9590	ლიმფომა NOS	1 ან 2	
9800	ლეიკემია NOS	1 ან 2	
8720	მელანომა	1 ან 2	
9140	კაპოშის სარკომა	1 ან 2	აივ დადებითი (აფრიკის გარდა)
8960	ნეფრობლასტომა	2	ასაკი 0-8
9100	ქორიოკარცინომა	4	მდედრ. სქესი, ასაკი 15-49
9500	ნეირობლასტომა	2 ან 4	ასაკი 0-9
9510	რეტინობლასტომა	2	ასაკი 0-5
9732	მიელომა	4	ასაკი 40+
9761	ვალდენსტრომის მაკროგლობულინემია	4	ასაკი 50+
8170	ჰეპატოუჯრედული კარცინომა	4	
8150-8154	ინსულომა, გასტრინომა	4	
9380	გლიომა	2	C71.7 (თავის ტვინის ღერო)
8384/1	სუბეპენდიმალური გიგანტურუჯრედული ასტროციტომა	2	ტუბეროზული სკლეროზის მქონე პაციენტი
9530-9539	მენინგიომა	2	C70
9350	კრანოფარინგიომა	2	
8270	ჰიპოფიზის სიმსივნე	4	C75.1

**ცხრილი 3.5 სპეციფიკური მორფოლოგიური კოდების კომბინაცია და დიაგნოზის კოდების არამიკროსკოპული საფუძველი, რომლებიც მისაღებად ითვლება**

NOS „სხვაგვარად არ არის მითითებული“ ეს აბრევიატურა არის დაუზუსტებელის ექვივალენტი, რაც მიუთითებს, რომ დოკუმენტაცია არ იძლევა საკმარის ინფორმაციას უფრო კონკრეტული კოდის მინიჭებისთვის.

### 3.5 ICD-O-ს გამოყენების ძირითადი წესების შეჯამება, მესამე გამოცემა

**წესი A. ტოპოგრაფიული უბნები და დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები:** თუ დიაგნოზში დაკონკრეტებული არაა ესოვილოვანი წარმოშობა, განახორციელეთ ანბანურ ინდექსში

წარმოდგენილი შესაბამისი ქსოვილების კოდირება, თითოეული დაუზუსტებელი ლოკალიზაციისთვის და არ მიაჩნით "NOS" კატეგორია.

დაუზუსტებელ ლოკალიზაციას, როგორცაა „ზედა კიდური“, აქვს რამდენიმე კომპონენტის ქსოვილი. მაგალითად, „ზედა კიდურის ბრტყელუჯრედული კარცინომა“ უნდა იყოს კოდირებული C44.6 (ზედა კიდურის კანი) და არა C76.4 (ზედა კიდური, NOS).

იხ. *ICD-O 3 სახელმძღვანელო*: კოდირების გაიდლაინები, გვ. 24. არსებობს რამდენიმე გამონაკლისი, როგორებიცაა ნიკაპი და შუბლი, რადგან ეს უბნები, ძირითადად კანისგან შედგება და ამიტომ, NOS კატეგორია მიენიჭა კანს.

**წესი B. პრეფიქსები:** თუ ტოპოგრაფიული უბანი მოდიფიცირებულია ისეთი პრეფიქსით, როგორებიცაა პერი-, პარა- ან მსგავსი, რომელიც კონკრეტულად არ არის წარმოდგენილი ICD-O-ში, შესაბამის დაუზუსტებელ ქვეკატეგორიას მიაჩნით კოდი - C76 (დაუზუსტებელი ლოკალიზაცია) თუ სიმსივნის ტიპი არ მიუთითებს კონკრეტულ ქსოვილოვან წარმოშობაზე. ეს ზოგადი წესი, ასევე, ვრცელდება არაზუსტ ფრაზებზე, როგორებიცაა „...-ის არეალი“ ან „...-ის უბანი“.

იხ. *ICD-O 3 სახელმძღვანელო*: კოდირების გაიდლაინები, გვ. 26.

**წესი C. სიმსივნეები, რომლებიც მოიცავს ერთზე მეტ ტოპოგრაფიულ კატეგორიას ან ქვეკატეგორიას:** გამოიყენეთ ქვეკატეგორია"8", როდესაც სიმსივნე ფარავს ორი ან მეტი კატეგორიის ან ქვეკატეგორიის საზღვრებს და მისი წარმოქმნის ადგილის დადგენა შეუძლებელია.

იხ. *ICD-O 3 სახელმძღვანელო*: კოდირების გაიდლაინები, გვ. 26 და *შენიშვნა*, გვ.32.

**წესი D. ლიმფომების ტოპოგრაფიული კოდები:** თუ ლიმფომა მოიცავს რამდენიმე ლიმფურ კვანძს, მიაჩნით კოდი C77.8 (მრავალი უბნის ლიმფური კვანძები). მოახდინეთ დამატებითი კვანძოვანი ლიმფომების კოდირება წარმოშობის ლოკალიზაციაზე, რომელიც შეიძლება არ წარმოადგენდეს ბიოფსიის გაკეთების ადგილს. თუ ლიმფომის ლოკალიზაცია არ არის მითითებული, მიუთითეთ კოდი C77.9 (ლიმფური კვანძი, NOS). ლიმფომა წარმოიქმნება კონკრეტულ ლოკალიზაციაზე, მაგალითად, კუჭში, ასევე, ერთ ან მეტ ლიმფურ კვანძში და, შესაბამისად, არ ენიჭება ლოკალიზაციისთვის სპეციფიკური კოდი. კონკრეტულ ლოკალიზაციაზე წარმოქმნილ ლიმფომებს დამატებით კვანძს უწოდებენ. იხილეთ ICD-O 3 სახელმძღვანელო: კოდირების გაიდლაინები გვ. 26 და თავი *ავთვისებიანი ლიმფომა*, გვ. 12.

**წესი E. ლეიკემიის ტოპოგრაფიული კოდი:** მოახდინეთ ყველა ლეიკემიის კოდირება, მიელოიდური სარკომის გარდა (M-9930/3) C42.1-მდე (ძვლის ტვინი).

იხილეთ ICD-O 3 სახელმძღვანელო: კოდირების გაიდლაინები, გვ. 26.

**წესი F. ქცევის კოდი მორფოლოგიაში:** გამოიყენეთ შესაბამისი ქცევის კოდის აღმნიშვნელი მე-5 ნიშანი (ცხრილი ქვემოთ) მაშინაც კი, თუ ზუსტი ტერმინი არ არის წარმოდგენილი ICD-O-ში. ქცევის აღმნიშვნელი მე-5 ნიშნის გამოყენება განმარტებულია ICD-O 3 სახელმძღვანელოში: კოდირების გაიდლაინები (ICD O-3).

კოდი	განმარტება
0	კეთილთვისებიანი
1	განუსაზღვრელი (კეთილთვისებიანი/ავთვისებიანი)
2	In-situ
3	ავთვისებიანი

შესაბამისი მე-5 ნიშანი გამოყენებული უნდა იყოს მაშინაც კი, თუ ზუსტი ტერმინი არ არის წარმოდგენილი ICD-O-ში; მაგალითად, „კეთილთვისებიანი ქორდომა“, როგორც დიაგნოზი, უნდა იყოს აღნიშნული კოდური ნომრით - M-9370/0. თუ პათოლოგი აცხადებს, რომ ქცევა განსხვავდება ჩვეული ქცევისგან, როგორც ეს მოცემულია ICD-O-ში, შეიყვანეთ კოდი, პათოლოგის მითითებისამებრ.

**წესი G. ავთვისებიანობის ხარისხის ან დიფერენციაციის კოდი:** დიაგნოსტიკურ დასკვნაში აღნიშნული ყველაზე მაღალი ხარისხის ან დიფერენციაციის კოდის მინიჭება. მე-6 ნიშნის გამოყენება სოლიდური სიმსივნეების ავთვისებიანობის ხარისხის ან დიფერენციაციისთვის აღწერილია ICD-O 3 სახელმძღვანელოში: კოდირების გაიდლაინები, გვ. 39. თუ დიაგნოზი მიუთითებს ავთვისებიანობის ხარისხის ან დიფერენციაციის ორ განსხვავებულ შეფასებაზე (როგორებიცაა „კარგად და ცუდად დიფერენცირებული“ ან „ხარისხები 11-მ“), აღნიშნეთ უფრო მაღალი ხარისხის გამომხატველი კოდური ნომრით.

მე-6 ნიშანი, ასევე, შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ლიმფომებისა და ლეიკემიების უჯრედული წარმოშობის დასადგენად. ამ ლიმფურ და ჰემატოპოეზურ დაავადებებში პრიორიტეტი ენიჭება T-უჯრედებს (კოდი 5), B-უჯრედებს (კოდი 6), ნულოვან უჯრედებს (კოდი 7) და NK უჯრედებს (კოდი 8) 1-დან 4-მდე ხარისხის კოდებთან შედარებით.

**წესი H. ლოკალიზაციასთან ასოცირებული მორფოლოგიური ტერმინები:** გამოიყენეთ მითითებული ტოპოგრაფიული კოდი, როდესაც ტოპოგრაფიული ლოკალიზაცია არ არის მითითებული დიაგნოზში. არ გამოიყენოთ ეს ტოპოგრაფიული კოდი, თუ ცნობილია, რომ სიმსივნე წარმოქმნილია სხვა ლოკალიზაციაზე. შესაბამისი ლოკალიზაციისთვის სპეციფიკური კოდები წარმოდგენილია ფრჩხილებში ახალწარმონაქმნებთან (სიმსივნეებთან) დაკავშირებული მორფოლოგიური ტერმინების შემდეგ, რომლებიც, ჩვეულებრივ, გვხვდება იმავე ლოკალიზაციაზე ან ქსოვილში, მაგალითად, "რეტინობლასტომა" (C69.2). თუ დიაგნოზში ლოკალიზაცია არ არის მითითებული, გამოიყენეთ შემოთავაზებული კოდი.

თუ მოცემული ლოკალიზაცია განსხვავდება მორფოლოგიური ტიპისთვის მითითებული საიტ-სპეციფიკური კოდისგან, გამოიყენეთ მოცემული ლოკალიზაციისთვის შესაბამისი კოდი. ეს უნდა გაკეთდეს მხოლოდ შემთხვევის სრულყოფილად განხილვის შემდეგ, რათა დადგინდეს, რომ აღნიშნულ ლოკალიზაციაზე არსებული სიმსივნე არ არის მეტასტაზი. ზოგიერთი ლოკალიზაციის

აღსანიშნავად მოცემულია მხოლოდ სამსიმბოლოიანი კოდები, მაგალითად, C44.- (კანი), რადგან შესაბამისი მეოთხე ნიშნის წინასწარ მინიჭება დაუშვებელია.

*იხ. ICD-O 3 სახელმძღვანელო: კოდირების გაიდლაინები, გვ. 28*

ზოგიერთ ახალწარმონაქმნს (სიმსივნეს) აქვს სახელი, რომელიც შეიძლება აღნიშნავდეს ტოპოგრაფიულ მდებარეობას (ფსევდოტოპოგრაფიული მორფოლოგიის ტერმინები), თუმცა, მათი კოდირება არ უნდა მოხდეს ამ ლოკალიზაციასთან მიმართებაში. მაგალითად, ნაღვლის სადინრის კარცინომა არის სიმსივნე, რომელიც ხშირად წარმოიქმნება ღვიძლის ინტრაჰეპატურ სანაღვლე სადინარში (C22.1).

*იხ. ICD-O 3 სახელმძღვანელო: კოდირების გაიდლაინები, გვ. 29.*

წესი J. რთული მორფოლოგიური დიაგნოზი: შეცვალეთ ფუძისეული სიტყვების თანმიმდევრობა შედგენილი ტერმინის შემთხვევაში, თუ ტერმინი არ არის წარმოდგენილი ICD-O-ში. შედგენილი სიტყვების ყველა ფორმა არ არის წარმოდგენილი. მაგალითად, „მიქსოფიბროსარკომა“ არ არის მოცემული ICD-O-ში, თუმცა მასში წარმოდგენილია „ფიბრომიქსოსარკომა“. შეამოწმეთ ფუძისეული სიტყვების სხვადასხვა პერმუტაცია, თუ ვერ იპოვით პირველ ტერმინს.

*იხ. ICD-O 3 სახელმძღვანელო: კოდირების გაიდლაინები, გვ. 29*

წესი K. მრავალი მორფოლოგიური ტერმინის კოდირება: როდესაც ერთი კოდი არ მოიცავს ყველა დიაგნოსტიკურ ტერმინს, გამოიყენეთ რიცხობრივად უფრო მაღალი კოდის ნომერი, თუ ერთი სიმსივნის დიაგნოზი მოიცავს ორ მოდიფიცირებად ზედსართავ სახელს, სხვადასხვა კოდური ნომრით. თუ ტერმინი მოიცავს ორ ან მეტ მოდიფიცირებად ზედსართავ სახელს, სხვადასხვა კოდური ნომრით, მიუთითეთ უმაღლესი კოდური ნომერი, რადგან ის, ჩვეულებრივ, უფრო სპეციფიკურია. მაგალითად, სიმსივნე, რომელიც აღწერილია, როგორც „გარდამავალუჯრედული ეპიდერმიული კარცინომა“ ორჯერ არ უნდა იყოს მოხსენებული (ერთი, როგორც გარდამავალუჯრედული კარცინომა M8120/3 და მეორე, როგორც „ეპიდერმიული კარცინომა“ M8070/3. უნდა მიაწიოს კოდი 8120/3, რადგან ის არის უმაღლესი.

*იხ. ICD-O 3 სახელმძღვანელო: კოდირების გაიდლაინები, გვ. 29.*

### 3.6 მეტასტაზური კიბოს კოდირება

ადაპტირებულია ICD-10 კოდირების წესებიდან (WHO, 2010) <sup>4</sup>

**გამოთქმა "მეტასტაზური"** პრობლემურია, ძირითადად, ინგლისურ ენაში.

ახალწარმონაქმნები (სიმსივნეები), რომლებიც მეტასტაზურად ითვლება, ყოველთვის ავთვისებიანია, პირველადი ან მეორადი.

**ამასთან, ზედსართავი სახელი „მეტასტაზური“ გამოიყენება ორი მნიშვნელობით:** პირველადი სიმსივნისგან განვითარებული მეორადი სიმსივნე და პირველადი სიმსივნე, რომელმაც გამოიწვია მეტასტაზები.

მიუხედავად იმისა, რომ შეიძლება მოხდეს ავთვისებიანი უჯრედების მეტასტაზირება სხეულის ნებისმიერ ადგილას, ზოგიერთი კერა უფრო ხშირად გვხვდება სხვებთან შედარებით და განსხვავებულ მკურნალობას საჭიროებს. ეს ლოკალიზაციები წარმოდგენილია ქვემოთ მოცემულ ცხრილში 3.6.

პირველადი კერა	მეტასტაზი
ძვალი	შუასაყარი (მედიასტინუმი)
თავის ტვინი	ტვინის გარსი
დიაფრაგმა	პერიტონეუმი
დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები (ლოკალიზაცია, რომლის კლასიფიკაცია უნდა მოხდეს C76-ით)	პლევრა
ღვიძლი	რეტროპერიტონეუმი
ფილტვი (იხ. სპციალური ინსტრუქციები (f))	ზურგის ტვინი
ლიმფური კვანძები	

### ცხრილი 3.6 მეტასტაზების ხშირი ლოკალიზაციები

(ა) ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნი (სიმსივნე), რომელიც „მეტასტაზირდება ...“  
 თუ ავთვისებიანი სიმსივნე აღწერილია, როგორც სიმსივნე, რომელიც მეტასტაზირდება კონკრეტული ლოკალიზაციიდან, ეს ლოკალიზაცია უნდა ჩაითვალოს პირველადად.

მაგალითი 1: ტერატომა, რომელიც მეტასტაზირდება საკვერცხიდან (საკვერცხის მეტასტაზური ტერატომა)

გამოთქმა „ტერატომა, რომელიც მეტასტაზირდება საკვერცხიდან“ გულისხმობს იმას, რომ სიმსივნე წარმოიშვა საკვერცხიდან.

საკვერცხის სიმსივნის კოდი (C56).

ეს, ასევე, ეხება მეტასტაზების ხშირი ლოკალიზაციების ჩამონათვალში წარმოდგენილ ლოკალიზაციებს.

მაგალითი 2: მეზოთელიომა, რომელიც მეტასტაზირდა პერიტონეუმიდან (პერიტონეუმის მეტასტაზური მეზოთელიომა )

„მეზოთელიომა, რომელიც მეტასტაზირდა პერიტონეუმიდან“ არის პირველადი პერიტონეუმში, თუმცა, პერიტონეუმი არის ცხრილი 3-ში წარმოდგენილი ერთ-ერთი ლოკალიზაცია.

პერიტონეუმის ავთვისებიანი მეზოთელიომის კოდი (C45.1).

(ბ) ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნი (სიმსივნე) "მეტასტაზური ...-ის მიმართ"

ავთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც აღწერილია, როგორც "მეტასტაზური" მითითებული ლოკალიზაციის მიმართ, უნდა ინტერპრეტირდეს, როგორც მითითებული უბნის მეორადი

სიმსივნე, მიუხედავად იმისა, არის თუ არა ლოკალიზაცია წარმოდგენილი მეტასტაზების ხშირი ლოკალიზაციების სიაში. მიუთითეთ უცნობი პირველადი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნის კოდური ნომერი (C80.9), თუ პირველადი ლოკალიზაცია არ არის მითითებული.

მაგალითი 3: კარცინომა მეტასტაზური სწორი ნაწლავის მიმართ (სწორი ნაწლავის მეტასტაზური კარცინომა)

**გამოთქმა "მეტასტაზური ..-ის მიმართ" მიუთითებს იმას, რომ სწორი ნაწლავი არის მეორადი ლოკალიზაცია.**

მიუთითეთ უცნობი პირველადი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნის კოდური ნომერი (C80.9), ვინაიდან პირველადი ლოკალიზაცია არ არის მითითებული.

თუ ICD-O-ში მორფოლოგიური კოდი დაკავშირებულია „სასურველ ლოკალიზაციასთან“ (იხ. წესი H, თავი 5.6), გამოიყენეთ ტოპოგრაფიული კოდი, რომელიც წარმოდგენილია, როგორც პირველადი ლოკალიზაცია, როდესაც ის არ არის მითითებული დიაგნოზში.

მაგალითი 4: ოსტეოსარკომა მეტასტაზური თავის ტვინის მიმართ (ტვინის მეტასტაზური ოსტეოსარკომა)

გამოთქმა „მეტასტაზური ტვინის მიმართ“ მიუთითებს იმას, რომ თავის ტვინი მეორადი ლოკალიზაციაა. თუმცა, ოსტეოსარკომას მინიჭებული აქვს ძვლის ავთვისებიანი სიმსივნის ინდექსი (C40.; C41.) ICD-O-ს ანბანურ ინდექსში.

ძვლის დაუზუსტებელი ავთვისებიანი სიმსივნის კოდი (C41.9)

**(გ) A ლოკალიზაციის ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნი (სიმსივნე) მეტასტაზირებული B ლოკალიზაციაზე**

A ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც აღწერილია, როგორც მეტასტაზირებული B ლოკალიზაციაზე, უნდა ინტერპრეტირდეს, როგორც პირველად A ლოკალიზაციაზე და მეორადი B ლოკალიზაციაზე.

მაგალითი 5: ღვიძლის მეტასტაზური კიბო ტვინში

გამოთქმა “ღვიძლის სიმსივნე მეტასტაზირებული ტვინში” მიუთითებს იმაზე, რომ ავთვისებიანი სიმსივნე წარმოიშვა ღვიძლში და გავრცელდა ტვინში.

ღვიძლის პირველადი კიბოს კოდი (C22.9).

**დ) "მეტასტაზური" ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნი (სიმსივნე) მეტასტაზების ხშირი ლოკალიზაციების ჩამონათვალში**

“მეტასტაზური” სიმსივნე ითვლება მეორადად, თუ ლოკალიზაცია წარმოდგენილია მეტასტაზების ხშირი ლოკალიზაციების ჩამონათვალში.

ცხრილში 5.2 მითითებული ლოკალიზაციის სიმსივნე ითვლება მეორადად მაშინაც კი, თუ ჩანაწერებში სხვა სიმსივნე არ არის ნახსენები. გაითვალისწინეთ, რომ მეორადი ავთვისებიანი სიმსივნე არ უნდა შეირჩეს, როგორც პირველადი ლოკალიზაცია. თუ პირველადი სიმსივნე არ არის მოხსენებული, შემთხვევას მიანიჭეთ კოდი - დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნე (C80.9).

მაგალითი 6: ტვინის მეტასტაზური კიბო

ტვინი ერთ-ერთი ადგილია ცხრილი 5.1-ში და ტვინის „მეტასტაზური“ კიბო მეორადად ითვლება. პირველადი სიმსივნე არ არის მოხსენებული.

ამიტომ, მიანიჭეთ უცნობი პირველადი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნის კოდი (C80.9).

**(ე) "მეტასტაზური" ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნი (სიმსივნე), რომელიც არ არის წარმოდგენილი მეტასტაზების ხშირი ლოკალიზაციების ჩამონათვალში**

თუ ლოკალიზაცია, რომელიც არ არის წარმოდგენილი მეტასტაზების ხშირი ლოკალიზაციების ჩამონათვალში, კვალიფიცირებულია, როგორც „მეტასტაზური“ ან „...-ის მეტასტაზური“, მიიჩნეთ ის პირველადად და მიანიჭეთ ამ კონკრეტული ლოკალიზაციის ავთვისებიანი პირველადი სიმსივნის კოდი.

მაგალითი 7: საშვილოსნოს ყელის კიბო, მეტასტაზური

საშვილოსნოს ყელის კიბო არ არის წარმოდგენილი მე-3 ცხრილში და ამიტომ, საშვილოსნოს ყელის „მეტასტაზური“ კიბო ითვლება პირველადად.

მიანიჭეთ საშვილოსნოს ყელის ავთვისებიანი სიმსივნის კოდი (C53.9).

**(ვ) ფილტვის „მეტასტაზური“ კიბო**

ფილტვი განსაკუთრებით პრობლემატურია იმის გამო, რომ ის წარმოადგენს როგორც მეტასტაზების, ასევე, პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნის საერთო ლოკალიზაციას. ფილტვის კიბო შეიძლება იყოს როგორც პირველადი, ასევე, მეორადი, რაც დამოკიდებულია წყარო დოკუმენტებში მოხსენებულ სხვა სიმსივნეებზე, ასეთის არსებობის შემთხვევაში.

**თუ მოხსენიებული ერთადერთი ავთვისებიანი სიმსივნეა ფილტვის „მეტასტაზური“ სიმსივნე, მიანიჭეთ კოდი - ფილტვის პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნე.**

მაგალითი 8: ფილტვის მეტასტაზური კარცინომა

მიანიჭეთ ფილტვის პირველად ავთვისებიანი სიმსივნის კოდი (C34.9), რადგან სხვა ლოკალიზაცია არ არის ნახსენები.

თუ მოხსენიებულია სხვა ავთვისებიანი სიმსივნე, რომელიც არ არის მეტასტაზების ხშირი ლოკალიზაციების ჩამონათვალში, განიხილეთ ფილტვის მეორადი სიმსივნე.

მაგალითი 9: ფილტვის მეტასტაზური კიბო და კუჭის კიბო

ვინაიდან კუჭის კიბოც არის მოხსენიებული, „ფილტვის მეტასტაზური კიბო“ მეორადად ითვლება. შეარჩიეთ და მოახდინეთ კუჭის კიბოს (C16.9) კოდირება, როგორც პირველადი ლოკალიზაციის.



**(ზ) სპეციფიკური მორფოლოგიის „მეტასტაზური“ სიმსივნე**

თუ ICD-O-ში მორფოლოგიური კოდი დაკავშირებულია „სასურველ ლოკალიზაციასთან“ (იხ. წესი H, თავი 5.6), გამოიყენეთ ტოპოგრაფიული კოდი, რომელიც წარმოდგენილია, როგორც პირველადი ლოკალიზაცია, როდესაც ეს არ არის მითითებული დიაგნოზში.

**10: ზარბაყის ძვლის მეტასტაზური ოსტეოსარკომის მაგალითი**

მიანიჭეთ ქვედა კიდურის გრძელი ძვლების ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნის (სიმსივნის) კოდი (C40.2).

თუ მორფოლოგიურ ტიპს აქვს სასურველი ლოკალიზაცია (ICD-O, წესი H) და მითითებული ლოკალიზაცია მიუთითებს ქსოვილის სხვა ტიპზე, მიუთითეთ მორფოლოგიური ტიპის დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის კოდი.

**მაგალითი 11: ბრონქოპულმონარული ლიმფური კვანძების მეტასტაზური ნეფრობლასტომა კვანძები**

**3.7 TNM-ის (სიმსივნის, ლიმფური ჯირკვლებისა და მეტასტაზის მიხედვით სტადიის განსაზღვრის სისტემა) კოდირება და სტადირება**

**3.7.1 TNM-ის კოდირება**

როდესაც T ან/და N ან/და M წარმოდგენილია კლინიკური/პათოლოგიური გამოკვლევის ჩანაწერებში, კიბოს რეგისტრატორმა უნდა მოახდინოს ხელმისაწვდომი მონაცემების კოდირება (იხ. 4.4.3).

თუმცა, თუ ამ ელემენტებიდან ერთი ან მეტი ეფუძნება კლინიკურ შეფასებას (c TNM) და ქირურგიული ჩარევის/პათოლოგანატომიური გამოკვლევის შესახებ ინფორმაცია მოგვიანებით გახდება ხელმისაწვდომი, რეგისტრატორს შეუძლია დააფიქსიროს შესაბამისი TNM კოდი, თუ ის განსხვავდება ჩანაწერებში წარმოდგენილისგან.

როდესაც T ან/და N ან/და M არ არის მკაფიოდ დაფიქსირებული კლინიკურ/პათოლოგიური გამოკვლევის ჩანაწერებში, კიბოს რეგისტრატორი უნდა შეეცადოს დაავადების ხარისხის შეფასებას, Essential TNM სქემის მიხედვით.

ნეოადიუვანტური თერაპიის (ანუ სისტემური თერაპია ქირურგიულ ჩარევამდე) ჩატარების შემთხვევაში, სტადირების მიზნებისთვის გამოყენებული ინფორმაცია უნდა მოიცავდეს მხოლოდ პროცედურებსა და ჩანაწერებს, ამ თერაპიის დაწყებამდე.

TNM კლასიფიკაცია (**Essential TNM**) შედგება სამი ძირითადი ელემენტისგან, რომლებიც აჯამებს პაციენტებში სიმსივნის მოცულობას. შემადგენელი ელემენტებია:

- M: შორეული მეტასტაზების არსებობა ან არარსებობა
- N: რეგიონალური ლიმფური კვანძების მეტასტაზების/დაზიანების არსებობა ან არარსებობა
- T: სიმსივნის ზომა ან/და ინვაზიის ხარისხი

## TNM-ის კლასიფიკაციის ელემენტების კოდირება

TNM-ის ელემენტებია MNT ამ თანმიმდევრობით, რომელთა შეყვანა უნდა მოხდეს მონაცემთა ბაზაში.

### *მეტასტაზები (M)*

**M+** შორეული მეტასტაზების არსებობა კლინიკური ან ჰისტოპათოლოგიური დასკვნით **M-** არ არის ნახსენები შორეული მეტასტაზები, კლინიკურ ან ჰისტოპათოლოგიურ დასკვნაში

- შორეული მეტასტაზები (M) ნიშნავს იმას, რომ თავდაპირველი (პირველადი) სიმსივნე გავრცელდა შორეულ ორგანოებზე ან შორეულ (არარეგიონალურ) ლიმფურ კვანძებზე.
- M ეფუძნება ხელმისაწვდომ ინფორმაციას, როგორცაა კლინიკური, ქირურგიული ჩარევის შედეგები, გამოსახულებები თუ ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის შედეგები.
- თუ ინფორმაცია პათოლოგიური კვლევის შესახებ ხელმისაწვდომია კიბოსთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მისაღებად, უპირატესობა მიანიჭეთ სიმსივნის ლოკალიზაციის კლინიკურ შეფასებას.
- M კოდირებისთვის კლინიკური ნიშნები და დასკვნები მეტასტაზების (M+) არსებობის საკმარისი საფუძველია, მეტასტაზური დეპოზიტების ჰისტოპათოლოგიური მონაცემებით დადასტურების არარსებობის შემთხვევაში.
- არ მოახდინოთ დიაგნოზის დადგენის შემდეგ განვითარებული მეტასტაზების კოდირება
- თუ არ არის ნახსენები მეტასტაზები, მუთითეთ M-.
- თუ შესაძლებელია შორეული მეტასტაზების დადგენა, არ არის საჭირო ჩანაწერებში რეგიონალური კვანძის დაზიანების ან სიმსივნის ზომის/გავრცელების შესახებ დამატებითი ინფორმაციის მოძიება.

### *რეგიონალური კვანძის მეტასტაზები/დაზიანება (N)*

**R+** რეგიონალური კვანძის მეტასტაზების/დაზიანების არსებობა, კლინიკური ან ჰისტოპათოლოგიური დასკვნით

**R2** - რეგიონალური კვანძის მეტასტაზები შორსწასულია

**R1** - რეგიონალური კვანძის მეტასტაზები შეზღუდულია

**R** - არ არის ნახსენები რეგიონალური კვანძების მეტასტაზები, კლინიკურ ან ჰისტოპათოლოგიური დასკვნებში

- ლიმფური კვანძების დაზიანება გულისხმობს იმას, რომ სიმსივნე გავრცელდა ლიმფური სისტემის მეშვეობით და კიბოს უჯრედები აღმოჩენილია ლიმფურ კვანძებში.
- N ეფუძნება ყველაზე სპეციფიკურ მონაცემებს, რომლებიც ხელმისაწვდომია რეგიონალური კვანძის დაზიანების არსებობის ან არარსებობის დასადასტურებლად და ზოგადად, კოდირებულია ჰისტოპათოლოგიური დასკვნის საფუძველზე. “გაზრდილი” ან “პალპირებადი” კვანძი არ ნიშნავს დაზიანებას მხოლოდ ამ სიტყვების საფუძველზე.

- N შეიძლება კოდირებული იყოს სამედიცინო ისტორიის, როგორც წესი, ვიზუალიზაციის/გამოსახულების ან ქირურგიული ჩარევის შედეგების საფუძველზე, ჰისტოპათოლოგიური დადასტურების არარსებობის შემთხვევაში.
- "რეგიონალური კვანძების" განმარტება არის კიბოს ლოკალიზაციისთვის სპეციფიკური, როგორც ჩანს თითოეული კიბოს ნახატზე.
- მიუთითეთ R+ დასაბუთებული რეგიონალური კვანძის დაზიანების არსებობისას, R- კი - სხვა შემთხვევაში.
- თუ უფრო დეტალური ინფორმაციაა ხელმისაწვდომი და ის რელევანტურია კიბოს მოცემული ლოკალიზაციისთვის, R+ შეიძლება შემდგომ კლასიფიცირდეს, როგორც R2, რომელიც წარმოადგენს შორსწასულ კვანძოვან დაზიანებას, ან R1, რომელიც წარმოადგენს შეზღუდულ კვანძოვან დაზიანებას.

**ინვაზიის ხარისხი ან/და სიმსივნის ზომა (T)**

A ინვაზია ან/და სიმსივნის ზომა გაზრდილია/შორსწასულია

L ინვაზიის და/ან სიმსივნის ზომა შეზღუდულია

X ინვაზიის ხარისხის და/ან სიმსივნის ზომის შეფასება შეუძლებელია

- T ეფუძნება ყველაზე სპეციფიკურ მონაცემებს, რომლებიც ხელმისაწვდომია დაზიანებულ ორგანოში/ორგანოს მეშვეობით ინვაზიის ხარისხის ან/და პირველადი სიმსივნის ზომის დასადასტურებლად (დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციაზე).
- ის, ზოგადად, კოდირებულია ჰისტოპათოლოგიური დასკვნის საფუძველზე და ახდენს ზომის/ხარისხის კლასიფიცირებას - გაზრდილი ან შეზღუდული.
- T შეიძლება კოდირებული იყოს სამედიცინო ჩანაწერების (ენდოსკოპია, რენტგენი, პალპაცია და ა.შ.) საფუძველზე, ჰისტოპათოლოგიური დადასტურების არარსებობის შემთხვევაში.
- ინვაზიის ხარისხის განსაზღვრა დამოკიდებულია კიბოს ლოკალიზაციაზე.
- გამოიყენეთ ლოკალიზაციისთვის სპეციფიკური ციფრები ყველაზე კონკრეტულ კატეგორიაში, ინვაზიის ხარისხის კოდირების მიზნით.

**მეტასტაზების, კვანძების, სიმსივნის ზომის/ხარისხის შესახებ სპეციფიკური ინფორმაციის არარსებობა**

- კოდი ეფუძნება იმას, რაც თქვენ იცით ჩანაწერიდან.
- M-სა და N-თან მიმართებაში, თუ არ არის ინფორმაცია მათი არსებობის შესახებ, ივარაუდეთ მათი არარსებობა (M-, R-).
- თუ რეგიონალური კვანძებია ნახსენები, მაგრამ შეუძლებელია იმის დადგენა, რეგიონალური კვანძების მეტასტაზები შორსწასულია თუ შეზღუდული, მიუთითეთ კოდი R+.
- ანალოგიურად, თუ შეუძლებელია სიმსივნის გავრცელების ხარისხის დადგენა (2 1-თან შედარებით), უბრალოდ, T-ს მიანიჭეთ კოდური ნომერი A ან L (კიბოს ლოკალიზაციიდან გამომდინარე, იხ. ბლოკ-სქემები).
- განიხილეთ სპეციფიკური ლოკალიზაციები სტატუსის - გაზრდილი/შორსწასული ან შეზღუდული შესაფასებლად.
- T უნდა აღინიშნოს X-ით, თუ ცნობილია პირველადი სიმსივნე, მაგრამ არ არის აღწერილი მისი ზომა ან მოცულობა/ხარისხი.

## TNM სტადირება

TNM ელემენტების კოდირების შემდეგ, შესაძლებელია ელემენტების გაერთიანება I-IV სტადიების ჯგუფებად, დაავადების სიმძიმის ზრდის მიხედვით.

- IV სტადია: სიმსივნეები შორეული მეტასტაზებით.
- III და II სტადიები: სიმსივნეები ადგილობრივი და რეგიონალური კვანძების დაზიანების ზრდით.
- I სტადია: როგორც წესი, სიმსივნეები, რომლებიც ლოკალიზებულია წარმოშობის ორგანოში.
- TNM ელემენტების სტადიების (I-IV) ჯგუფებად გაერთიანების წესები წარმოდგენილია ლოკალიზაციის საფუძველზე.

## სამედიცინო ჩანაწერებიდან ინფორმაციის აბსტრაქტირების გაიდლაინები

შემდეგი გაიდლაინების მიზანია, სამედიცინო ჩანაწერებიდან სტადირების შესახებ ინფორმაციის აბსტრაქტირების ხელშეწყობა

- სწრაფად გადახედეთ მთელ ჩანაწერს, ზოგადი ორგანიზების მიზნით. გაითვალისწინეთ მომსახურების თარიღების დიაპაზონი და სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებიც ჩართულნი არიან პაციენტისთვის სამედიცინო მომსახურების გაწევაში.
- განსაზღვრეთ საბოლოო ანგარიშები/დასკვნები (ოპერაციული, ჰისტოპათოლოგიური, ვიზუალიზაციის) და აღნიშნეთ თარიღები და შედეგები თითოეულ დასკვნაში.
- ეცადეთ, პირველ რიგში გამორიცხოთ შორეული მეტასტაზური დაავადება.
- ვინაიდან მეტასტაზები უფრო ხშირია ძვლებში, ფილტვებში ან თავის ტვინში, რეკომენდებულია შემდეგი დოკუმენტაციის შემოწმება:
  - ვიზუალიზაციის დასკვნა, იმის სანახავად, აღნიშნულია თუ არა შორეული მეტასტაზები. მეტასტაზების ხსენების შემთხვევაში, გადაამოწმეთ, ახლოს იყო თუ არა ეს დიაგნოზის დასმის დროსთან.
  - ოპერაციული პროტოკოლი/შენიშვნები, იმის სანახავად, აღნიშნულია თუ არა ღვიძლის მეტასტაზები ან სიმსივნური დეპოზიტები, რომლებიც მიუთითებს შორეულ მეტასტაზებზე.
- რეგიონალური ლიმფური კვანძები: გავრცელებული გამონათქვამები, რომლებიც გულისხმობს რეგიონალურ ლიმფურ კვანძებში სიმსივნის გავრცელებას, არის ლიმფური კვანძების მეტასტაზები და ადგილობრივი ლიმფური კვანძების დაზიანება.
- როგორც ილუსტრირებულია ბლოკ-სქემებზე (სურათები 1-4), რეგიონალური ლიმფური კვანძების სახელწოდებები სპეციფიკურია თითოეული ტიპის სიმსივნისთვის და უნდა შემოწმდეს ავადმყოფობის ისტორიის მიხედვით. თუ დაზიანებული კვანძი არ არის წარმოდგენილი რეგიონალური ლიმფური კვანძების ჩამონათვალში, ჩათვალეთ ის ლიმფურ კვანძად.

## TNM-ის კოდები

<i>T</i>		<i>N</i>		<i>M</i>	
კოდი	სტადია	კოდი	სტადია	კოდი	სტადია
<i>TX</i>	<i>T<sub>x</sub></i>	<i>N0</i>	<i>N0</i>	<i>M0</i>	<i>M0</i>
<i>T1</i>	<i>T1</i>	<i>N1</i>	<i>N1</i>	<i>M1</i>	<i>M1</i>
<i>T2</i>	<i>T2</i>	<i>N2</i>	<i>N2</i>	<i>MX</i>	<i>MX</i>
<i>T3</i>	<i>T3</i>	<i>N3</i>	<i>N3</i>	<i>M+</i>	<i>M+</i>
<i>T4</i>	<i>T4</i>	<i>N4</i>	<i>N4</i>	<i>M-</i>	<i>M-</i>
<i>A<sub>x</sub></i>	<i>A</i>	<i>N<sub>x</sub></i>	<i>N<sub>x</sub></i>		
<i>L<sub>x</sub></i>	<i>L</i>	<i>R+</i>	<i>R+</i>		
<i>L1</i>	<i>L1</i>	<i>R-</i>	<i>R-</i>		
<i>L2</i>	<i>L2</i>	<i>R1</i>	<i>R1</i>		
		<i>R2</i>	<i>R2</i>		

### ძუძუს კიბოს სტადიის ძირითადი პუნქტები

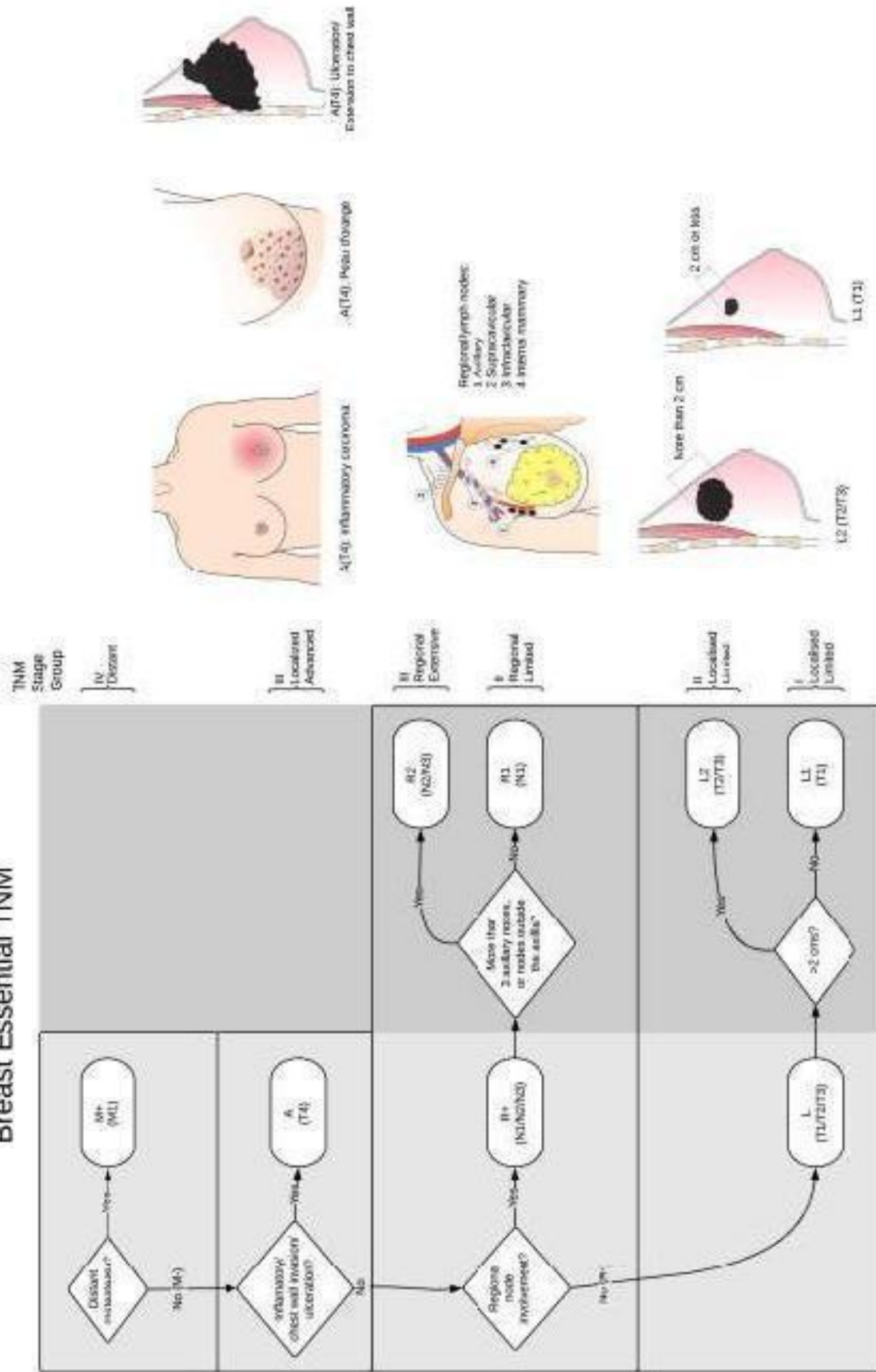
1. მეტასტაზები ხშირია ძვლებში, ფილტვებსა და ტვინში. შეამოწმეთ გამოსახულება, მტკიცებულებების სანახავად.
2. გახსოვდეთ, რომ ლიმფური კვანძები მოპირდაპირე (ანუ კონტრალატერალურ) მხარეს ან კისერზე, წარმოადგენს შორეულ მეტასტაზებს (M+).
3. M+ -ის შემთხვევაში, შესაძლებელია IV სტადიის მინიჭება და არ არის დამატებითი ინფორმაციის მოძიების საჭიროება
4. შეამოწმეთ, რამდენად გავრცელებულია სიმსივნე ძუძუს კანზე.
5. რეგიონალური ლიმფური კვანძები არის აქსილარული (მოიცავს ინტრამამარულს), ინფრაკლავიკულური, ძუძუს შიდა და სუპრაკლავიკულური, რომლებიც იმავე მხარეს არის, რომელ მხარესაც სიმსივნე მდებარეობს. (იხ. სურათები ბლოკ-სქემაზე)
6. სიმსივნის ზომა ძალიან მნიშვნელოვანი ასპექტია და 2 სმ-ზე მცირე ზომის სიმსივნე არის „ძალიან შეზღუდული“ (I სტადია).

### საშვილოსნოს ყელის კიბოს სტადირების ძირითადი პუნქტები

1. მეტასტაზები ხშირია ძვლებში, ფილტვებსა და ტვინში. შეამოწმეთ გამოსახულება მტკიცებულებების სანახავად.
2. პარაორტული ლიმფური კვანძები დაშორებულია (M+).
3. სიმსივნის ინვაზია შარდის ბუშტში, სწორ ნაწლავში ან მენჯის მიღმა ძალიან შორსწასულია (A2) და მიიჩნევა IV სტადიად.

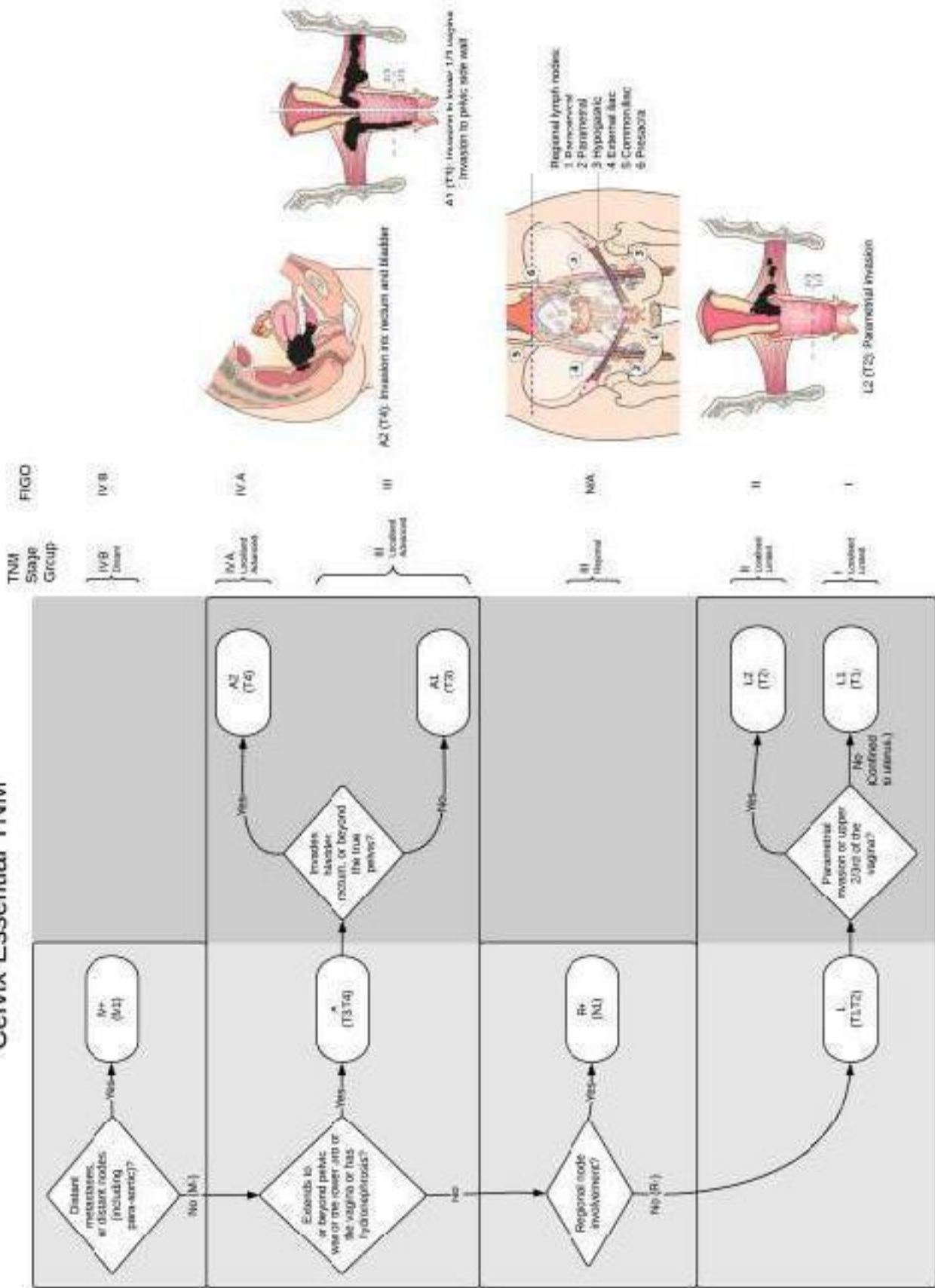
4. რეგიონალური ლიმფური კვანძები მენჯის კვანძებია: პარაცერვიკალური, პარამეტრალური, ჰიპოგასტრიული (თემოსშიდა, ობტურატორი), თემოს საერთო და გარე, პრესაკრალური და ლატერალური საკრალური კვანძები.
5. საშვილოსნოს ყელის კიბოს უმეტესობის სტადირება ხდება FIGO-ს გამოყენებით, რომელიც არ ითვალისწინებს რეგიონალური ლიმფური კვანძების დაზიანებას, მაგრამ რომლის კოდებიც, სხვაგვარად, იდენტურია (I-IV) სტადიებისთვის.
6. შეამოწმეთ სიმსივნის გავრცელება საშვილოსნოს ქვედა მესამედზე, მენჯის კედელზე ან ჰიდრონეფროზი შარდსაწვეთის ობსტრუქციის გამო

# Breast Essential TNM



ნახ. 3.1 ტუმუს კობო: კოდირება TNM-ის მიხედვით

# Cervix Essential TNM



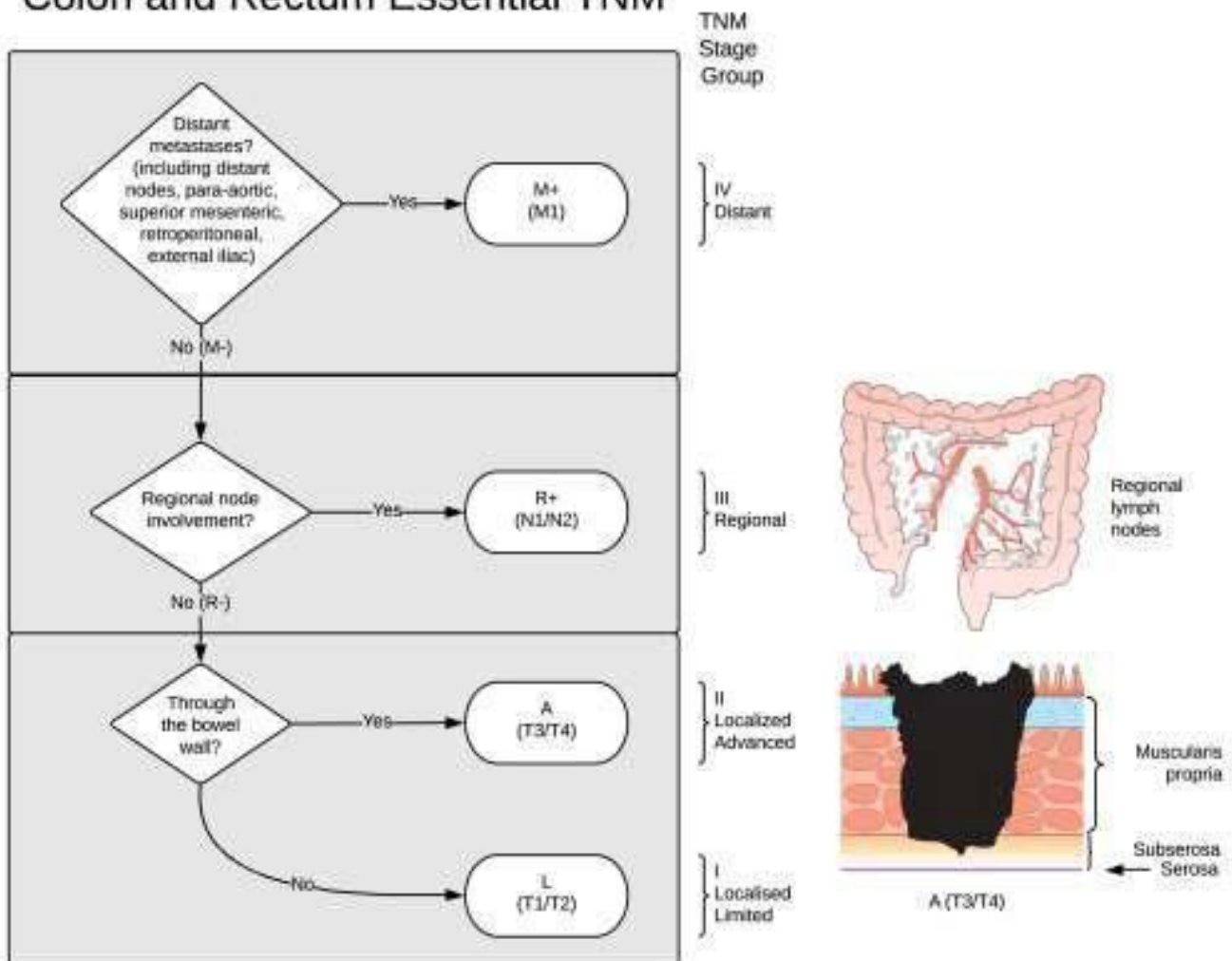
ნახ. 3.2 საშვილოსნოს ყელის კიბო: კოდირება TNM-ის მიხედვით



### კოლორექტული კიბოს სტადირების ძირითადი პუნქტები

1. მეტასტაზები ხშირია ღვიძლში. ეს შეიძლება დოკუმენტურად იქნეს აღრიცხული ოპერაციის პროტოკოლში ან გამოსახულებაზე.
2. რეგიონალური კვანძები, ლოკალიზაციისთვის სპეციფიკურია, მსხვილი ნაწლავის/სწორი ნაწლავის თითოეული სეგმენტის შემთხვევაში და შესაბამისი სახელწოდებები აქვს (ეპიკოლური, მეზენტერული (ჯორჯლის), პარაკოლიური, ილეოკოლური, რექტალური).
3. სიმსივნური დეპოზიტები (სატელიტები) არის პირველადი სიმსივნისგან განსხვავებული კიბოს კვანძები, რომლებიც მდებარეობს იმავე უბანზე, სადაც რეგიონალური ლიმფური კვანძები (პერი-კოლიკური/პერირექტალური ქსოვილები). სავარაუდოდ, ისინი ნამდვილად წარმოადგენს ლიმფური კვანძების მეტასტაზურ დაზიანებას და აღინიშნება კოდრი ნიშნით R+
4. შეამოწმეთ სიმსივნის გავრცელება მსხვილი ნაწლავის/სწორი ნაწლავის კედლიდან
5. სიმსივნის ზომა არ წარმოადგენს მნიშვნელოვან ფაქტორს, სტადიის მინიჭებისას

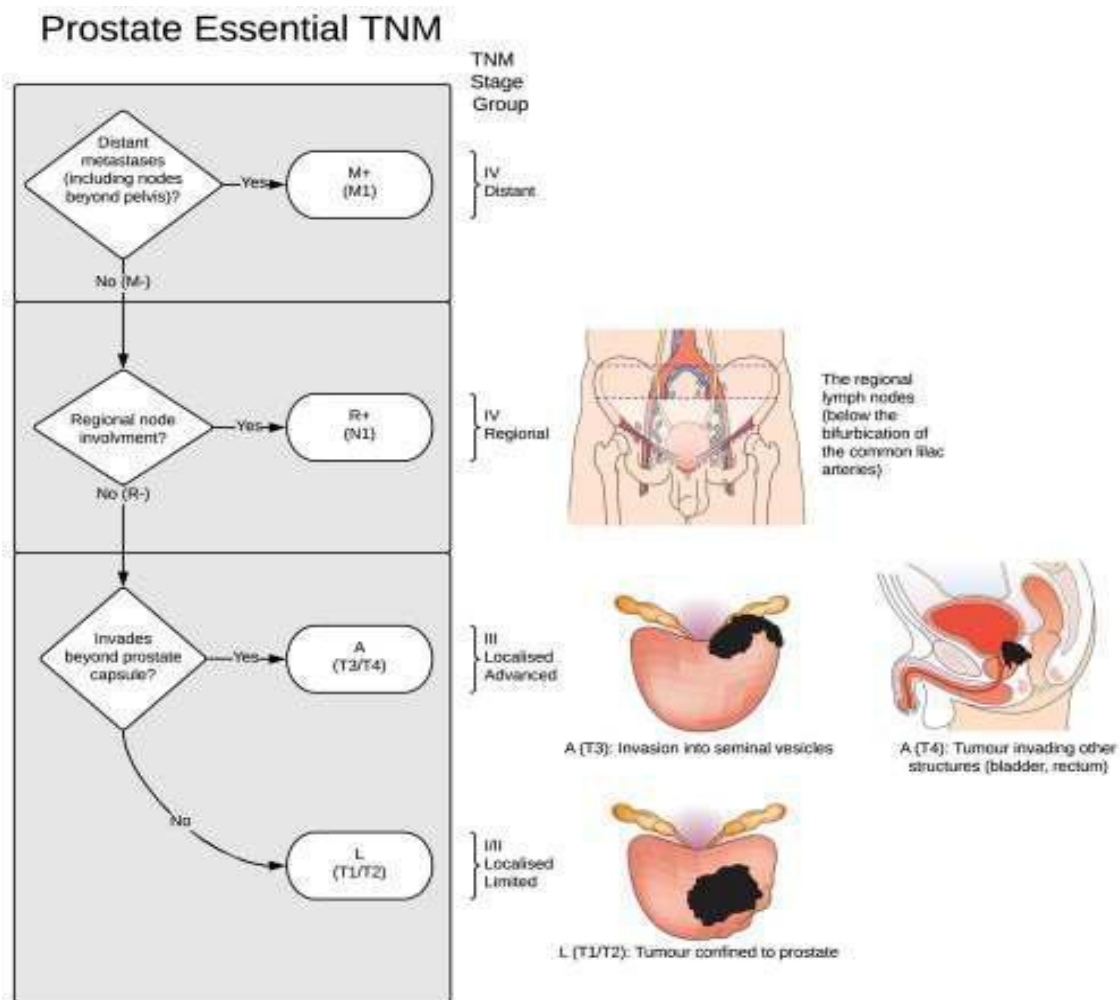
### Colon and Rectum Essential TNM



ნახ. 3.3 მსხვილი და სწორი ნაწლავის კიბო: კოდირება TNM-ის მიხედვით

### პროსტატის კიბოს სტადიების ძირითადი პუნქტები

1. მეტასტაზები ყველაზე ხშირია ძვლებში. შეამოწმეთ გამოსახულება მტკიცებულებების სანახავად.
2. რეგიონალური კვანძები არის მენჯის კვანძები (მენჯის კვანძები თემოს საერთო არტერიების ბიფურკაციის ქვემოთ: ობტურატორი, პერიპროსტატული, პერივეზიკალური, მენჯის, თემოს, საკრალური, ჰიპოგასტრიკული).
3. შეამოწმეთ სიმსივნის გავრცელება პროსტატის კაფსულის მიღმა; თუ ის შემოიფარგლება პროსტატით, სიმსივნე ლოკალიზებულია (L).



ნახ. 3.4 პროსტატის კიბო: კოდირება TNM-ის მიხედვით

3.8 ანალიტიკური (შედეგი) ცხრილის მაგალითი, სადაც წარმოდგენილია თითოეული სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მიერ ანგარიშგებულ შემთხვევათა რაოდენობა, დროის მოცემული პერიოდის განმავლობაში

საიდენტიფიკაციო კოდი არის თითოეული იურიდიული პირისთვის (სამედიცინო დაწესებულებისთვის) მინიჭებული უნიკალური 9-ნიშნა ნომერი

#პროვაიდერის სახელწოდება	#რეგიონი	#რაიონი	#მისამართი	შემთხვევათა#	საიდენტიფიკაციო კოდის#
შპს გორმედი	შიდა ქართლი	გორი	გორი, ცხინვალის გზატკეცილი # 14	-	417876711
შპს ლ. მანაგაძის სახელობის უროლოგიის ეროვნული ცენტრი	თბილისი	ისანი	თბილისი, წინანდლის 27	-	206063383
სს ევექსის ჰოსპიტლები - მ.იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფო	თბილისი	დიდუბე	ლუბლიანას ქ. 2/6	-	404476205
შპს ენდოკრინოლოგიის ეროვნული ინსტიტუტი	თბილისი	დიდუბე	თბილისი. ლუბლიანას ქ. 2/6	-	200099384
შპს მედალფა - კასპი	შიდა ქართლი	კასპი	კასპი, 27ბ გიორგი სააკაძის ქ. 110) (თბილისი, ჯ. ბაგრატიონის ქ. 6ა)	-	404908043
შპს ონკოლოგიის სამეცნიერო კვლევითი ცენტრი	თბილისი	საბურთალო	ლ. ჩარკვიანის ქ. # 8 (ლისის ტბასთან ახლოს)	-	205284093
შპს Krol Medical Corporation	თბილისი	ვაკე	ჭავჭავაძის გამზ. # 44	-	404941532

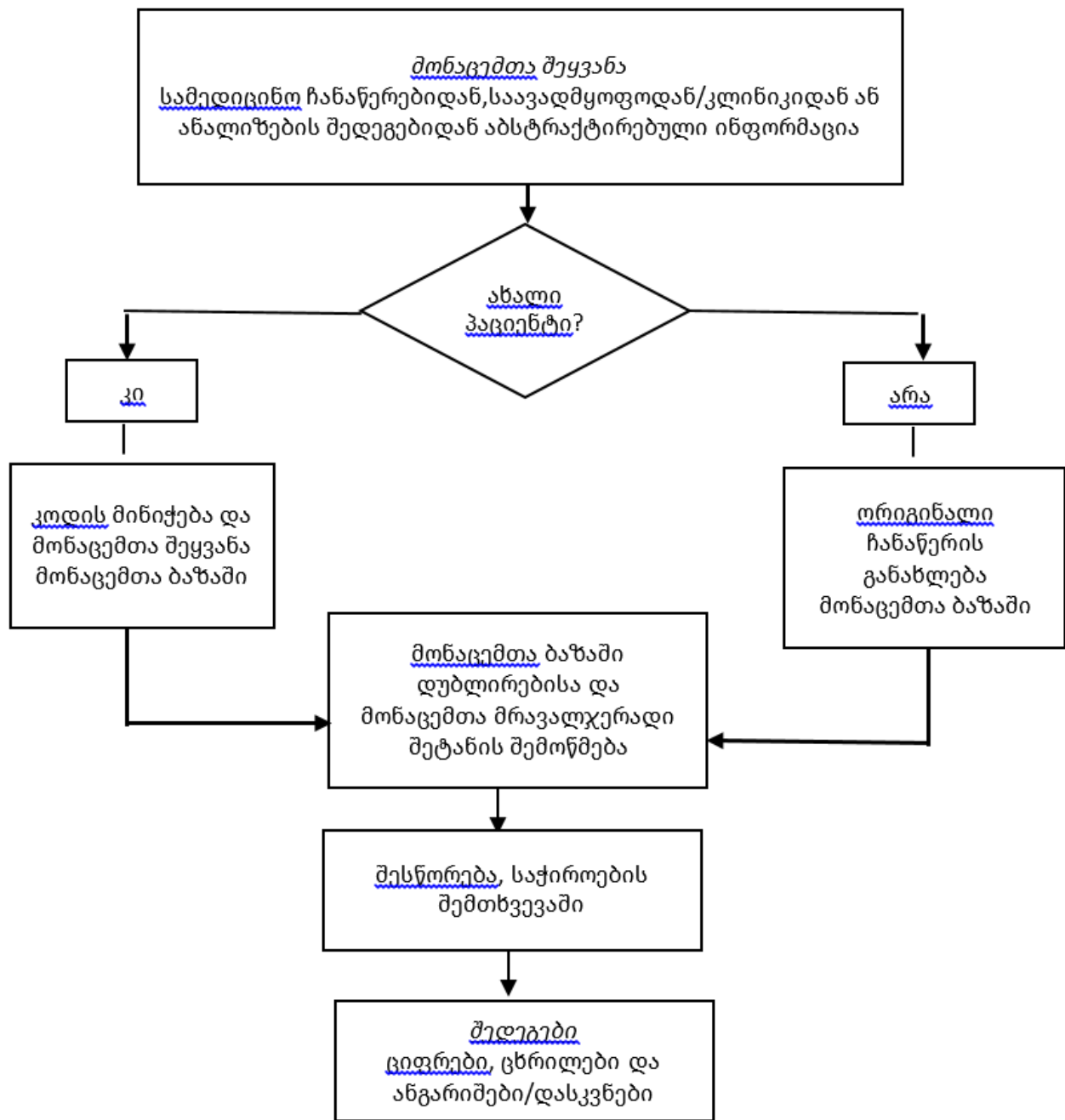
## 4. მონაცემთა შეტანის პროცედურები

კიბოს რეგისტრის პროცედურებისთვის შესაძლებელია მთავარი ცხრილიდან შერჩეული რეგისტრის ჩამოტვირთვა ეკრანზე.

პირადი №	სახელი	ვარი	დაბ. თარიღი	ასაკი	სტატუსი	პროფილი
			29.06.1966	56		მას მადელტენოლოგიური პოსიტატი...
			29.03.1962	60		ა(ა) იმ ეროვნული სკრინინგ დეტ...
			22.12.1996	25		ა(ა) იმ ეროვნული სკრინინგ დეტ...
			08.03.1958	63		ა(ა) იმ ეროვნული სკრინინგ დეტ...
			18.09.1973	48		ა(ა) იმ ეროვნული სკრინინგ დეტ...

ნახ 4.1 კიბოს ერთიანი სისტემის პროგრამული უზრუნველყოფა

კიბოს რეგისტრის სისტემაში შესაძლებელია მონაცემთა შეყვანა, შენახვა, შემოწმება და ანალიზი. მონაცემთა შეყვანის პროცესი, ასევე, მოიცავს კომპიუტერში ჩაშენებულ შემოწმებას, რაც მიზნად ისახავს ძალიან აშკარა შეცდომების მონიშვნას გასასწორებლად. არასწორი ან არასრული რეგისტრაციის დადასტურება შეუძლებელია.



ნახ. 4.2 მონაცემთა ბაზაში მონაცემთა შეყვანის ამსახველი ბლოკ-სქემა

## გარდაცვალების ცნობით შეტყობინება

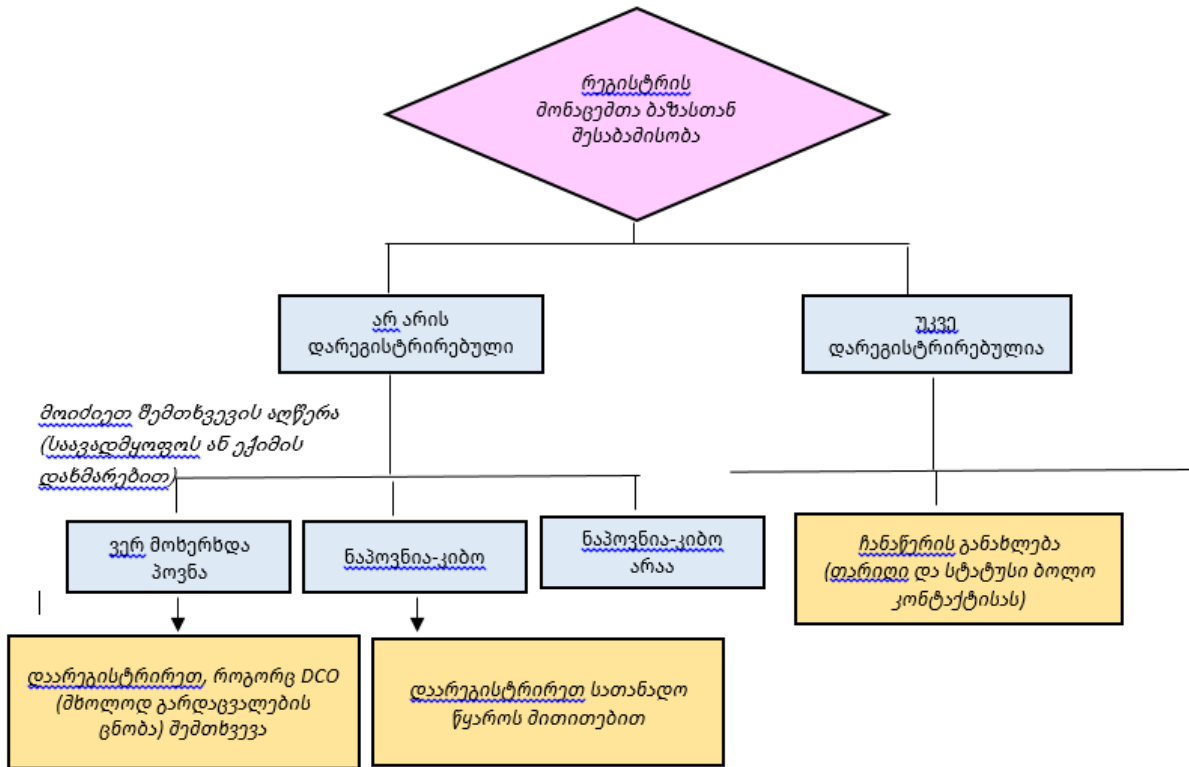
თუ რეგისტრაციის/შეტყობინების ფორმა შევსებულია გარდაცვალების ცნობის საფუძველზე, დაიცადეთ **4 კვირა** მონაცემთა შეყვანამდე, რათა მოიძიოთ შემთხვევები საავადმყოფოების წყაროებიდან.

საჭიროა გარდაცვალების ცნობის საფუძველზე შევსებული სარეგისტრაციო/შეტყობინების ფორმის (იხ. თავი აბსტრაქტირება) შემოწმება იმის სანახავად, კიბოს შემთხვევა ან პირი რეგისტრირებულია თუ არა კიბოს რეგისტრის სისტემაში ნახვა/რედაქტირება (Browse/Edit) ფუნქციის გამოყენებით.

- თუ შემთხვევა მანამდე იყო დარეგისტრირებული, ჩანაწერს დაემატება გარდაცვალების თარიღი და სხვა ახალი ინფორმაცია.
- თუ შემთხვევა დარეგისტრირებული არ არის, შემოწმდება გარდაცვალების ადგილი. თუ პაციენტი საავადმყოფოში გარდაიცვალა, უნდა **მოიძიოთ** შემთხვევა, იმის დასადგენად, შესაძლებელია თუ არა სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათის მიკვლევა.
  - მისი პოვნის შემთხვევაში - და თუ პაციენტს ნამდვილად ჰქონდა კიბო - საავადმყოფოს პერსონალმა ეს შემთხვევა სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათიდან უნდა გადაიტანოს კიბოს რეგისტრში, ყველა სავალდებულო ცვლადით.
  - იმ შემთხვევაში, თუ მანამდე არ მომხდარა შემთხვევის რეგისტრაცია და შეუძლებელია საავადმყოფოში შემთხვევის შესახებ რაიმე ჩანაწერის მიკვლევა:
- ის დარეგისტრირებულია, როგორც კიბოს ახალი შემთხვევა გარდაცვალების ცნობის საფუძველზე.
- შეიყვანეთ დიაგნოზის საფუძველი = 0 (მხოლოდ გარდაცვალების ცნობა)
- მიუთითეთ შემთხვევის თარიღი = გარდაცვალების თარიღი (თუ ცნობაზე არ არის მითითებული ინფორმაცია დიაგნოზის თარიღის შესახებ).
- ინფორმაციის წყარო იქნება გარდაცვალების ცნობა.

ან თუ არსებობს გარდაცვალების მიზეზის სისწორესთან დაკავშირებული ეჭვი (მაგალითად, ცნობა გაცემულია არასამედიცინო პირის მიერ), შემთხვევა არ არის რეგისტრირებული (მაგ., მოლოდინის რეჟიმში).

კიბო წყაროსთან ერთად = გარდაცვალების ცნობა



ნახ. 4. 3 გარდაცვალების ცნობის გამოყენება, კიბოს ახალი შემთხვევების დადგენის მიზნით

## 5. მონაცემთა შენახვა

კიბოს ერთიანი საინფორმაციო სისტემა ვებ-ტექნოლოგიაზეა დაფუძნებული და რეგისტრის ყველა მონაცემი განთავსებულია გამართულ, დაცულ სერვერებზე, რომლებიც აღჭურვილია მონაცემთა რეზერვირებისა და აღდგენის თანამედროვე სისტემით (საჭიროების შემთხვევაში). მონაცემთა უსაფრთხოებას უზრუნველყოფს სერვერის ადმინისტრატორთა გუნდი. ამასთან, ყველა ონკოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი ვალდებულია უსაფრთხო ადგილას შეინახოს ყველა სამედიცინო ჩანაწერი, საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრული პერიოდის განმავლობაში.

## 6. კონფიდენციალურობა

მონაცემთა კონფიდენციალურობის დაცვა უზრუნველყოფილი იქნება „პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის (№5669-რს, 28/12/2011) შესაბამისად.

### კონფიდენციალურ მონაცემთა განმარტება

კონფიდენციალური ინფორმაცია მოიცავს მონაცემებს, რომლებიც იძლევა ინფორმაციას კონკრეტული პაციენტისა და შემთხვევების შესახებ, ინფორმაციის მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებების შესახებ. კიბოს რეგისტრი იცავს კონფიდენციალურობის დაცვის იმავე სტანდარტებს, რომლებიც გამოიყენება სამედიცინო ჩანაწერებთან მიმართებით და კლინიცისტსა და პაციენტს შორს ურთიერთობაში.

დაწესებულების შესაბამისმა პერსონალმა ხელი უნდა მოაწეროს კონფიდენციალურობის დაცვის შესახებ დოკუმენტს, რითაც დაადასტურებს, რომ დაიცავს რეგისტრში შეტანილი მონაცემების ანონიმურობას და არ გაამჟღავნებს ინფორმაციას, საქმიანობის შეწყვეტის შემდეგაც. ამისთვის დაწესებულების ხელმძღვანელი ვალდებულია შეუწყვიტოს განთავსდებულ თანამშრომელს წვდომა კიბოს რეგისტრის მოდულთან.

### 6.1 კონფიდენციალურობის ლოგისტიკური ასპექტი

კონფიდენციალურობის დაცვის უზრუნველსაყოფად, უნდა განხორციელდეს შემდეგი ღონისძიებები:

#### მონაცემთა შეგროვება

შემთხვევის რეგისტრაციის დროს შეგროვებული მონაცემების კონფიდენციალურობის დაცვა სერვისის პროვაიდერის პერსონალის პასუხისმგებლობაა.

#### მონაცემთა გადაცემა

პერსონალური მონაცემების დაცვის მიზნით, კიბოს ერთიანი საინფორმაციო სისტემაში გათვალისწინებულია მონაცემთა გადაცემის მხოლოდ ერთი საშუალება - დაცული WEB-პროტოკოლი. აკრძალულია ინფორმაციის ალტერნატიული გადაცემის გზები როგორცაა:



- ქალაქის ფორმები;
- ლაზერული დისკები;
- EXCEL-ის ფაილები
- USB-მეხსიერება და ა.შ.

## კომპიუტერი

კომპიუტერში შენახულ მონაცემებზე ხელმისაწვდომად, გამოყენებულ უნდა იყოს მომხმარებლის სახელი და პაროლი, უკანასკნელი რეგულარულად უნდა შეიცვალოს. მომხმარებლის სახელი და პაროლი ცნობილი უნდა იყოს მხოლოდ ავტორიზებულ მომხმარებლებისთვის, რომლებიც განისაზღვრება სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრაციის ბრძანებით.

## ტელეფონი

არასოდეს არ უნდა მოხდეს კონფიდენციალური ინფორმაციის ტელეფონით გადაცემა. ასევე, დაუშვებელია თანამშრომლების მიერ კონფიდენციალურ მონაცემებთან დაკავშირებული შეკითხვების დასმა ტელეფონზე საუბრისას.

## 6.2 მონაცემთა გამოყენება და გაცემა

სამსახურეობრივი ვალდებულებების ფარგლებში, პიროვნებას შეიძლება მიეცეს წვდომა რეგისტრში არსებულ კონფიდენციალურ მონაცემებზე, რაც ხდება მხოლოდ წერილობითი მოთხოვნის საფუძველზე (იხ. დანართი 3), რომელიც უნდა მოიცავდეს მონაცემების გამოყენების ზუსტ მიზანს, კონფიდენციალური ინფორმაციის შენახვაზე პასუხისმგებელი პირ(ებ)ის სახელს/სახელებს და დროის პერიოდს, როდესაც მოხდება მონაცემების გამოყენება. ასევე როგორც მონაცემთა დამუშავების სხვა შემთხვევებში, ამ შემთხვევაშიც დაცული უნდა იყოს „პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი.

- ინფორმაციის გაცემისას მკაცრად უნდა განისაზღვროს, რომ მონაცემების მიმღები:
  - აიღებს ვალდებულებას, დაიცვას კონფიდენციალურობის დაცვის იგივე წესები, რომელსაც იცავენ რეგისტრის თანამშრომლები
  - გამოიყენებს მონაცემებს მხოლოდ მათი მიწოდების დროს შეთანხმებული მიზნებისთვის და არ გახდის მათ ხელმისაწვდომს სხვა მხარეებისთვის.
  - გაანადგურებს მონაცემებს, როდესაც მათი გამოყენება აღარ იქნება საჭირო აღნიშნული მიზნებისთვის.
- სადაზღვევო კომპანიებს, სამედიცინო ფონდებს, საპენსიო სქემებს, დამსაქმებლებს, პოლიციას ან ექიმს არ უნდა მიეწოდოს კონფიდენციალური ინფორმაცია.

## აგრეგირებული მონაცემები

ამ ტიპის მონაცემებთან მიმართებაში არაა საჭირო კონფიდენციალურობის დაცვის მკაცრი ზომების გატარება. ასეთი ინფორმაცია მოიცავს მზა ცხრილებს, გრაფიკებსა და ანგარიშებს.

## ინდივიდუალური მონაცემები

კიბოს რეგისტრი ხელს უწყობს კიბოს გამომწვევი მიზეზის გამოკვლევას და მას ხშირად მიმართავენ მკვლევარები თხოვნით, მიაწოდოს შესაბამისი კიბოს მქონე პაციენტების სახელები და გვარები, კვლევაში ჩასართავად. კიბოს რეგისტრი მკვლევარებს აწვდის **მხოლოდ აგრეგირებულ ან დეპერსონიფიცირებულ ინფორმაციას**. ისეთ შემთხვევებში, როდესაც მკვლევარს ესაჭიროება ერთი და იმავე პაციენტზე ინფორმაცია, რომელიც სხვადასხვა მონაცემთა ბაზებშია, ინფორმაციული ტექნოლოგიების სააგენტოს დახმარებით, **ხდება პირადი ნომრების დაშიფვრა სპეციალური ალგორითმის გამოყენებით. ზემოაღნიშნული მეთოდების გამოყენებით, პაციენტის იდენტიფიცირება შესაძლებელი არ არის. პაციენტის სახელი და გვარი ცნობილია მკურნალი ექიმისთვის ან რეგისტრის პერსონალისთვის, რომელიც დაეხმარება მკვლევარებს შესაბამისი პაციენტების შერჩევაში.**

საერთაშორისო გამოცდილება აჩვენებს, რომ **პაციენტების პირადი ინფორმაცია შეიძლება ცნობილი გახდეს** მკვლევარებისთვის, რომლებსაც აქვთ რეგისტრის დირექტორისა და ეთიკის კომიტეტის მიერ მინიჭებული უფლებამოსილება/ნებართვა. პირადი ინფორმაცია შეიძლება მიეწოდოს მკვლევარებს, იმ შეთანხმებით, რომ პაციენტის ან მისი ოჯახის წევრების იდენტიფიცირება არ მოხდება ან არ გამჟღავნდება რაიმე დეტალური ინფორმაცია, რომელიც იძლევა რაიმე სახის იდენტიფიკაციის საშუალებას. საქართველოში მკვლევარებისთვის პერსონალური ინფორმაციის მიწოდების არსებული სირთულეების აღმოფხვრის მიზნით, გაგრძელდება თანამშრომლობა პერსონალურ მონაცემთა დაცვის სამსახურთან, ქვეყანაში პერსონალურ ინფორმაციაზე წვდომის საერთაშორისო სტანდარტების დანერგვის მიზნით.

### **მონაცემთა საერთაშორისო გადაცემა**

მონაცემების საზღვარგარეთ გაგზავნისას რეგისტრის თანამშრომლებმა უნდა უზრუნველყონ კონფიდენციალობა (არ უნდა მოხდეს პაციენტის ვინაობის გამჟღავნება). შემთხვევის იდენტიფიცირება შესაძლებელია კოდური ნომრით ან პაციენტის რეგისტრის ნომრით (რომელიც შეიძლება მიხმული იყოს რეგისტრში რეგისტრაციის ჩანაწერთან).

### **6.3 მონაცემთა მიწოდება ორგანიზაციებისთვის კვლევის ფარგლებს მიღმა, მაგალითად, პრესისთვის**

მხოლოდ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს გადაწყვეტილებით შეიძლება მედიისთვის ინფორმაციის მიწოდება. ამ შემთხვევაში მოთხოვნილ უნდა იყოს სტატის ნახვა მის გამოქვეყნებამდე. იდენტიფიცირებადი მონაცემები არასოდეს არ უნდა მიეწოდოს მედია საშუალებებს.

## **7. ხარისხის კონტროლი**

კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მთავარი მიზანია კიბოს ინციდენტობის განსაზღვრა გეოგრაფიულ პოპულაციაში. აქედან გამომდინარე, ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ რეგისტრის მონაცემები იყოს კარგი ხარისხის. ეს იმას ნიშნავს, რომ შეგროვებული ინფორმაცია, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი მონაცემები, უნდა იყოს სრული, თანმიმდევრული და ზუსტი და

მოსახლეობა მაქსიმალურად სრულად უნდა იყოს მოცული. ხარისხის კონტროლი ეხება რეგისტრის მუშაობის სამ ასპექტს:

**ვალიდურობა:** ეს არის რეგისტრირებული ინფორმაციის სიზუსტე (ან იმ შემთხვევათა წილი, რომლებიც დარეგისტრირებულია, როგორც მოცემული მახასიათებლის მქონე, რომლებსაც რეალურად აქვს ეს მახასიათებელი).

**სისრულე:** ეს არის დონე, თუ რამდენად ხვდება მონაცემთა ბაზაში რეგისტრის სამიზნე პოპულაციაში გამოვლენილი კიბოს ყველა ახალი შემთხვევა.

**დროულობა:** რამდენად სწრაფად მზადდება რეგისტრის მონაცემები, ანალიზისა და რეპორტებისთვის.

## 7.1 რეგისტრის მონაცემთა ვალიდურობის (სიზუსტის) გაზომვა

გამოყენებული მეთოდებია:

### 1. „აუდიტის“ რეაბსტრაქტირება და რეკოდირება

- “მორფოლოგიურად დადასტურებულ” შემთხვევათა პროცენტული მაჩვენებლის გაანგარიშება
- მხოლოდ გარდაცვალების ცნობაზე დაფუძნებით დარეგისტრირებულ შემთხვევათა პროცენტული მაჩვენებ გამოთვლა
- იმ ინფორმაციის პროცენტული მაჩვენებლის გამოთვლა, რომელიც გამორჩენილია
- შიდა თანმიმდევრულობის შემოწმება

#### 7.1.1 რეაბსტრაქტირების და რეკოდირების მიზნით ჩატარებული აუდიტი

რეაბსტრაქტირების და რეკოდირების მიზნით ჩატარებული აუდიტი, ხშირად, გამოიყენება რეგისტრის მონაცემთა სიზუსტის (შესაბამისობა წყარო სამედიცინო ჩანაწერებთან) და დაახლოების (შესაბამისობა მონაცემთა შემკრებ სისტემებს შორის) შესაფასებლად.

ის უნდა შეასრულოს აუდიტორმა - ან რეგისტრიდან (მაგალითად, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის დირექტორი), ან **მოწვეულმა “ექსპერტმა”- კონსულტანტმა.**

რეაბსტრაქტირების კვლევის მიზანია, გაზომოს შესაბამისობის დონე რეგისტრის მონაცემებსა და აუდიტორის მიერ წყარო ჩანაწერებიდან რეაბსტრაქტირებულ და რეკოდირებულ მონაცემებს შორის (უმეტეს შემთხვევაში, საავადმყოფოს სამედიცინო ჩანაწერები).

### რეაბსტრაქტირება

რეგისტრაციის ნიმუშს ირჩევს აუდიტორი რეგისტრის ბაზიდან. შესაბამისი შემთხვევები დიაგნოსტირებული უნდა იყოს კვლევაში, მინიმუმ, ერთი წლით ადრე.

ის შეარჩევს ნიმუშს:

○ შემთხვევითობის პრინციპით მთელი მონაცემთა ბაზიდან

○ შემთხვევითობის პრინციპით, გარკვეული წყაროებიდან, რომლებიც, როგორც ცნობილია, პრობლემებს უქმნის რეგისტრის პერსონალს

○ შემთხვევითობის პრინციპით, თუმცა, თითოეული რეგისტრატორისთვის შერჩეული იქნება ერთი და იმავე რაოდენობის შემთხვევები

ნიმუში აღებული იქნება ერთი წლის (ან რამდენიმე წლის პერიოდის) მანძილზე დარეგისტრირებული მონაცემებიდან, რომლებიც ექვემდებარება ხარისხის კონტროლის განხორციელებას. ნიმუშის ზომა განისაზღვრება საერთაშორისო რეკომენდაციების მიხედვით: ჰილსენბეკი და სხვები, (1987), კიბოთი დაავადებული პაციენტების მონაცემთა ცენტრალიზებული სისტემა აშშ-ში (Hilsenbeck et al, (1987), of the Centralized Cancer Patient Data System in the USA), რომლის თანახმად, ნიმუშის ზომა უნდა იყოს, მინიმუმ, 3-4 შემთხვევა თითო რეგისტრატორზე თვეში.

ამ რეგისტრაციებისთვის, ჩანაწერები, საიდანაც მოხდა შემთხვევის აბსტრაქტირება, მოთხოვნილია შესაბამისი წყაროდან. ეს ნიშნავს საჭირო ავადმყოფობის ისტორიების (case record) ჩამონათვალის გაგზავნას (ჩამონათვალი მოიცავს შემთხვევის ნომერს, პაციენტის სახელსა და გვარს, თარიღს) წყაროებისთვის (მაგ., საავადმყოფოს სამედიცინო ჩანაწერების განყოფილება) და მოთხოვნას, რომ შემთხვევის მასალები მზად იყოს გამოსაყენებლად.

შემდეგ, აუდიტორი ამოწმებს შემთხვევას სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთან ერთად.

თითოეული მონაცემთა ელემენტთან მიმართებაში აუდიტორის კოდების შედარება ხდება ორიგინალ კოდებთან, შეუსაბამობების დასადგენად. თუ კოდები ერთმანეთს არ ემთხვევა, შეუსაბამობა კლასიფიცირდება სიმძიმის მიხედვით, დიდი და მცირე შეუსაბამობის განმარტებების მიხედვით (იხ. ცხრილი 7.1). ცხრილში 7.2 წარმოდგენლია ასეთი კვლევის შედეგების მაგალითი.

მონაცემთა ელემენტი	კოდი	დიდი შეუსაბამობა	მცირე შეუსაბამობა
ემოგრაფიული			
სქესი		ნებისმიერი განსხვავება	
ასაკი		>1 წლის სხვაობა	სხვაობა ≥ 3 თვე
დაბადების თარიღი	დდ/თთ/წწწწ	განსხვავებული წწწწ	განსხვავებული თვე/წელი

	ეთნიკური ჯგუფი			ნებისმიერი განსხვავება
	დაბადების ადგილი		რეგისტრის ფარგლებში/მის ფარგლებს გარეთ	ნებისმიერი განსხვავება
	<i>სიმსივნე</i>			
	დაავადების დაწყების თარიღი	დდ/თთ/წწწწ	განსხვავებული წწწწ	<b>სხვაობა ≥ 3 თვე</b>
	პირველადი ლოკალიზაცია	ICD-O (Cxx.y)	განსხვავება xx-ში	განსხვავება წელში (მე-3 ციფრი)
	მორფოლოგია	ICD-O (Mxxxy)	განსხვავება xx-ში	განსხვავება წელში (მე-4ციფრი)
	ქცევა	ICD-O	ნებისმიერი განსხვავება	
	დიაგნოზის საფუძველი		განსხვავება მორფოლოგიურად დადასტურებულ (MV) ან არამორფოლოგიურად დადასტურებულ შემთხვევებთან (nonMV)	განსხვავება მორფოლოგიურად დადასტურებული შემთხვევების (MV) ფარგლებში
			ან მხოლოდ გარდაცვალების ცნობის საფუძველზე დარეგისტრირებულ შემთხვევებთან მიმართებაში	განსხვავება არა მორფოლოგიურად დადასტურებული (III-T-MV) შემთხვევების ფარგლებში
	ლატერალიზაცია			ნებისმიერი განსხვავება
			განსხვავება, რომელიც განპირობებულია	
	სტადია		UICC-ის სტადირების (I-IV) ცვლილებით	ნებისმიერი სხვა განსხვავება
	<i>მკურნალობა</i>			

ტიპი:				
ოპერაცია			ნებისმიერი განსხვავებული კოდი	
რადიოთერაპია		ჩატარებული შდრ. არჩატარებული	(მათ შორის, 9 [უცნობი])	
ქიმიოთერაპია				
ჰორმონოთერაპია				
თარიღი		განსხვავება ≥ 1 თვე	განსხვავება < 1 თვე	
<b>შემდგომი დაკვირვება</b>				
ბოლო კონტაქტის თარიღი	დდ/თთ/წწწწ	განსხვავება ≥ 3 თვე	განსხვავება < 3 თვე	
სტატუსი ბოლო კონტაქტისას		ნებისმიერი განსხვავება		

ცხრილი 7. 1 დიდი და მცირე შეუსაბამობები შერჩეულ მონაცემთა ძირითად ელემენტებთან მიმართებაში

	მონაცემთა ელემენტები	რაოდენობა	%
მონაცემთა ელემენტები	რეაბსტრუქტირებული	შესაბამისობა	შესაბამისობა
სქესი	50	50	100%
რასა	50	48	96%
ასაკი	50	47	94%
დიაგნოზის დასმის თარიღი	50	43	86%
პირველადი ლოკალიზაცია	50	46	92%
ჰისტოლოგია	50	46	92%
დიაგნოზის საფუძველი	50	48	96%
სტადია	50	33	66%
მკურნალობა			
ოპერაცია	50	48	96%
რადიაციული თერაპია	50	47	94%
ქიმიურ-ენდოკრინული თერაპია	50	46	92%
სხვა თერაპია	50	50	100%
მკურნალობის თარიღი	50	45	90%
ბოლო კონტაქტის თარიღი	50	48	96%
სტატუსი (ცოცხალი/გარდაცვლილი)	50	49	98%
ბოლო კონტაქტისას			
სულ	750	694	93%

**ცხრილი 7. 2 ჰიპოთეტური რეაბსტრუქტირების კვლევის შედეგები**

**7.1.2 შემთხვევათა პროცენტული მაჩვენებელი, მორფოლოგიურად დადასტურებული დიაგნოზით (MV%)**

მორფოლოგიური დამოწმება ხდება იმ შემთხვევებში, როდესაც დიაგნოზი ემყარება ჰისტოლოგიას ან ციტოლოგიას.

**პროცედურა:**

იმ პერიოდზე, რომელზეც ხარისხის კონტროლი ხორციელდება (მაგალითად, ერთი წელი, სამი წელი, 5 წელი), შედგენილი ცხრილი უნდა მოიცავდეს ორივე სქესის პაციენტებთან მიმართებაში შემთხვევათა რაოდენობას, კიბოს ლოკალიზაციას (ICD-10 კოდების გამოყენებით), თითოეული „დიაგნოზის საფუძვლისთვის“ მითებული იქნება კოდები (იხ. ცხრილი 9.2, მარცხენა მხარე).

შემდეგ, დააჯგუფეთ „დიაგნოზის საფუძვლის“ კოდები, რომლებიც წარმოადგენს მიკროსკოპით გამოკვლევის საფუძველზე (ზოგადად, პათოლოგიის ან ჰემატოლოგიური ლაბორატორიებში) დასმულ დიაგნოზებს. კოდები (თავი 5.4, გვ. 26):

5. ციტოლოგია ან ჰემატოლოგია

6. მეტასტაზების ჰისტოლოგია

7. პირველადი სიმსივნის ჰისტოლოგია

MV% არის ამ „დიაგნოზის საფუძვლის“ კოდების მიხედვით ყველა რეგისტრაციის პროცენტული მაჩვენებელი.

**ტრენინგ სისტემა (ინგლისური) (2001-2005 წწ.)**

მონაცემთა ხარისხის ინდიკატორები

მამრ. სქესი

ლოკალიზაცია	შემთხვევები	სულ %	ასაკით სტანდარ. მაჩ. (ASR(se))	MV (%)	CIN (%)	DCO (%)	ICD10
პირ-ხახა	418	5.47	16.62 (0.84)	98.80	0.72	0.48	C00-14
საყლაპავი მილი	197	2.58	8.31 (0.61)	88.83	2.03	9.14	C15
კუჭი	430	5.63	19.11 (0.95)	91.63	2.09	6.28	C16
მსხვილი ნაწლავი, სწორი ნაწლავი, ანუსი	529	6.93	22.45 (1.01)	93.38	1.32	5.29	C18-21
ღვიძლი	116	1.52	5.09 (0.49)	60.34	8.62	31.03	C22
პანკრეასი	81	1.06	3.60 (0.41)	60.49	11.11	28.40	C25
ხორხი	163	2.13	7.11 (0.57)	95.09	3.68	1.23	C32
ფილტვი, ტრაქეა, ბრონქი	500	6.55	23.14 (1.05)	79.80	6.60	13.60	C33-34
პლევრა და სხვა გულმკერდის	20	0.26	0.67 (0.16)	70.00	15.00	15.00	C37-38
კანის მელანომა	122	1.60	4.84 (0.46)	96.72	0.82	2.46	C43
პროსტატა	2153	28.19	105.44 (2.29)	95.45	1.49	3.07	C61
სათესლე ჯირკვალი	56	0.73	1.41 (0.20)	92.86	3.57	3.57	C62
თირკმელი და საშარდე NOS	132	1.73	5.52 (0.50)	91.67	2.57	6.06	C64-66.68

შარდის ბუშტი	265	3.47	12.42 (0.77)	94.34	2.26	3.40	C67
ტვინი და ნერვული სისტემა	211	2.76	7.16 (0.53)	82.46	5.21	12.32	C70-72
ფარისებრი ჯირკვალი	65	0.85	2.08 (0.28)	98.46	0.00	1.54	C73
დაუზუსტებელი	204	2.67	8.92 (0.64)	63.24	12.25	24.51	C76-90
ლიმფომა	414	5.42	15.93 (0.82)	87.44	2.17	10.39	C81-85.90.88.96
ლეიკემია	226	2.96	7.91 (0.56)	76.55	1.33	22.12	C91-95
ყველა ლოკალიზაცია გარდა C44--ს	6727	88.08	293.72 (3.70)	89.58	2.76	7.66	ALLC44

### მდედრ.სქესი

ლოკალიზაცია	შემთხვევები	% სულ	ასაკით სტანდარ. მაჩ. (ASR(se))	MV (%)	CIN (%)	DCO (%)	ICD10
პირ-ხახა	139	1.79	4.45 (0.39)	94.24	3.60	2.16	C00-14
საყლაპავი მილი	61	0.78	2.20 (0.29)	90.16	1.64	8.20	C15
კუჭი	278	3.58	9.40 (0.58)	92.81	2.16	5.04	C16
მსხვილი ნაწლავი, სწორი ნაწლავი, ანუსი	608	7.82	20.70 (0.86)	93.91	1.48	4.61	C18-21
ღვიძლი	53	0.68	1.80 (0.25)	47.17	3.77	49.06	C22
პანკრეასი	104	1.34	3.58 (0.37)	57.69	9.62	32.69	C25
ხორხი	36	0.46	1.28 (0.22)	97.22	2.78	0.00	C32
ფილტვი, ტრაქეა, ბრონქი	308	3.96	11.11 (0.64)	78.25	5.84	15.91	C33-34
პლევრა და სხვა გულმკერდის	11	0.14	0.31 (0.10)	81.82	0.00	18.18	C37-38
კანის მელანომა	124	1.60	3.80 (0.36)	100.00	0.00	0.00	C43
ძუძუ	1766	22.72	54.78 (1.35)	97.06	1.30	1.64	C50
საშვილოსნოს ყელი	904	11.63	26.70 (0.93)	98.23	0.55	1.22	C53
ტანი და საშვილოსნო NOS	226	2.91	7.78 (0.53)	98.23	0.88	0.88	C54-55
საკვერცხე და დანამატები	228	2.93	7.24 (0.50)	92.11	2.19	5.70	C56
თირკმელი და საშარდე NOS	93	1.20	3.30 (0.35)	92.47	2.15	5.38	C64-66.68
საშარდე ბუშტი	121	1.56	4.29 (0.40)	91.74	1.65	6.61	C67
ტვინი და ნერვული სისტემა	159	2.05	4.61 (0.38)	78.62	4.40	16.98	C70-72
ფარისებრი ჯირკვალი	366	4.71	9.99 (0.55)	96.99	1.64	1.37	C73
დაუზუსტებელი	173	2.23	5.88 (0.46)	70.52	10.40	19.08	C76-90
ლიმფომა	380	4.89	11.98 (0.64)	89.21	2.11	8.68	C81-85.90,88,96
ლეიკემია	234	3.01	6.33 (0.47)	84.62	0.43	14.94	C91-95
ყველა ლოკალიზაცია C44--ს გარდა	6750	86.85	214.37 (2.70)	92.00	2.09	5.91	ALLC44



ამ ანალიზებიდან გამოირიცხა უცნობი ასაკის შემთხვევები (21 მამრ./26 მდედრ.)

### **ცხრილი 7.3 (მონაცემთა ხარისხის ინდიკატორების) შედეგი**

**MV% ტრადიციულად განიხილება, როგორც ერთგვარი “ოქროს სტანდარტი”, რომელიც გამოიყენება მაშინ, როდესაც არსებობს ეჭვი სხვა საშუალებებით დასმული დიაგნოზის სიზუსტესთან დაკავშირებით (თუმცა რეალურად, მრტ ან კტ კვლევის საფუძველზე დასმული დიაგნოზი შეიძლება იყოს ისეთივე ზუსტი, როგორც ექსფოლიაციური ციტოლოგიით დასმული დიაგნოზი). როგორც მიიჩნევა, მაღალი MV% მეტყველებს დიაგნოზის სიზუსტეზე, ხოლო დაბალი MV% - ეჭვქვეშ აყენებს მონაცემთა სიზუსტეს.**

**უნდა მოხდეს MV%-ის აბსოლუტური მნიშვნელობის შედარება „მოსალოდნელ/სავარაუდო“ მნიშვნელობასთან, რომელიც გონივრულია, იმ გარემოებების გათვალისწინებით (სამედიცინო ტექნოლოგიების მდგომარეობა, ადგილობრივი კლინიკური პრაქტიკა), რომელშიც ფუნქციონირებს რეგისტრი. აქედან გამომდინარე, მოხდება MV მნიშვნელობების (ლოკალიზაციის მიხედვით და, სასურველია, ასევე, სქესის მიხედვით) შედარება შესაბამის სტანდარტებთან, რათა შესაძლებელი იყოს ძალიან განსხვავებული მნიშვნელობების იდენტიფიცირება.**

მაშინ, როდესაც მოსალოდნელ/სავარაუდო მნიშვნელობასთან შედარებით MV% ძალიან დაბალია, შეიძლება გააჩინოს მონაცემთა სიზუსტესთან დაკავშირებული ეჭვი. ზოგადად, კიბოს რეგისტრი გავლენას ვერ მოახდენს მის არეალში პათოლოგანატომიური სერვისების ხელმისაწვდომობასა და გამოყენებაზე. პათოლოგიის განყოფილების მეშვეობით დიაგნოზირებული შემთხვევების დიდი ნაწილი, შეიძლება მიუთითებდეს შემთხვევების გამოვლენასთან დაკავშირებულ ნაკლოვანებებსა და შესაბამისად, არასრულ რეგისტრაციაზე. უფრო ცუდი ის არის, რომ არასრული მონაცემები იქნება არაობიექტური, მიკერძობებული, მონაცემთა ბაზაში ნაკლებად იქნება წარმოდგენილი სიმსივნეები, რომელთა ბიოფსია ადვილი არ არის და, შესაბამისად, დიაგნოზირებულია სხვა მეთოდების გამოყენებით (მაგ., ფილტვის, ღვიძლის, თავის ტვინის და პანკრეასის კიბო).

### **გარდაცვალების ცნობის საფუძველზე დარეგისტრირებულ შემთხვევათა პროცენტული მაჩვენებელი (DCO%).**

მხოლოდ გარდაცვალების ცნობის საფუძველზე შედგენილი შემთხვევები არის შემთხვევები, რომლებიც რეგისტრირებულია გარდაცვალების ცნობის საფუძველზე და რომელთა მიმართებაში სხვა ინფორმაციის მიკვლევა შეუძლებელია.

ხშირად, სადიაგნოსტიკო ინფორმაციის სიზუსტე საეჭვოა, რადგან ცნობის შემდგენ პირს, შესაძლოა, სიკვდილამდე პაციენტთან მცირე კონტაქტი ჰქონდა და არ იყო კარგად ინფორმირებული იმის შესახებ, როგორ დააფიქსიროს სიკვდილის გამომწვევი მიზეზი. მას შეიძლება სამედიცინო განათლებაც არ ჰქონდეს. ამგვარად, თუ არ მოიძებნება სხვა კლინიკური ჩანაწერი იმ ადამიანის შესახებ, რომელიც ნამდვილად გარდაიცვალა სიმსივნისგან (ან სიმსივნით), არსებობს საფუძვლიანი ეჭვი, რომ დიაგნოზი, უბრალოდ, არასწორი იყო.

მონაცემთა ბაზაში ასეთი შემთხვევების დიდი რაოდენობით შეტანის შემთხვევაში, მონაცემთა სიზუსტე საეჭვოა.

#### **პროცედურა:**

რაც შეეხება MV%-ს, იმ პერიოდზე, რომელზეც ხარისხის კონტროლი ხორციელდება (მაგალითად, ერთი წელი, სამი წელი, 5 წელი) შედგენილი ცხრილი უნდა მოიცავდეს ორივე სქესის პაციენტებისთვის შემთხვევათა რაოდენობას, კიბოს ლოკალიზაციას (ICD-10 კოდების გამოყენებით). თითოეული „**დიაგნოზის საფუძვლისთვის“ მითითებული იქნება კოდები.**

გარდაცვალების ცნობის საფუძველზე (DCO) დარეგისტრირებულ შემთხვევათა *დიაგნოზის საფუძველია* = 0

**DCO% არის ყველა რეგისტრირებული შემთხვევის პროცენტი, რომელთა დიაგნოზის „საფუძვლის“ კოდია = 0**

რაც შეეხება MV%-ს, DCO%-ის გამომანგარიშება ხდება კიბოს ლოკალიზაციის და, იდეალურ შემთხვევაში, სქესის მიხედვით.

ცხრილი (მონაცემთა ხარისხის ინდიკატორები) გვიჩვენებს DCO შემთხვევების პროცენტულ რაოდენობას, საიტისა და სქესის მიხედვით.

რა არის DCO%-ის მისაღები დონე?

DCO%-ის დონე დამოკიდებულია ადგილობრივ გარემოებებზე, როგორებიცაა, მაგალითად, გარდაცვალების ცნობების ხელმისაწვდომობა, ჩანაწერების ერთმანეთთან წარმატებულად დაკავშირება, ცნობაში წარმოდგენილი სიკვდილის მიზეზის სიზუსტე.

ექსპერტების რეკომენდაციები ითვალისწინებს რამდენიმე არასავალდებულო სტანდარტს; მაგალითად, დოკუმენტის “კიბოს ინციდენტობა ხუთ კონტინენტზე“, ტომი IX (**კურადო და სხვ., 2007 წ.**) მიხედვით, <10% DCO წარმოადგენს კატეგორია „A“-ს ხარისხთან მიმართებაში და 10-20% - კატეგორია „B“-ს. ჩრდილოეთ ამერიკის კიბოს ცენტრალური რეგისტრების ასოციაციის (NAACCR) კრიტერიუმების მიხედვით, 3 პროცენტზე ნაკლები DCO აღნიშნავს „ოქროს“ სტანდარტს და 5 პროცენტზე ნაკლები - ვერცხლის სტანდარტს (ჰოფენკამპი, 2008 წ.).

#### **7.1.4 არასრული მონაცემების შემცველი შემთხვევათა წილი (ან პროცენტული მაჩვენებელი)**

შემთხვევათა პროპორცია, რომლებიც მოიცავს სხვადასხვა უცნობი მნიშვნელობების მქონე მონაცემთა ელემენტებს, როგორებიცაა ასაკი ან სტადია, ასევე, მიუთითებს მონაცემთა ხარისხზე. ქვემოთ წარმოდგენილია მონაცემთა ელემენტები, რომლებიც უნდა შეფასდეს, გამორჩენილი მნიშვნელობების დადგენის მიზნით:

- ასაკი
- პირველადი ლოკალიზაცია
- სტადია
- შემდგომი დაკვირვება

გაითვალისწინეთ, რომ არასოდეს არ უნდა იყოს გამორჩენილი ინფორმაცია „სქესის“ შესახებ.

უცნობი მნიშვნელობა შეიძლება გამოწვეული იყოს რეგისტრაციის პროცესთან დაკავშირებული პრობლემებით, ასევე, შეიძლება არაადეკვატური ანამნეზით, შემთხვევის აღწერით ან გამოკვლევით ან სამედიცინო ჩანაწერში არსებული გაურკვევლობით.

“ასაკთან“ მიმართებაში უნდა გამოითვალოს რეგისტრაციების რაოდენობა (კიბოს ლოკალიზაციისა და სქესის მიხედვით), რა შემთხვევაშიც ასაკი დაფიქსირდა, როგორც უცნობი (კოდი 99).

**პირველადი ლოკალიზაცია გაურკვეველია (PSU%)** მოიცავს „უცნობი პირველადი ლოკალიზაციის“ (C80 ICD-10-ში) გარდა სხვა რუბრიკებს (მაგ., საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნე (ICD-10 C26), სასუნთქი სისტემა (C39) ენდოკრინული სისტემა (C75) და რეტროპერიტონეუმისა და პერიტონეუმის ავთვისებიანი სიმსივნე (C48) და ასევე, სხვა და დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნე (C76).

იმ შემთხვევაში, თუ შემთხვევათა დიდი წილი მოდის O&U/PSU კატეგორიაზე, ეს იმას ნიშნავს, რომ დიაგნოზის სიზუსტე დაბალია, როგორც წესი, იმის გამო, რომ ვერ მოხერხდა პირველადი კიბოს ლოკალიზაციის განსაზღვრა, მეტასტაზების უზნიდან აღებული ქსოვილის საფუძველზე. კიბოს ინციდენტობის მაჩვენებელი კონკრეტულ ლოკალიზაციებზე არასათანადოდ იქნება შეფასებული, თუ რეგისტრირებულ შემთხვევათა დიდი წილი გამოჩნდება “სხვა ან/და დაუზუსტებელ” კატეგორიაში და არა მათი ნამდვილი დიაგნოზით.

#### 7.1.5. მონაცემთა თანმიმდევრულობის შემოწმება

კომპიუტერიზებულ რეესტრებში რეგისტრირებულ მონაცემთა ვალიდურობის (სიზუსტის) ზოგიერთი ასპექტი მოწმდება ავტომატური მეთოდით. შემოწმების მეთოდები აღებულია CanReg სისტემიდან. ამჟამად, სისტემის დეველოპერები მუშაობენ სისტემაში ვალიდაციის პირობების ინტეგრირებაზე, მანამდე კი, სისტემაში არსებული ყველა მონაცემი მოწმდება და მათი გასწორება ხდება IARC CheckTool-ის გამოყენებით.

ყველაზე მარტივი საკონტროლო რედაქტირება გამოიყენება გამოყენებული კოდების ვალიდურობის შესამოწმებლად, რათა უარყოფილ იქნეს მონაცემთა ელემენტისთვის ნებადართული დიაპაზონის მიღმა (როგორც ეს განსაზღვრულია რეგისტრში) არსებული კოდირებული მნიშვნელობის შემცველი ჩანაწერები.

შემდეგ დონეზე ხდება მონაცემთა ელემენტებს შორის ლოგიკური თანმიმდევრულობის შემოწმება. კიბოს დიაგნოსტირება შეუძლებელია პაციენტის დაბადების თარიღამდე, მამაკაცს არ შეიძლება ჰქონდეს საკვერცხის კიბო და მკურნალობა არ შეიძლება ჩაუტარდეს გარდაცვლილ პაციენტს.

რედაქტირების პროგრამა უარყოფს ასეთ შეუძლებელ კომბინაციებს. მას, ასევე, შეუძლია მონიშნოს ნაკლებად სავარაუდო ან უჩვეულო კომბინაციები, როგორებიცაა ლოკალიზაციისთვის სპეციფიკური მორფოლოგიური ტერმინები, რომლებიც აღინიშნება მხოლოდ ერთი შესაძლო ტოპოგრაფიული კოდით; მაგ., ნეფრობლასტომას, რომელიც წარმოიქმნება თირკმელში, უნდა მიენიჭოს ტოპოგრაფიული კოდი C64.9 და ჰეპატომას, რომელიც წარმოიქმნება ღვიძლში, უნდა მიენიჭოს ტოპოგრაფიული კოდი C22.0.

კიდევ ერთი შესაძლებლობა, რომელსაც ამჟამად იყენებს საქართველო, არის IARC-CHECK პროგრამა, რომელსაც აქვს შემდეგი გამოსავალი;

- ICD-O3-ის კლასიფიკატორში არარსებული ტოპოგრაფიის ან მორფოლოგიის კოდების ჩამონათვალი, რაც ჩვენთვის არააქტუალურია, ვინაიდან ჩვენ სისტემაში კოდები ხელით არ იწერება, ის ირჩევა კლასიფიკატორიდან;
- შეცდომების ფაილი, სადაც ასახულია ასაკის, სქესის, ტოპოგრაფიის და მორფოლოგიის კოდების არასწორი კომბინაციები;
- გაფრთხილების ფაილი, სადაც მოცემულია საეჭვო ჩანაწერები, რომლებიც აუცილებლად უნდა გადამოწმდეს.

#### 7.1.6 გარდაცვალების ცნობის მეთოდები

გარდაცვალების ცნობის ინფორმაციის წყაროდ გამოყენება წარმოადგენს მონაცემთა სრულყოფილად წარმოდგენის ეფექტურ მეთოდს. თუ რეგისტრში აღმოჩნდება ბევრი ახალი შემთხვევა გარდაცვალების ცნობის მეშვეობით, ეს მიუთითებს არასრულ რეგისტრაციაზე (ანუ პაციენტები არ იყვნენ აღრიცხულნი სიმსივნის გამოვლენისას)

სისრულის შესაფასებლად, უნდა ვიცოდეთ შემთხვევათა რაოდენობა, რომლებიც პირველად აღმოჩნდება რეგისტრის ყურადღების ცენტრში გარდაცვალების ცნობის მეშვეობით (ზოგჯერ უწოდებენ „გარდაცვლების ცნობით შეტყობინებას“ (DCN)). ეს არ არის იგივე, რაც მხოლოდ გარდაცვალების ცნობის (DCO) საფუძველზე დარეგისტრირებული შემთხვევები – ეს უკანასკნელი წარმოადგენს შემთხვევათა ნაწილს, რომელიც პირველად იდენტიფიცირებულია გარდაცვალების ცნობის საფუძველზე (შემთხვევები, რომელთა მიკვლევა შეუძლებელია გარდაცვალების ცნობის წყაროს მოძიებით (იხ. თავი 6. გარდაცვალების ცნობით შეტყობინება, გვ. 43). სისრულის ხარისხის შესაფასებლად, ასევე, საჭიროა სიკვდილთან შემთხვევების თანაფარდობის განსაზღვრა (M:I თანაფარდობა – იხილეთ თავი 9.2.2, გვ. 58, Parkin & Bray, 2009).

## გამოყენებული ლიტერატურა

1. Asadzadeh Vostakolaei F, Karim-Kos HE, Janssen-Heijnen ML, Visser O, Verbeek AL, Kiemeneij LA. The validity of the mortality to incidence ratio as a proxy for site-specific cancer survival. *Eur J Public Health*. 2011 ;21(5):573-7
2. Bray F, Parkin DM. Evaluation of data quality in the cancer registry: principles and methods. Part I: comparability, validity and timeliness. *Eur J Cancer*. 2009 ;45(5):747-55.
3. Curado MP, Edwards B, Shin HR Storm H, Ferlay J, Heanue M and Boyle P. Cancer Incidence in Five Continents - Vol.IX. (IARC Scientific Publication No 160). Lyon, IARC, 2007
4. Esteban D, Whelan S, Laudico A, Parkin DM (1995). Manual for cancer registry personnel. IARC Technical Report No.10. IARC, Lyon.
5. Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin DM, Whelan S. (2000) WHO International Classification of Disease for Oncology. Third Edition, Geneva.
6. Hilsenbeck SG, Glaefke GS, Feigl P, Lane WW, Golenzer H, Ames C, et al. Quality Control for Cancer Registries. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health; 1985. Third printing, U.S. Government Printing Office No. 1987-793-588; May 1987.
7. Hofferkamp, J (Ed). Standards for Cancer Registries Volume III: Standards for Completeness, Quality, Analysis, Management, Security and Confidentiality of Data. Springfield (IL): North American Association of Central Cancer Registries, August 2008.
8. Jensen OM, Parkin DM, Maclennan R, Muir CS, Skeet RG (1991) Cancer registration principles and methods. IARC Scientific publications No 95. IARC, Lyon.
9. Larsen IK, Smastuen M, Johannesen TB, Langmark F, Parkin DM, Bray F, Moller B. Data quality at the Cancer Registry Norway: an overview of comparability, completeness, validity and timeliness. *Eur J Cancer*. 2009; 45(7): 1218-31
10. Louange E. (2008) Seychelles Reporting and Coding Manual, Ministry of Health .No 1.
11. Parkin DM, Bray F. Evaluation of data quality in the cancer registry: principles and methods Part II. Completeness. *Eur J Cancer*. 2009;45(5):756-64
12. Parkin DM, Chen VW, Ferlay J, Galceran J, Storm HH & Whelan SL. Comparability and Quality Control in Cancer Registration. IARC Technical Report No. 19. Lyon, IARC, 1994

13. Parkin DM, Wabinga H, Nambooze S. Completeness in an African cancer registry. *Cancer Causes Control*. 2001; 12, 147-152.
14. Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind C. ,TNM Classification of Malignant Tumours 7<sup>th</sup> Edition. Union International Cancer Control
15. Somdyala N, (2008) Procedure and Guidelines for Data Management, PROMEC Cancer Registry, South Africa Okondo F, Draft Standard Operating Procedures (2014) Gulu Cancer Registry, Uganda
16. World Health Organisation. International Classification of Diseases and Related Health Problems. 10<sup>th</sup> edition, WHO, Geneva, 2010.
17. Wu XC, McLaughlin C, Lake A, Firth R, Leonfellner S, Cormier M, Cardinez C, Kosary C, Roney D & Howe H. Cancer in North America, 2000-2004. Volume I, Incidence. A Publication of the North American Association of Central Cancer Registries, Inc.(NAACCR) May 2007

## დანართი 1. მრავლობითი პირველადი სიმსივნეები - ინციდენტობისა და გადარჩენის შესახებ ანგარიშგების წესები

1. ორი ან მეტი პირველადი კიბოს არსებობის დადგენა დროზე არ არის დამოკიდებული.
2. პირველადი კიბო წარმოიქმნება პირველად ლოკალიზაციაზე ან ქსოვილში და არ წარმოადგენს გავრცელებას, რეციდივს ან მეტასტაზს.
3. ერთ ორგანოში ან დაწყვილებულ ორგანოში ან ქსოვილში დადგენილი უნდა იყოს მხოლოდ ერთი სიმსივნე.

კოდების ზოგიერთი ჯგუფი განიხილება, როგორც ერთი ორგანო, მრავლობითი პირველადი სიმსივნის განსაზღვრის მიზნით.

ეს ტოპოგრაფიული კოდების ჯგუფები წარმოდგენილია დანართში, 1-ლი ცხრილის სახით.

მრავალკეროვანი სიმსივნე, რომელიც წარმოადგენს დისკრეტულ წარმონაქმნს, რაც აშკარად არ არის დაკავშირებული სხვა პირველად სიმსივნეებთან, რომლებიც წარმოიქმნება იმავე პირველად ლოკალიზაციაზე ან ქსოვილში, მაგალითად, შარდის ბუშტში, ითვლება ერთ სიმსივნედ.

A. მე-3 წესი არ გამოიყენება ორ შემთხვევაში:

4.1 სისტემური (ან მულტიცენტრული) სიმსივნეები, რომელიც, პოტენციურად, აზიანებს მრავალ სხვადასხვა ორგანოს, ითვლება მხოლოდ ერთხელ ნებისმიერ პაციენტში. ესენია კაპოშის სარკომა (ჯგუფი 15, ცხრილი 2) და ჰემატოპოეზური სისტემის სიმსივნეები (8-14 ჯგუფები, დანართში წარმოდგენილი ცხრილი 2).

4.2 სხვადასხვა მორფოლოგიის ახალწარმონაქმნები (სიმსივნეები) უნდა ჩაითვალოს მრავლობით სიმსივნედ (მაშინაც კი, თუ ისინი დიაგნოზირებულია ერთდროულად ერთსა და იმავე ლოკალიზაციაზე).

თუ მორფოლოგიური დიაგნოზები მიეკუთვნება ერთ კატეგორიას, დანართში წარმოდგენილ მე-2 ცხრილში და წარმოიქმნება ერთსა და იმავე პირველად ლოკალიზაციაზე, ითვლება, რომ ისინი ერთი და იგივე მორფოლოგიისა მრავლობითი პირველადი სიმსივნეების დათვლის მიზნით. თუ მორფოლოგიური დიაგნოზები ორ ან მეტ კატეგორიას მიეკუთვნება, დანართში წარმოდგენილ მე-2 ცხრილში, მაშინაც კი, თუ ისინი ერთსა და იმავე ლოკალიზაციას ეხება, ითვლება, რომ განსხვავებული მორფოლოგია აქვთ და უნდა ჩაითვალოს ორ ან მეტ შემთხვევად.

ცალკეული სიმსივნეები, რომლებიც მოიცავს რამდენიმე განსხვავებულ ჰისტოლოგიას და მიეკუთვნება ერთ ჰისტოლოგიურ ჯგუფს, დანართში წარმოდგენილ მე-2 ცხრილში, რეგისტრირდება, როგორც ერთი შემთხვევა, რიცხობრივად უმაღლესი ICD-O მორფოლოგიური კოდის გამოყენებით.

თუმცა, თუ ერთი მორფოლოგია არ არის კონკრეტული (ჯგუფები (5), (14) და (17)) და ხელმისაწვდომია კონკრეტული მორფოლოგია, შემთხვევა უნდა დაფიქსირდეს კონკრეტული ჰისტოლოგიის მითითებით და არაკონკრეტული დიაგნოზი უნდა იყოს იგნორირებული.

ცხრილი 1 ტოპოგრაფიული კოდების ჯგუფები, რომლებიც ერთ ლოკალიზაციად მიიჩნევა მრავლობითი სიმსივნეების განმარტებისას

ICD-O-2/3 ლოკალიზაციის კოდი	დასახელება	რამდენიმე დიაგნოზის შემთხვევაში, კოდური ნომერი მიანიჭეთ პირველ დიაგნოზს. ერთდროულად დიაგნოზირების შემთხვევაში, გამოიყენეთ ქვემოთ მითითებული კოდები
C01	ენის ძირი	C02.9
C02	ენის სხვა და დაუზუსტებელი ნაწილები	
C00	ტუჩი	
C03	ღრძილი	
C04	სასა	
C05	პირის სხვა და დაუზუსტებელი ნაწილები	C06.9
C06	პირის სხვა და დაუზუსტებელი ნაწილები	
C09	ნუშურა ჯირკვლები	
C10	პირხახა	
C12	სინუსები	
C13	ხორხახა	
C14	ტუჩის, პირისა და ხახის სხვა და დაუზუსტებელი ლოკალიზაცია	C14.0
C19	რექტოსიგმოიდალური კუთხე	
C20	სწორი ნაწლავი	C20.9
C23	ნადვლის ბუშტი	
C24	ბილიარული ტრაქტის სხვა და დაუზუსტებელი ნაწილები	
C33	ტრაქეა	
C34	ბრონქები და ფილტვი	C34.9
C40	კიდურების ძვალი და სასახრე ხრტილი	
C41	ძვლის და სასახრე ხრტილის სხვა და დაუზუსტებელი ლოკალიზაცია	C41.9
C65	თირკმლის მენჯი	
C66	შარდსაწვეთი (ურეთრა)	
C67	შარდის ბუშტი	
C68	საშარდე გზების სხვა და დაუზუსტებელი ლოკალიზაცია	C68.9

დანართი ცხრილი 1 ტოპოგრაფიული კოდების ჯგუფები, რომლებიც ერთ ლოკალიზაციად მიიჩნევა მრავლობითი სიმსივნეების განმარტებისას



ცხრილი 2. ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების (სიმსივნეების) ჯგუფები, რომლებიც ჰისტოლოგიურად “განსხვავებულად“ ითვლება მრავლობითი სიმსივნეების განმარტებისას (ადაპტირებულია დოკუმენტიდან Berg JW. Morphologic classification of human cancer. In: Schottenfeld D & Fraumeni JF Jr. Cancer Epidemiology and Prevention, 2<sup>nd</sup> edition, Chapter 3 of Section 1: Basic Concepts. Oxford, New York, Oxford University Press, pp.28-44, 1996).

ჯუფი

კარცინომები

1. ბრტყელუჯრედული და გარდამავალუჯრედული კარცინომა	8051-80084, 8120-8131
2. ბაზალურუჯრედული კარცინომები	8090-8110
3. ადენოკარცინომები	8140-8149, 8160-8162, 8190-8221, 8260-8337
	8350-8551, 8570-8576, 8940-8941
4. სხვა სპეციფიკური კარცინომები	8030-8046, 8150-8157, 8170-8180, 8230-8255
	8340-8347, 8560-8562, 858-8671
(5) კარცინომები, რომლებიც სხვაგვარად არ არის დაზუსტებული (NOS)	8010-8015, 8020-8022, 8050
6. სარკომები და რბილი ქსოვილის სიმსივნეები	8680-8713, 8800-8921, 8990-8991, 9040-9044
	9120-9125, 9130-9136, 9141-9252, 9370-9373,
	9540-9582
6. მეზოთელიომა	
7. ჰემატოპოეტური და ლიმფოიდური ქსოვილები	
8. მიელოდი	9840, 9861-9931, 9945-9946, 9950, 9961-9964
	9980-9987
9. B-უჯრედული ახალწარმონაქმნები (სიმსივნეები)	9670-9699, 9728, 9731-9734, 9761-9767
	9769, 9823-9826, 9833, 9836, 9940
10. T-უჯრედული და NK-უჯრედული სიმსივნეები	9700-9719, 9729, 9768, 9827-9831, 9834, 9837,
	9948
11. ჰოჯკინის ლიმფომა	9650-9667
12. პოხერი უჯრედული (მასტოციტური) სიმსივნეები	9740-9742
13. ჰისტოციტები და ლიმფოიდური უჯრედები	9750-9758
14. დაუზუსტებელი ტიპები	9590-9591, 9596, 9727, 9760, 9800-9801, 9805,
	9820, 9832, 9835, 9860, 9960, 9970, 9975, 9989

15. კაპოშის სარკომა	9140
16. სიმსივნის სხვა დაზუსტებული ტიპები 9000-9030, 9060-9110, 9260-9365, 9380-9539	8720-8790, 8930-8936, 8950-8983,
(17) სიმსივნის დაზუსტებული ტიპები	8000-8005

დანართი ცხრილი 2 ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების (სიმსივნეების) ჯგუფები, რომლებიც ჰისტოლოგიურად “განსხვავებულად” ითვლება, მრავლობითი სიმსივნეების განმარტებისას

**მონაცემთა შეტანასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები**

- სხვადასხვა ლატერალიზაციის, მაგრამ ერთი და იმავე მორფოლოგიის ორი სიმსივნე დიაგნოზირებული დაწყვილებულ ორგანოებში (მაგ., სარძევე ჯირკვლებში) ცალ-ცალკე უნდა დარეგისტრირდეს, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც წარმოქმნილია ერთი პირველადი ლოკალიზაციიდან. ამ წესის გამონაკლისებია:

საკვერცხის სიმსივნეები (ერთი და იმავე მორფოლოგიის)  
ვილმის სიმსივნე (ნეფრობლასტომა) - თირკმლის კიბო.  
რეტინობლასტომა

რომლებიც უნდა დაფიქსირდეს ერთჯერადი ორმხრივი რეგისტრაციის სახით, იმ შემთხვევაში, როდესაც ისინი ვლინდება ორივე მხარეს.

**გახსოვდეთ:** სრულიად განსხვავებული ჰისტოლოგიის სიმსივნეები დაწყვილებულ ორგანოებში ცალ-ცალკე უნდა დარეგისტრირდეს.

1. სიმსივნეები, რომლებიც გვხვდება მსხვილი ნაწლავის (C18) და კანის (C44) ნებისმიერ მე-4 ქვეკატეგორიაში, უნდა დარეგისტრირდეს, როგორც მრავლობითი პირველადი სიმსივნეები.

## დანართი 2. რეგიონალური ლიმფური კვანძების განმარტებები (R+)

დაფუძნებულია დოკუმენტზე: Sobin LH, Ch. Wittekind (eds.): UICC International Union Against Cancer TNM Classification of Malignant Tumours, Seventh Edition. Wiley-Liss, New York, 2009

### ტუჩი და პირის ღრუ

ხახა, მათ შორის ენის ფუძე, რბილი სასა და ნაქი

### ხორხი

პარანაზალური სინუსები

სანერწყვე ჯირკვლები - ყბაყურა, ყბისქვეშა და ენისქვეშა

ცერვიკალური კვანძები

ფარისებრი ჯირკვალი

ცერვიკალური და ზედა შუასაყარის ლიმფური კვანძები

საყლაპავი მილი

საყლაპავის კისრის ნაწილი: კიბისებრი კუნთი, შიდა საულლე ვენა, ზედა და ქვედა ცერვიკალური, პერიოფოფაგური, სუპრაკლავიკულური

საყლაპავის გულმკერდის ნაწილი: ზედა პარაფოფაგეალური (კენტი ვენის ზემოთ), ტრაქეობრონქული, ქვედა პარაფოფაგეალური (კენტი ვენის ქვემოთ), შუასაყარის და კუჭის ლიმფური კვანძები, მუცლის ღრუს ლიმფური კვანძების გარდა

### კუჭი

კუჭის დიდ და მცირე სიმრუდეზე განლაგებული ლიმფური კვანძები

კუჭის მარცხნივ, ღვიძლის საერთო, ელენთის და მუცლის ღრუს (celiac) არტერიების გასწვრივ განლაგებული კვანძები

ჰეპატოდუოდენალური კვანძები

საყლაპავის და კუჭის შეერთება: პარაკარდიალური, მარცხენა კუჭის, ფაშვის ღეროს (არტერიის), დიაფრაგმული და ქვედა შუასაყარის პარაფოფაგური

### წვრილი ნაწლავი

თორმეტგოჯა ნაწლავი: პანკრეას-თორმეტგოჯას, პილორული, ღვიძლის (პერიქოლედოქეალური, კისტოზური, ბრონქოპულმონარული(ჰილარული)) და ზედა მეზენტერული ლიმფური კვანძები;

თემოს ნაწლავი და მლივი ნაწლავი: მეზენტერული, ზედა მეზენტერული კვანძების ჩათვლით თემოს ნაწლავის მხოლოდ ტერმინალური ნაწილი: ილეოცეკალური, მათ შორის, უკანა ცეკალური კვანძების ჩათვლით

### მსხვილი ნაწლავი და სწორი ნაწლავი

რეგიონალური ლიმფური კვანძები წარმოადგენს პერიკოლიკურ და პერირექტალურ კვანძებს და ილეოცეკალური, კოლინჯის მარჯვენა, კოლინჯის შუა, კოლინჯის მარცხენა, ქვედა მეზენტერული, ზედა სწორი ნაწლავის (ჰემოროიდული), თემოს შიგნითა არტერიების გასწვრივ განლაგებულ ლიმფურ კვანძებს, მეზორექტალურ, გავის ლატერალურ, პრესაკრალურ და გავის კონცხის (Gerota) ლიმფურ კვანძებს.

## **ანალური არხი**

პერირექტალური, თემოს შიგნითა და საზარდულის კვანძები  
**ღვიძლი (მათ შორის, ინტრაჰეპატურ სანაღვლე გზები)**

რეგიონალური ლიმფური კვანძები წარმოადგენს ბრონქოპულმონარულ ლიმფურ კვანძებს (ანუ ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგის გასწვრივ), ღვიძლის (ღვიძლის შესაბამისი არტერიის გასწვრივ), პერიპორტალური (კარის ვენის გასწვრივ) და მუცლის ქვემო ღრუ ვენის გასწვრივ თირკმლის ვენების ზემოთ (გარდა ქვედა დიაფრაგმული კვანძები) მდებარე კვანძებს.

## **ნაღვლის ბუშტი**

**ექსტრაჰეპატური სანაღვლე გზები**

ნაღვლის ბუშტის სადინრის, პერიქოლედოქალური, ბრონქოპულმონარული, პერიპანკრეასული (მხოლოდ თავი), პერიდუოდენალური, პერიპორტალური, ფაშვის ღეროს (აორტის) და ზედა მეზენტერული კვანძები

## **ფატერის დვრილის ამპულა**

ზედა: ლიმფური კვანძები პანკრეასის თავისა და სხეულის ზემოთ

ქვედა: ლიმფური კვანძები პანკრეასის თავისა და სხეულის ქვემოთ

წინა: წინა პანკრეატოდუოდენური, პილორული და ჯორჯლის პროქსიმალური კვანძები

უკანა: უკანა პანკრეატოდუოდენური, ნაღვლის საერთო სადინარი და ჯორჯლის პროქსიმალური კვანძები

## **პანკრეასი**

რეგიონალური ლიმფური კვანძები პერიპანკრეასული კვანძებია, რომლებიც შეიძლება დაიყოს შემდეგნაირად:

ზედა: ლიმფური კვანძები პანკრეასის თავისა და სხეულის ზემოთ

ქვედა: ლიმფური კვანძები პანკრეასის თავისა და სხეულის ქვემოთ

წინა: წინა პანკრეატოდუოდენური, პილორული და ჯორჯლის პროქსიმალური კვანძები

უკანა: უკანა პანკრეატოდუოდენური, ნაღვლის საერთო სადინარი და ჯორჯლის პროქსიმალური კვანძები

ელენთის: ელენთის კარი და პანკრეასის კუდი (მხოლოდ სხეულის და კუდის სიმსივნეებისთვის)

ფაშვის: (მხოლოდ თავის სიმსივნეებისთვის)

## **ფილტვი**

### **პლევრის მეზოთელიომა**

ყველა რეგიონალური კვანძი მდებარეობს დიაფრაგმის ზემოთ. ისინი მოიცავს ინტრათორაკალურ, კიბისებრი კუნთის, გულმკერდშიდა (მხოლოდ პლევრის მეზოთელიომისთვის) და სუპრაკლავიკულურ ლიმფურ კვანძებს.

## **ძვალი**

რეგიონალური ლიმფური კვანძები არის პირველადი სიმსივნის ლოკალიზებასთან შესაბამისი კვანძები.

## **რბილი ქსოვილები**

რეგიონალური ლიმფური კვანძები არის პირველადი სიმსივნის ლოკალიზებასთან შესაბამისი კვანძები.

**კანის კარცინომა (ქუთუთოების, ვულვის და პენისის გარდა)**

**კანის ავთვისებიანი მელანომა (ქუთუთოების გარდა)**

რეგიონალური ლიმფური კვანძები არის პირველადი სიმსივნის ლოკალიზებასთან შესაბამისი კვანძები.

*ცალმხრივი სიმსივნეები*

თავ-კისრის იფსილატერალური პრეარიუკულარული, სუბმანდიბულარული სუპრაკლავიკულური ლიმფური კვანძები  
გულმკერდის იფსილატერალური აქსილარული ლიმფური კვანძები  
მკლავის იფსილატერალური ეპიტროქლეური და აქსილარული ლიმფური კვანძები  
მკლავის მხრის ძვლის ეპიკონდილის (წანაზარდის) და აქსილარული ლიმფური კვანძები

მუცელი, საზარდული და დუნდულოები.

საზარდულის იფსილატერალური ლიმფური კვანძები

ფეხის იფსილატერალური მუხლქვეშა და საზარდულის ლიმფური კვანძები

ანალური ზღვარი და პერიანალური მიდამოს კანი საზარდულის იფსილატერალური ლიმფური კვანძები,

ზემოაღნიშნულს შორის სასაზღვრო ზონაში არსებული ლიმფური კვანძები, რომლებიც ორივე მოსაზღვრე უბანს ეხება, ითვლება რეგიონალურ ლიმფურ კვანძებად. ქვემოთ წარმოდგენილი 4 სმ-იანი სიგანის ზოლები განიხილება სასაზღვრო ზონებად:

*შორის /გასწვრივ*

მარჯვენა/მარცხენა შუა ხაზი

თავ-კისერი/გულმკერდი ლავიწი-აკრომიონი-ზედა ბეჭის ძვლის კიდე

გულმკერდი/მკლავი მხარი-ილიის ფოსო-მხარი

გულმკერდი/მუცელი, საზარდული, დუნდულოები წინა: შუა ჭიპსა და ნეკნის თაღს შორის

ზურგი: გულმკერდის მალეების ქვედა ზღვარი (შუა განივი ღერძი)

მუცელი, საზარდული და დუნდულოები/ფეხი საზარდული-ტროქანტერი-დუნდულა კუნთის ნაკეცი

## **ბუბუ**

რეგიონალური ლიმფური კვანძებია:

I აქსილარული (იფსილატერალური): ინტერპექტორული (როტერის) კვანძები და ლიმფური კვანძები აქსილარული ვენისა და მისი ტოტების გასწვრივ, რომლებიც შეიძლება დაიყოს შემდეგ დონეებად:

(i) I დონე (ქვედა აქსილარული): ლიმფური კვანძები, მკერდის მცირე კუნთის ლატერალურ საზღვართან

(ii) II დონე (შუა აქსილარული): ლიმფური კვანძები, მკერდის მცირე კუნთის მედიალურ და ლატერალურ საზღვრებსა და ინტერპექტორულ (როტერის) ლიმფურ კვანძებს შორის.

(iii) III დონე (აპიკალური აქსილა): ლიმფური კვანძები მდებარეობს მკერდის მცირე კუნთის მედიალურ კიდეზე, გამონაკლისია ისინი, რომლებიც მითითებულია, როგორც სუბკლავიკულური და ინფრაკლავიკულური.

შენიშვნა: სარძევე ჯირკვლის ლიმფური კვანძები კოდირებულია, როგორც აქსილარული ლიმფური კვანძები.

1 ინფრაკლავიკულური (სუბკლავიკულური) (იფსილატერალური).

1 ძუძუს შიდა (იფსილატერალური): ლიმფური კვანძები ნეკნთაშუა სივრცეში, მკერდის ძვლის კიდეზე ენდოთორაკულ ფასციაში.

1 სუპრაკლავიკულური (იპსილატერალური).

ნებისმიერი სხვა ლიმფური მეტასტაზები კოდირებულია, როგორც შორეული მეტასტაზები (M1), მათ შორის, ცერვიკალური ან კონტრალატერალური ძუძუს შიდა ლიმფური კვანძების ჩათვლით.

## **ვულვა**

ფემორალური და საზარდულის კვანძები

### **საშო**

საშოს ზედა ორი მესამედი: მენჯის კვანძები, მათ შორის, ობტურატორი, თემოს შიგნითა (ჰიპოგასტრიკული), თემოს გარე და თემოს კვანძები, NOS.

საშოს ქვედა მესამედი: საზარდულის და ფემორალური კვანძები

### **საშვილოსნოს ყელი**

პარაცერვიკალური, პარამეტრული, ჰიპოგასტრიკული (თემოს შიგნითა, ობტურატორი), თემოს საერთო და გარე, პრესაკრალური და ლატერალური საკრალური კვანძები

### **საშვილოსნოს ტანი**

თემოს (ჰიპოგასტრიკული [ობტურატორი, თემოს შიგნითა], საერთო და გარე, პარამეტრიული და საკრალური) და პარააორტული კვანძები

### **საკვერცხე**

ფალოპის მილი

ჰიპოგასტრიკული (ობტურატორი), თემოს საერთო და გარე, ლატერალური საკრალური, პარააორტული და საზარდულის კვანძები

### **გესტაციური ტროფობლასტური სიმსივნეები**

რეგიონალური ლიმფური კვანძები: არ გამოიყენება

## **პენისი**

ზედაპირული და ღრმა საზარდულის კვანძები და თემოს კვანძები

### **პროსტატა**

რეგიონალური ლიმფური კვანძები არის ნამდვილი თემოს კვანძები, რომლებიც არსებითად წარმოადგენს კვანძებს, საერთო თემოს არტერიების ბიფურკაციის ქვემოთ.

## **სათესლე ჯირკვალი**

მუცლის პარააორტული (პერიორტული), პრეორტული, ინტერაორტოკავალური, პრეკავალური, პარაკავალური, რეტროკავალური, ანდრეტროაორტული კვანძები და კვანძები სათესლე ჯირკვლის ვენის გასწვრივ

მენჯის შიგნითა და საზარდულის კვანძები ითვლება რეგიონალურად სკროტალური ან საზარდულის ოპერაციის შემდეგ

### **თირკმელი**

თირკმლის კარის, მუცლის პარააორტული და პარაკავალური ლიმფური კვანძები მენჯის შიგნითა კვანძები (მხოლოდ შარდსაწვეთისთვის)

### **შარდის ბუშტი**

რეგიონალური ლიმფური კვანძები არის ნამდვილი თემოს კვანძები, რომლებიც არსებითად წარმოადგენს კვანძებსთემოს საერთო არტერიების ბიფურკაციის ქვემოთ.

### **შარდსაწვეთი (ურეთრა)**

საზარდულის და მენჯის კვანძები

### **ქუთუთოს კარცინომა**

### **კონიუნქტივის კარცინომა**

### **კონიუნქტივის ავთვისებიანი მელანომა**

### **უვეალური ტრაქტის (ქორიოდის) ავთვისებიანი მელანომა**

### **რეტინობლასტომა**

### **ორბიტის სარკომა**

### **საცრემლე ჯირკვლის კარცინომა**

პრეაურიკულარული, სუბმანდიბულარული (ქვედა ყბის) და ცერვიკალური ლიმფური კვანძები.

### **ტვინი**

### **ჰოჯკინის დაავადება და არაჰოჯკინის ლიმფომა**

არ არის კლასიფიცირებადი TNM-ის მიხედვით

დანართი 3. კონფიდენციალურობის ხელშეკრულების ფორმის ნიმუში

[ორგანიზაციის ლოგო]

კონფიდენციალურობის ხელშეკრულება

მე, \_\_\_\_\_, თანხმობას ვაცხადებ შემდეგზე:

გავეცანი და ვაცნობიერებ [რეგისტრის სახელწოდება]-ის კონფიდენციალურობის პოლიტიკას.

ვაცნობიერებ, რომ, შესაძლოა, შეხება მქონდეს კონფიდენციალურ ინფორმაციასთან [რეგისტრის სახელწოდება]-ში მუშაობის დროს. [რეგისტრის სახელწოდება]-ში სამსახურეობრივი ვალდებულებების ფარგლებში, მე ვიღებ ვალდებულებას, რომ მკაცრად დავიცავ ჩემს ხელში გავლილი ნებისმიერი პაციენტის (ცოცხალი ან გარდაცვლილი), კლიენტის, თანამშრომლის ან სხვა ორგანიზაციის შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალურობას, [რეგისტრის სახელწოდება]-ში მუშაობის დროს. ამას განვახორციელებ [რეგისტრის სახელწოდება]-ის კონფიდენციალურობის პოლიტიკისა და მოქმედი კანონმდებლობის, მათ შორის, იმ კანონების შესაბამისად, რომლებიც მოითხოვს სავალდებულო ანგარიშგებას.

ასევე, თანახმა ვარ, რომ არასოდეს წავშალო რაიმე სახის კონფიდენციალური მასალა [რეგისტრის სახელწოდება]-დან, თუ არ მექნება მონიჭებული უფლებამოსილება, ჩემი მოვალეობების ფარგლებში ან ამის შესახებ [რეგისტრის დირექტორის] მკაფიო ნებართვა ან მითითება.

\_\_\_\_\_ (პერსონალის სახელი და გვარი გარკვევით)

\_\_\_\_\_ (პერსონალის ხელმოწერა)

\_\_\_\_\_ (მოწმის ხელმოწერა)

დათარიღებულია \_\_\_\_\_, 2 \_\_\_\_\_



#### დანართი 4. ორდონიანი ავტორიზაცია

პერსონალურ მონაცემთა უკეთესი უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად, საქართველოს ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის ყველა მოდულში დაინერგა ახალი, ორდონიანი ავტორიზაცია. ეს იმას ნიშნავს, რომ პირველ ეტაპზე სამედიცინო დაწესებულების მენეჯმენტმა უნდა დაარეგისტრიროს პერსონალი „სისტემის მომხმარებლების“ მოდულში, რომელზეც წვდომა შესაძლებელია პორტალზე [ncdc.ge](http://ncdc.ge).

შემდეგი ნაბიჯი არის გარკვეულ მოდულში შესაბამისი როლის მინიჭება. შემდეგამ ადამიანმა უნდა გაიაროს ავტორიზაციის პროცესი და შეიყვანოს პირადი ნომერი, როგორც მომხმარებლის სახელი და აქტიური პაროლი. მხოლოდ ამ პროცესის წარმატებით განხორციელების შემთხვევაში, სისტემაში რეგისტრირებულ ტელეფონის ნომერზე გაიგზავნება 4-ნიშნა დამადასტურებელი კოდი, რომელიც მომხმარებელმა უნდა შეიყვანოს შესაბამის ველში, 2 წუთის განმავლობაში. მხოლოდ ამის შემდეგ, შეძლებს ის სისტემაში შესვლას.

ასეთი ავტორიზაციის პროცესი უნდა გაიაროს კიბოს ერთიანი საინფორმაციო სისტემის ნებისმიერმა მომხმარებელმა (სკრინინგი, კიბოს რეგისტრი ან ლაბორატორია.)

## დანართი 5. ახალი შემთხვევის რეგისტრაცია

ეს არის ინფორმაცია პაციენტის დარეგისტრირების შესახებ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ელექტრონულ მოდულში - კიბოს რეგისტრი.

1. გახსენით ვებ პორტალი portal.ncdc.ge და მოდულების ჩამონათვალიდან აირჩიეთ კიბოს რეგისტრი.
2. აუთენტიფიკაციის ველში – „მომხმარებელი“ ჩაწერეთ პირადი ნომერი (რომელიც უკვე დარეგისტრირებულია, როგორც სისტემის მომხმარებელი, კლინიკის მიერ) შემდეგ, შეიყვანეთ პაროლი. (თუ პაროლი არასწორია, ამ გვერდზე წარმოდგენილია პაროლის აღდგენის ბმული და ასევე, პაროლის შენახვის ღილაკი).
3. შემდეგ, მიიღებთ ოთხნიშნა კოდს ტელეფონის ნომერზე (რომელიც სისტემაში მითითებულია), კოდის დადასტურების შემდეგ, შეხვალთ კიბოს რეგისტრის ერთიან საინფორმაციო სისტემაში.
4. შეიყვანეთ პაციენტის პირადი ნომერი პირადი ნომრის ველში და შემდეგ, დააწკაპუნეთ ღილაკზე - Search (ძიება) პაციენტის საპოვნელად.

თუ პაციენტი დარეგისტრირებულია თქვენს კლინიკაში, შემდეგ სისტემაში შესვლას რედაქტირების ღილაკის საშუალებით. თუ პაციენტი რეგისტრირებულია სხვა კლინიკაში და თქვენს კლინიკას სხვადასხვა სამედიცინო პროცედურის ჩასატარებლად მომართა, ღილაკი, პატარა ყვითელი ბარათით, გამოჩნდება რედაქტირების ღილაკის გვერდით, მასზე დაწკაპუნების შემდეგ, გამოვა პატარა ფანჯარა „შეტყობინების გაგზავნა“, სადაც ნაჩვენები იქნება პაციენტის საკონტაქტო ნომერი; დააწკაპუნეთ კოდის გაგზავნის ფანჯარაზე და შემდეგ დაუკავშირდით პაციენტს, რომ გითხრათ მის მიერ მიღებული ოთხნიშნა კოდი. შეიყვანეთ კოდი და დაადასტურეთ. თუ შეიყვანთ პირად ნომერს, დააწკაპუნებთ ძიებაზე და ნახავთ, რომ პაციენტი არ არის რეგისტრირებული კიბოს რეგისტრში, გვერდზე გაჩნდება დამატების ღილაკი „+“, სადაც უნდა შეიყვანოთ დაბადების წელი, დააჭიროთ მწვანე ღილაკს Go (გადასვლა) და სისტემა აჩვენებს პერსონალურ ინფორმაციას პაციენტის შესახებ. წითელი \*-ით მონიშნული ველები სავალდებულოა. პირადი ინფორმაციის შეყვანის შემდეგ, დააჭირეთ ღილაკს -Save (შენახვა).

ბენეფიციარი:

პირადი ინფორმაცია ისტორია სკრინინგი კიბოს რეგისტრი ლაბორატორია

პირადი ინფორმაცია

მოქალაქე \* საქართველოს მოქალაქე

დაბ. წელი \*

პირადი № 01

სახელი \*

გვარი \*

ასაკი \*

სქესი \* გთხოვთ აირჩიოთ...

გამთავრება \* გთხოვთ აირჩიოთ...

სახეობრივად ადგილი \* გთხოვთ აირჩიოთ...

საქმიანობა/პროფესია \* გთხოვთ აირჩიოთ...

ეროვნება \* გთხოვთ აირჩიოთ...

იურიდიული მისამართი

რეგიონი \*

რაიონი \*

ქალაქი/სოფელი \*

მისამართი \*

დამატებითი ინფორმაცია

ტელეფონი \*

ელ. ფოსტა \*

საკონტაქტო გზა \* -გთხოვთ აირჩიოთ-

რეგისტრაციის სტატუსი \*

სოციალური სტატუსი \*

პაციენტის სტატუსი \*

C Hep \*

C Hep ჩატარების თარიღი \*

ფაქტობრივი მისამართი

რეგიონი \* გთხოვთ აირჩიოთ...

რაიონი \* გთხოვთ აირჩიოთ...

ქალაქი/სოფელი \* გთხოვთ აირჩიოთ...

მისამართი \*

5. პაციენტის პირადი ნომრის შეყვანის შემდეგ, შედით სისტემაში: პირველ გვერდზე მითითებულია პაციენტის პირადი ინფორმაცია - იურიდიული და ფაქტობრივი მისამართის ჩათვლით, შეავსეთ ყველა სავალდებულო ველი, რომელიც აღნიშნულია \*-ით.
6. შემდეგ, გადადით კიბოს რეგისტრში და დააწკაპუნეთ ღილაკზე Add (დამატება) ველში - „ახალი შემთხვევის დამატება“ ტოპოგრაფიის დასამატებლად.
7. ტოპოგრაფიის დამატების შემდეგ შეავსეთ ველები, შემთხვევის რეგისტრაციის განყოფილებაში.

1 მუშაობის რეგისტრაცია 2 სამუდამო ჩარევა 3 ლაბორატორია

შენახვის თარიღი 25.03.2019

უკან რეზიუმე

ტოპოგრაფია \* სარძევე ჯირკვავი

ტოპოგრაფია \* სარძევე ჯირკვავი, სხვაგვარად დაუზუსტებელი -C59.9

მიწოდება \* ინფლტორბადი სავანის კარკინომა, სხვაგვარად დაუზ.

მიწოდება(დამორატორული) \* გთხოვთ აირჩიოთ...

მევა \* 3 - ავთვისებიანი

მევა(დამორატორული) \* გთხოვთ აირჩიოთ...

დიფერენციალური ზარისხი \* გთხოვთ აირჩიოთ...

ასაკი დიაგნოზის დასმის დროს \* 44

T რეფი \* გთხოვთ აირჩიოთ...

N რეფი \* გთხოვთ აირჩიოთ...

M რეფი \* გთხოვთ აირჩიოთ...

სტადია \* I სტადია

მხარობა \* მარტენა

დიაგნოზის საფუძველი \* 7 პირველადი სიმსენის პიტუიტარია

ICD-O-3 \*

ICD10 \* C509

დიაგნოზის დასმის თარიღი \* 20.10.2015

8. გადადით ფანჯარაში სამედიცინო ჩარევა და მიუთითეთ ყველაჩარევა, რომელიც პაციენტს ჩაუტარდა.

სამედიცინო ჩარევა

სამედიცინო ჩარევის თარიღი *	<input type="text" value="18.12.2019"/>
პაციენტის ასაკი	<input type="text" value="48"/>
მკურნალობის ტიპი *	<input type="text" value="ქირურგიული მკურნალობა"/>
ნიმუშის გადაგემა ლაბორატორიაში *	<input type="text" value="კი"/>
ლაბორატორია, სადაც იგზავნება მასალა	<input type="text" value="გთხოვთ აირჩიოთ..."/>

9. ყველა ინფორმაციის შემდეგ დააჭირეთ ფანჯარაზე Save (შენახვა).
10. როდესაც შემთხვევა უკვე გახსნილია კიბოს რეგისტრში და გსურთ გარკვეული პროცედურის დამატება, სისტემაში შესვლისას გამოიყენეთ ღილაკი Edit (რედაქტირება), შემდეგ, დაამატეთ ინფორმაცია და დააჭირეთ ღილაკს Save (შენახვა).

## დანართი 6. ჰისტოლოგიური გამოკვლევის მონაცემთა შეტანა კიბოს რეგისტრში

1. გახსენით ვებგვერდი [portal.ncdc.ge](http://portal.ncdc.ge) და მოდულების ჩამონათვალიდან აირჩიეთ კიბოს რეგისტრი.
2. აუთენტიფიკაციის ველში – User (მომხმარებელი) ჩაწერეთ პირადი ნომერი (რომელიც უკვე დარეგისტრირებულია, როგორც სისტემის მომხმარებელი, კლინიკის მიერ), შემდეგ, შეიყვანეთ პაროლი. (თუ პაროლი არასწორია, ამ გვერდზე წარმოდგენილია პაროლის აღდგენის ბმული და ასევე, პაროლის შენახვის დილაკი).
3. შემდეგ, მიიღებთ ოთხნიშნა კოდს ტელეფონის ნომერზე (რომელიც სისტემაში მითითებულია), კოდის დადასტურების შემდეგ, შეხვალთ კიბოს რეგისტრის ერთიან საინფორმაციო სისტემაში.
4. თუ პაციენტი რეგისტრირებულია კლინიკის მიერ, ჩამონათვალში მითითებული იქნება მისი პირადი ნომერი, სახელი, გვარი, დაბადების თარიღი, ასაკი და კლინიკა.

ფილტრი

პირადი №      დაბადების თარიღი

გვარი      სკრინინგის ტიპი

ვიზიტის ტიპი      სტატუსი

ასაკი      დიაგნოზი      სამ.ჩარევა

კიბოს რეგისტრის პროვაიდერებისთვის შესაძლებელია მთავარი ცხრილიდან შე-ნ, სრული რეპორტის ჩამოტვირთვა ექსელში.

ამგვერდზე 10 ჩანაწერი      გეგმა:

პირადი N	სახელი	გვარი	დაბ. თარიღი	ასაკი	სტატუსი	პროვაიდერი
	ლევონ		18.11.1955	66		შპს "კლინიკური პათოლოგიის სამე...

თუ პაციენტი არ არის დარეგისტრირებული კლინიკის მიერ, ის უნდა დარეგისტრირდეს ზემოთ აღწერილი პროცედურის მიხედვით (იხ. „ინფორმაცია, თუ როგორ უნდა დარეგისტრირდეს პაციენტი დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ელექტრონულ მოდულში – კიბოს რეგისტრი.“) და მხოლოდ ამის შემდეგ, გააქტიურეთ უჯრა – “ლაბორატორია”.

5. ახალი პაციენტის რეგისტრაციის შემდეგ ან უკვე რეგისტრირებული პაციენტის შემთხვევაში, გააქტიურეთ დილაკი - Edit (რედაქტირება) (პიქტოგრამა – “კალამი“).

6. გამოჩნდება მხოლოდ ერთი ჩანაწერი.

ბენეფიციარი:                      - ნორა                     

პირადი ინფორმაცია    ისტორია    სკრინინგი    კიბოს რეგისტრი    **ლაბორატორია**

კიბო    სკრინინგი

არგენე  ჩანაწერი  მუბნა:

კლინიკის დასახელება	ლაბორატორიის დასახელება
<input type="text" value="შპს ქართულ - ჰოლანდიური ჰოსპიტალი"/> <input type="button" value="Q"/> <input type="button" value="E"/>	<input type="text" value="შპს 'კლინიკური პათოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი'"/>

ნაჩვენებია [1-1] ჩანაწერი 1-დან Previous 1 Next

7. ღილაკზე Edit (რედაქტირება) დაწკაპუნებით, გამოვა ლაბორატორიის მიერ შესავსებელი გვერდი.

პათოლოგიური რეპორტი - იესა მხოლოდ ლაბორატორიის მიერ

თარიღი *	<input type="text" value="16.12.2021"/>
ტოპოგრაფია *	<input type="text" value="50-სარბევე ჯირკვავალი"/>
ტოპოგრაფია *	<input type="text" value="სარბევე ჯირკვავალი, სხვაგვარად დაუზუსტებელი -C50.9"/>
მორფოლოგია *	<input type="text" value="ინფილტრირებადი სდილარის კარცინომა, სხვაგვარად ..."/>
ქვევა *	<input type="text" value="3 - აფიფსიზიანი"/>
დიფერენცირების ხარისხი *	<input type="text" value="G3 დაბალდიფერენცირებული"/>
დაინფიზის საფეხელი *	<input type="text" value="7 პირველადი სიმსენის ჰისტოლოგია"/>

პაციენტის ასაკი	<input type="text" value="50"/>
მსალის წყარო	<input type="text" value="კლინიკა"/>
დაწესებულება	<input type="text" value="შპს ს. ზურაბაშვილის სახელობის საენდოვრსიტეტო კლი..."/>
მსალა	<input type="text" value="ოპერაციული"/>
სიმსენის ზომები მმ	<input type="text" value="- 9"/>
სიმსენის გავრცელება სხვა ორგანოებში:	<input type="text" value="არ აღინიშნება"/>
გამოკვეთული ლიმფური კვანძების რაოდენობა	<input type="text" value="- 5"/>
მეტასტაზირებული ლიმფური კვანძების რაოდენობა	<input type="text" value="- 0"/>
რეზექციის კოდეზი	<input type="text" value="გლობიდი აირჩილი..."/>
რეზექციის კოდეზის მონომალური დამორბა სიმსენისაგან მმ	<input type="text" value="- 0"/>
ინფიზია:	<input type="text" value="გლობიდი აირჩილი..."/>
ინფიზის საღრმე მმ	<input type="text" value="-"/>
ვასკულური ინფიზია:	<input type="text" value="არ აღინიშნება"/>
პერიარტერული ინფიზია:	<input type="text" value="აღინიშნება"/>
ლომფანგიოინფიზია:	<input type="text" value="აღინიშნება"/>
PT ინფიქტი	<input type="text" value="1b"/>
PN ინფიქტი	<input type="text" value="0"/>
PM ინფიქტი	<input type="text" value="x"/>
გლისონის კლასიფიკაცია	<input type="text" value="გლობიდი აირჩილი..."/>

8. სავალდებულოა, წითელი ვარსკვლავით მონიშნული უჯრების შევსება.
9. თარიღზე დაწკაპუნების შემდეგ, გამოდის კალენდარი, სადაც ირჩევთ დიაგნოზის დასმის თარიღს.
10. ტოპოგრაფია (I ჩანაწერი) - ზოგადად, ეხება პროცესის ლოკალიზაციას (უნდა შეირჩეს ჩამონათვალიდან).
11. ტოპოგრაფია (II ჩანაწერი) - კონკრეტულად ეხება პროცესის ლოკალიზაციას (უნდა შეირჩეს ჩამონათვალიდან).
12. მორფოლოგია - შეიყვანეთ სიმსივნის აღმნიშვნელი ოთხნიშნა M კოდი. სისტემა ავტომატურად მიუთითებს სიმსივნის ტიპზე.
13. ქცევა – შეარჩიეთ ჩანაწერებიდან: 0, 1, 2, 3, 6, 9. ჩანაწერი 0, 1 ან 2 გამოიყენება მხოლოდ ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნეების რეგისტრაციის შემთხვევაში.
14. დიფერენციაციის ხარისხი - შეიძლება შეირჩეს 5 ჩანაწერიდან (G1, G2, G3, G4, G9).
15. დიაგნოზის საფუძველი - შეიძლება შეირჩეს 6 ჩანაწერიდან.
16. მასალის წყარო - შეიძლება შეირჩეს 2 ჩანაწერიდან.
17. მასალა - შეიძლება შეირჩეს 2 ჩანაწერიდან - ბიოფსია ან ქირურგიული ჩარევა. „ბიოფსიის“ არჩევის შემდეგ, შემთხვევა აღარ არის დაკონკრეტებული. საჭიროა მხოლოდ გლისონის ქულის მითითება, პროსტატის კიბოს შემთხვევაში. შეინახეთ შემთხვევა (პიქტოგრამა „ფლოპი დისკი“) და გამოდით სისტემიდან.
18. „ქირურგიული ჩარევის“ არჩევის შემთხვევაში, გამოჩნდება დამატებითი საინფორმაციო ფანჯრები, რომელთა შევსება საჭიროა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ გაქვთ დადასტურებული ინფორმაცია. წინასწარი ჩანაწერი უნდა შეირჩეს ყველა ფანჯარაში, ხოლო ზომისა და რაოდენობის მითითება შესაძლებელია ღილაკების „-“ და „+“ გამოყენებით.
19. მიუხედავად იმისა, რომ არ არის მონიშნული წითელი ვარსკვლავით, რეკომენდებულია pT, pN და pM ინდექსების შევსება (უნა შეირჩეს წინასწარ შეყვანილი ვარიანტებიდან).
20. და ბოლოს, შეინახეთ შეყვანილი ინფორმაცია (პიქტოგრამა „ფლოპი დისკი“), გადადით მთავარ გვერდზე და გამოდით სისტემიდან.