



ტკვილის მართვის ორგანიზაციული ბარიერები
კიბოს მკურნალობის პროცესში
(სპეციალობა- 0904 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვა)

ნათია შავდია
ხელნაწერის უფლებით

დისერტაცია შესრულებულია
საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

სამეცნიერო ხელმძღვანელი - ვასილ ტყეშელაშვილი,
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

თბილისი
2022 წელი

საავტორო უფლებები

სადოქტორო დისერტაცია თემაზე: "ტკვილის მართვის ორგანიზაციული ბარიერები
კიბოს მკურნალობის პროცესში",

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ავტორი - ნათია შავდია

ნათია შავდია © თბილისი, 2022

ანოტაცია

სამედიცინო ბარათებით, 354 კიბოს მქონე პაციენტიდან, მკურნალობის დროს, ტკვილი ჰქონდა 39%-ს ($p<0.001$), იგივე პაციენტთა გამოკითხვით კი - 66.4%-ს ($p<0.001$); ამრიგად, ექიმები სრულად არ აფიქსირებდნენ ტკვილის ყველა შემთხვევას. ტკვილის სიმძლიერე დაუდგინდა მხოლოდ 58,7%-ს ($p<0.001$), რაც ეფუძნებოდა ექიმთა გამოცდილებას (99.1%). დანიშნული ანალგეტიკებით ტკვილი მოეხსნა 25.4%-ს; იგივე პაციენტებს საშუალო და ძლიერი ტკვილი დაუდგინდა 75.3%-ში, ხოლო ოპიოიდები დაენიშნა 9.6%-ს და ისიც, ინკურაბელობის ფაზაში ($p<0.001$); ტკვილის მართვის ინდექსი იყო 29.4%. პროსპექტული კვლევით ტკვილი ჰქონდა 62.7%-ს ($p<0.001$), რომელთაგანაც საშუალო/ძლიერი ტკვილი ჰქონდა 73.9%-ს, ხოლო ოპიოიდი დაენიშნა მხოლოდ 14.6%-ს ($p<0.001$); ტკვილის მართვის ინდექსი იყო 36.9%. ტკვილი 43.7%-ში კავშირში იყო ქიმიოთერაპიისასთან; ტკვილის სინდრომი ქიმიოთერაპიის დროს უპირატესად გრძელდებოდა 2-3 დღე - 46.4%-ში, ხოლო 1 კვირამდე - 18.7%-ში ($p<0.001$). მკურნალობის დამთავრებიდან 1 თვეში ტკვილი მოეხსნა 49,8%-ს. ამ პერიოდში გარდაცვლილი 31 პაციენტიდან 90%-ს ჰქონდა ტკვილი. მკურნალობის დროს ტკვილის მართვის დაბალი ინდექსი კავშირში იყო პაციენტებთან, ექიმებთან და ოპიოიდების მოხმარების რეგულირებასთან. პაციენტებთან ასოცირებული ბარიერები: 33.6% ექიმებს არ უმხელდნენ ტკვილს ($p<0.001$); 22.7% ეწეოდა თვითმკურნალობას ($p<0.001$); 20% უარს ამბობდა მორფინით ტკვილის მართვაზე, 26% - „არ იცოდა“ გაიკეთებდა თუ არა; 13.6%-ს ეშინოდა დამოკიდებულების; 6.4% - ამბობდა, რომ „კიბო არ ჰქონდა“ ($p<0.001$). 28.4%-ში ტკვილის დროს ოპიოიდების დანიშვნის წინააღმდეგი იყო პაციენტის ოჯახი ($p<0.001$). ექიმებთან ასოცირებული ბარიერები: ტკვილის სიხშირის არასრული (41.7%-ით) ფიქსაცია, მისი სიმძლიერის ექიმის აღქმით შეფასება (58,7%), ტკვილის სიმძლიერის რიცხოვრივი შკალით არ შეფასება (99.1%); საშუალო/ძლიერი ტკვილის ოპიოიდით მართვის დაწყება ინკურაბელობის დროს (100%), პაციენტებისთვის ტკვილზე კითხვის არ დასმა (21.7%) და ტკვილის მართვის შესახებ ინფორმაციის არ მიწოდება (99.2%). ოპიოიდების მოხმარების ბარიერები: II კლინიკური ჯგუფი (97.7%), რომელიც მკურნალობისას კრძალავს ტკვილის ოპიოიდებით მართვას; კანონქვემდებარე აქტი, რომლითაც ოპიოიდებით მართვა შეიძლება მხოლოდ უკურნებელი და ტერმინალური ფაზის პაციენტებისთვის, საჭიროა კანონქვემდებარე აქტის ნარკოტიკულ საშუალებებზე 1961 წლის ერთიანი კონვენციის რჩევებისა და საერთაშორისო სტანდარტების (2013) ეროვნული კანონებთან ჰარმონიზაცია, რომელიც ტკვილის მართვის სამედიცინო ჩვენებებს დაეფუძნება.

ავტობიოგრაფია

მე, ნათია შავდია დავიბადე 20.03.1987 წელს, ქ.თბილისში, მოსამსახურეების ოჯახში. მამა მიხეილ შავდია - ონკოლოგი, პროფესორი; დედა - დარეჯან შავდია - ოჯახის ექიმი; და - ნია შავდია - ონკოლოგი; ძმა - დავით შავდია - ეკონომისტი; მეუღლე - კახა კვირიკაშვილი - ფინანსისტი და ორი შვილი.

სწავლა. 1994 წელს სწავლა დავიწყე თბილისის #53-ე საჯარო სკოლაში, რომელიც დავამთავრე 2004 წელს. 2004 წელს ჩავირიცხე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ფსიქო-სომატურ ფაკულტეტზე; 2007 წლიდან - გადავედი თსუ-ის სამკურნალო ფაკულტეტზე; დავამთავრე 2010 წელს და მივიღე ზოგადი პროფილის ექიმის კვალიფიკაციის დიპლომი. 2017 წ., ჩავირიცხე საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტურანტურაში; იმავე წელს დამიმტკიცდა საკვალიფიკაციო ნაშრომი "ტკივილის მართვის ბარიერები კიბოს მკურნალობის პროცესში", რომელიც დასრულებული სახით წარმოვადგინე წინამდებარე ნაშრომში.

ტრენინგები. 29/07–18/08/2006 წლის ბულგარეთში, ქ.ვარნაში გავიარე საზაფხულო პრაქტიკა შინაგან მედიცინასა და ქირურგიაში საუნივერსიტეტო ჰოსპიტალში "სენტ მარინაში" პ.სტოიანოვის ხელმძღვანელობით. 2008-2011 წწ. "International House"-ში გავიარე ინგლისური ენის შემსწავლელი კურსი; 2011 წელს გავიარე საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანდაცვის მენეჯმენტის სასერტიფიკაციო სამ თვიანი კურსი: „ჯანდაცვის ადმინისტრირებისა და დაზღვევის მიმართულებით“; მისი დამთავრების შემდეგ მივიღე სერტიფიკატი; 2012 წელს გავიარე საქართველოს უნივერსიტეტის სასერტიფიკაციო 3 თვიანი კურსი „თანამედროვე ჰოსპიტლების მენეჯმენტი“, მივიღე სერტიფიკატი; 9/16/2022 წ., - ტუფსის უნივერსიტეტის მედიცინის სკოლის უწყვეტი განათლების მოდული „ინტეგრირებული მიდგომები ქრონიკული ტკივილის მართვაში“, მომენიჭა AMA PRA-ს I ხარისხის 1 ქულა; 09/23/2022 - ამერიკის ოჯახის ექიმები აკადემიის მოდული: Chronic Pain: From Conflict to Collaboration; მომენიჭა AMA PRA-ს I ხარისხის 1 ქულა;

საერთაშორისო კონფერენციები/კონგრესები: Internat. Society of Exposure Analysis. 4th Annual Conference, Abstract, Philadelphia, USA, 17-21 October, 2004; IV съезда онкологов радиологов СНГ, 28.IX-01.X. 2006. Баку, 2006; IV конгресса онкологов стран Южного Кавказа, Тбилиси, 18-19.X, 2007; 2nd Inter.Conference in Palliative Care. Palliative Care Different Culturs.March, 2008. Eilat, Israel; 5th World Congress of pain held in New York march

13-16 2009; Black Sea Countries Conference 2009 partnership for Breast and Cervical Cancers Prevention. September 10-11 2009 Batumi, Georgia; Joint ECCO 15-34th Multidisciplinary Congress, September 2009; Pain in Europe 7th Congress of the Federation of IASP chapters held in Hamburg, Germany, Septem., 21-24. 2011; The 7th Congress of the Europ. federation of IASP chapters has been accredited by the European Accreditation council of Medical Education to provide the following GCP training 10/4/2018 Tbilisi, Georgia; Academy on pain and gout 1 June, 2018 Georgia, Tbilisi. A Scientific program, Modern Aspects of pain management; Pain in Europe the 11th Congress of the Europ. Pain Federation EFIC 4-7 Septem., 2019 in Valencia, Spain; Students national all-free online conference - 2021, Health and Well-being of the Society-Present Challenges and Vision for the Future With presentation on topic - Regulatory Barriers to Accessibility of Opioids for Cancer Pain In Georgia. April 28-30, 2021; Interventional Pain Istanbul Virtual Symposium Series III. 26 March 2021, Ankara, Turkey; XI. World Congress of Pain Budapest, Hungary, 25-27/08/2022 has been accredited by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education for a maximum of 17 European CME credits;

პუბლიკაციები: 41 ნაშრომი, რომლებიც პრეზენტირებულია და გამოქვეყნებულია სხვადასხვა ქვეყანაში. შრომების უმრავლესობა ეხება ქრონიკული ტკივილის მენეჯმენტს. 24 შრომა შესრულებულია უცხო ენებზე; 20 - გამოქვეყნებულია იმფაქტ-ფაქტორის მქონე ჟურნალში, 14 შრომა ეძღვნება სადისერტაციო ნაშრომს.

პროფესიული გამოცდილება: 2011-2013 წლებში ვმუშაობდი სამედიცინო ცენტრ "ციტო"-ში სტომატოლოგიური და პედიატრიული კლინიკის მენეჯერად; 2013 წელს - ენდოკრინოლოგიური კლინიკის მენეჯერად; 2014-2016 წლებში - ჰოლდინგ „გლობალმედ ჯორჯია“-ს მენეჯერად; საზღვარგარეთ მკურნალობის ცენტრის კოორდინატორად. სამედიცინო წარმომადგენლების ჯგუფის მენეჯერად (გაყიდვების დეპარტამენტი); 2017-2018 წლებში იმუნო-ქიმიოთერაპიული კლინიკა "ნეო-მედი“-ს - კლინიკური კვლევის კოორდინატორად; 2019 წელი – კლინიკური ონკოლოგიის ინსტიტუტის სამედიცინო ხარისხის კონტროლის და დოკუმენტაციის ანგარიშგების მენეჯერი.

მადლიერების გამოხატვა

მადლობას ვუხდით საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების
სკოლას,

ჩემს ხელძღვანელს პროფ. ვასილ ტყეშელაშვილს

სარჩევი

| | |
|---|-----|
| შესავალი | 11 |
| თავი 1. ლიტერატურის მიმოხილვა: | |
| კიბოსმიერი ტკვილის სიხშირე და მისი მართვის ბარიერები..... | 20 |
| 1.1. ზოგადი მიმოხილვა..... | 20 |
| 1.2. პაციენტებთან დაკავშირებული ბარიერები..... | 23 |
| 1.3. სამედიცინო პერსონალთან დაკავშირებული ბარიერები..... | 27 |
| 1.4. ოპიოდების მარეგულირებელ დოკუმენტებთან ასოცირებული ბარიერები..... | 35 |
| 1.4.1. ოპიოდების მარეგულირებელ დოკუმენტები სხვადასხვა ქვეყნებში..... | 35 |
| 1.4.2. ოპიოდების მარეგულირებელი დოკუმენტები ყოფილ საბჭოთა კავშირში | 38 |
| თავი 2. კვლევის მასალები და მეთოდები..... | 41 |
| 2.1 კიბოთი ავადობის კვლევის მასალები და მეთოდები..... | 41 |
| 2.2. რეტროსპექტული კვლევის სამიზნე ჯგუფები და მეთოდები..... | 44 |
| 2.3. პროსპექტული კვლევის სამიზნე ჯგუფები და მეთოდები..... | 47 |
| 2.4. ქრონიკული ტკვილის შეფასების ინსტრუმენტები..... | 49 |
| 2.5. ოპიოდების მოქმედი მარეგულირებელი დოკუმენტები საქართველოში..... | 50 |
| თავი 3. კიბოს ეპიდემიოლოგიური დახასიათების კვლევის შედეგები..... | 52 |
| 3.1.1. კიბოს ზოგადი ეპიდემიოლოგიური დახასიათება საქართველოში..... | 52 |
| 3.1.2. კიბოთი ინციდენტობა 2015-2019 წლებში, მამაკაცთა მოსახლეობაში, თბილისსა და რეგიონებში..... | 55 |
| 3.1.3. კიბოთი ინციდენტობა 2015-2019 წლებში, ქალთა მოსახლეობაში, თბილისსა და რეგიონებში..... | 65 |
| 3.2. დიაგნოსტირებული კიბოს კლინიკური სტადიები, 2015-2019 წლებში, თბილისსა და საქართველოს რეგიონების მოსახლეობაში..... | 75 |
| 3.3. კიბოს ხუთწლიანი გადარჩენადობა საქართველოში..... | 87 |
| 3.4. კიბოს მკურნალობის მეთოდები საქართველოში | 92 |
| თავი 4. ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკვილის რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის შედეგები..... | 95 |
| 4.1. ტკვილის სიხშირე ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში (სამედიცინო ბარათებით)..... | 95 |
| 4.2. ტკვილის სიხშირე ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში (ტელეფონით გამოკითხვებში)..... | 103 |

| | |
|--|-----|
| 4.3. ტკვილის სიძლიერე და მართვა, ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში (ტელეფონით გამოკითხვებში)..... | 114 |
| 4.4. კიბოს მქონე პაციენტთა გამოკითხვის შედეგები ტკვილის შესახებ, ექიმთან ვიზიტისას (პროსპექტული კვლევა)..... | 130 |
| 4.5. პაციენტებთან ასოცირებული კიბოსმიერი ტკვილის მართვის ბარიერები..... | 146 |
| 4.6. ექიმებთან ასოცირებული კიბოსმიერი ტკვილის მართვის ბარიერები..... | 157 |
| 4.7. ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკვილის რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის შედეგების შედარება | 166 |
| თავი 5. ოპიოიდების რეგულირება საქართველოში | 175 |
| 5.1. სამედიცინო ოპიოიდების მოხმარება საქართველოში..... | 175 |
| 5.2. სამედიცინო ოპიოიდების მოქმედი მარეგულირებელი დოკუმენტები..... | 180 |
| კვლევის შედეგები და მტკიცებულებები..... | 190 |
| დასკვნები | 201 |
| პრაქტიკული რეკომენდაციები..... | 205 |
| გამოყენებული ლიტერატურა..... | 207 |
| დანართი..... | 217 |

ნაშრომში გამოყენებული შემოკლებები, ტერმინები და აბრევიატურები

- ჯანმო - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია;
- გაერო - გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია;
- INCB - ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭო;
- UICC (Geneva) - კიბოს წინააღმდეგ ბრძოლის საერთაშორისო კავშირი;
- IARC (Lyon) - კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტო;
- ENCR (Lyon) - კიბოს რეგისტრთა ევროპის ქსელი;
- ESMO - ევროპის სამედიცინო ონკოლოგიის საზოგადოება;
- ლანცეტის კომისია - ლანცეტის კომისია პალიატიური მზრუნველობაზე;
- NCDC - დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი;
- NCI - აშშ-ის კიბოს ეროვნული ინსტიტუტი;
- რეტროსპექტრული კვლევა - შეისწავლება წარსულში მომხდარ ამბები;
- პროსპექტრული კვლევა - შეისწავლება ამჟამად მიმდინარე ამბები;
- ECOG Performance Status - ჯანმრთელობის ფუნქციური სტატუსის შეფასების შკალა;
- PMI (ტმი) - ტკვილის მართვის ინდექსი - ქრონიკული ტკვილის მართვის ეფექტურობის შესაფასებელი;
- NRS – ტკვილის რიცხოვრივი შეფასების შკალა - ტკვილის შეფასების ინსტრუმენტი;
- VAS - ვიზუალური ანალოგიის შკალა - ტკვილის შეფასების ინსტრუმენტი.
- ტკვილის მართვის სამსაფეხურიანი კიბე - ტკვილის სიძლიერის მიხედვით დასანიშნი ანლგეზიური საშუალებები;
- აასს - არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალება;
- მწვავე ტკვილი – ტკვილი, რომლის ხანგრძლივობა 1 კვირაზე ნაკლებია;
- ქრონიკული ტკვილი – ტკვილი, რომლის ხანგრძლივობა 3 თვეს აღემატება; საბაზისო ტკვილი - მუდმივი ხასიათის ტკვილი;
- წამლის „დამხმარე (დამატებითი) დოზა - საბაზისო ტკვილის „საბაზისო დოზით“ მართვის ფონზე ტკვილის შეტევების მართვისათვის დანიშნული დამხმარე დოზა;
- კლინიკური ჯგუფი - როცა ონკოლოგიური პაციენტი მიჩნეულია განუკურნებლად და მხოლოდპალიატიურ მზრუნველობას საჭიროებს;
- ესენციური წამლები - სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი, აუცილებელი წამლები;
- Crude Rate - ავადობისა და გარდაცვალების უხეში მაჩვენებელი;

Age-Specific Rate - ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი;

Age-Standardized Rate – ASR - ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი;

95% CI ASR - ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი;

Age-Adjusted Rate- AAR - ასაკით კორექტირებული მაჩვენებელი;

95% CI AAR - ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი;

Standardized Rate Ratio- SRR - სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება;

95% CI SRR - სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი;

Cumulative Risk-CR - კუმულაციური რისკის მაჩვენებელი;

95% CICR - კუმულაციური რისკის (CR64, CR74) მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი;

Odds Ratio- OR - შანსთა თანაფარდობის მაჩვენებელი;

95% CI OR - შანსთა თანაფარდობის მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი;

გადარჩენის მაჩვენებელი - პაციენტების პროცენტულ რაოდენობა, რომლებიც

მკურნალობის შედეგად გადარჩნენ დაინტერესებული პერიოდის ბოლომდე (მაგ.,

ხუთწლიანი პერიოდი).

შესავალი

პრობლემის აქტუალობა, კვლევის საკითხები:

ონკოლოგიური დაავადებების გავრცელების მასშტაბურობის მიუხედავად (1), ბოლო დროს აღინიშნება კიბოს სიკვდილიანობის (1991-2016 წწ.) (2) და ინციდენტობის (2006-2015) კლება გადარჩენადობის ზრდის ფონზე (3); თუმცა, ტკვილის სიხშირე არ მცირდება (17), რომელიც მკურნალობის დროს შეადგენს 55%-ს, მისი დასრულების შემდეგ კი - საშუალო/ძლიერი ტკვილი 1/3-ზე მეტს რჩება (18,19); ეს საგანგაშო მდგომარეობაა, რადგან ტკვილი მოქმედებს კიბოს მკურნალობის ეფექტურობაზე (5,6), ადამიანის ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ, სულიერ სტატუსზე (7,9), ძილზე, განწყობაზე, ცხოვრების ხარისხზე (10,11,12); 2020 წლის World Cancer Report-ის თანახმად, კიბოს მქონე პაციენტთა გადარჩენადობის ზრდასთან ერთად, გაიზრდება ქრონიკული ტკვილიც. განვითარებად ქვეყნებში კიბოს მკურნალობის დროს ხშირია ტკვილის არასწორი მართვა, მიზეზად აღიარებულია პრევენციული სტრატეგიების დეფიციტი, სიღარიბე, განათლება, ექიმების ცოდნისა და ჯანდაცვის სისტემის ნაკლოვანებები, ოპიოიდების მოხმარებაზე სტიგმა (43); შედეგად, განვითარებად ქვეყნებზე (7) მთელ მსოფლიოში მოხმარებული სამედიცინო ოპიოიდების მხოლოდ 5% მოდის და კიბოს სიკვდილიანობის - 70% (117) აღნიშნული ასპექტების აქტუალობიდან გამომდინარე, საქართველოში (იყო განვითარებული), რომელიც ნაწილობრივ საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის გაგრძელებაა (უფროსი თაობის ექიმთა ჩათვლით), ნაწილობრივ კი - დასავლური მედიცინის (ექიმთა განათლებით), შეიქმნა განსხვავებული *ჯანდაცვის სისტემა, სადაც მნიშვნელოვანია კიბოს მკურნალობის დროს ტკვილის სიხშირისა და მართვის ბარიერების გამოვლენა. ამისთვის საჭიროა შემდეგი საკითხების შესწავლა:*

1. საქართველოში კიბოს ინციდენტობის დადგენა კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მონაცემთა ბაზის გამოყენებით;
2. არქივში დაცული სამედიცინო ბარათებიდან ნამკურნალებ კიბოს მქონე პაციენტებში მკურნალობის პროცესში ტკვილის სიხშირის, მისი სიძლიერის, დანიშნულების ადეკვატურობისა და მართვის ეფექტურობის შესწავლა, აგრეთვე იგივე საკითხების დაზუსტება იმ პაციენტთა სტატუსთან გამოკითხვით, ვიზუალურად შევსებული იყო სამედიცინო ბარათი;
3. ონკოლოგთან ვიზიტის დროს ონკოლოგიურ პაციენტთა აქტიური გამოკითხვა ტკვილის არსებობის, მისი სიძლიერის, დანიშნული ანალგეზიური საშუალებებისა და მიღებული შედეგის შესახებ, ასევე ოჯახის წევრების მასზე გავლენის, საჭიროების

შემთხვევაში, ოპიოიდებით მკურნალობისადმი მათ დამოკიდებულებასა და სხვა საკითხებზე;

4. საქართველოში ოპიოიდების მარეგულირებელი დოკუმენტების შესაწავლა და ანალიზი;

კვლევის ჰიპოთეზა:

საკვლევი საკითხების კვლევა შესაძლებელს გახდის კიბოს მკურნალობის პროცესში ტკვილის ადეკვატური მართვის ბარიერების გამოვლენას, საგანმანათლებლო პროგრამების შექმნას, ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის გაზრდას, ბარიერების აღმოფხვრის დაგეგმვას - ტკვილის დროულ იდენტიფიცირებას, სწორ შეფასებასა და ადეკვატურ მართვას, რაც ათასობით პაციენტს ტკვილის ტვირთს - ტანჯვა-წამებას შეუმსუბუქებს,

კვლევის მიზანი:

კიბოს მკურნალობის პროცესში ტკვილის მართვის ორგანიზაციული ბარიერების იდენტიფიცირება და მათი აღმოფხვრის პრევენციული ღონისძიებების შემუშავება.

ამისთვის საჭიროა შემდეგი ამოცანების გადაწყვეტა:

1. კიბოს ინციდენტობის შედარება და დახასიათება 2015-2019 წლებში საქართველოში;
2. ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში, ტკვილის სიხშირის დადგენა, შეფასება და მართვის ეფექტურობის განსაზღვრა;
3. პაციენტებთან ასოცირებული ტკვილის მართვის ბარიერების გამოვლენა;
4. ექიმებთან ასოცირებული ტკვილის მართვის ბარიერების გამოვლენა;
5. ოპიოიდების რეგულირებასთან ასოცირებული ბარიერების დადგენა.

სამიზნე ჯგუფები, კვლევის ინსტრუმენტი და მეთოდები:

შესწავლილი იქნა შემდეგი სამიზნე ჯგუფები:

კიბოს ინციდენტობის შესწავლის მიზნით, საქართველოში, გაანალიზდა კიბოს პოპულაციური რეგისტრის 5 წლის (2015-2019) მონაცემთა ელექტრონული ბაზა (NCDC) კიბოს 52,178 რეგისტრირებული შემთხვევის შესახებ. შესწავლილი იქნა 5 წლის მონაცემები კიბოთი ავადობის შესახებ თბილისში და რეგიონებში, მამაკაცთა და ქალთა პოპულაციებში კიბოს ლოკაციებისა და პაციენტთა საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით. ინციდენტობის აბსოლუტური რაოდენობის მიხედვით, დესკრიპტული ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდებით, გაანგარიშდა სტანდარტიზებული

მაჩვენებლები და დადგენილი იქნა კიბოთი ავადობის, 5 ძირითადი სტრუქტურა, სქესის მიხედვით, საქართველოში. მონაცემთა ბაზები დამუშავდა სტატისტიკურად პროგრამული პაკეტის Microsoft Excel-ის გამოყენებით. ჩატარდა დესკრიპტიული ეპიდემიოლოგიური კვლევა კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (IARC, Lyon), კიბოს რეგისტრთა საერთაშორისო ასოციაციის (IACR, Lyon), კიბოს რეგისტრთა ევროპის ქსელის (ENCR, Lyon) და კიბოს წინააღმდეგ ბრძოლის საერთაშორისო კავშირის (UICC, Geneva) მიერ რეკომენდებული მეთოდიკით (აჰლბომ ა., ნორელ ს. / Ahlbom A., Norell S., 1984; ბოილ პ., პარკინ დ / Boyle P., Parkin D.M., 1988; გარდის ლ., / Gardis L., 2004; ფოს ფ., ფაინ დ., / Fos P., Fine D., 2005; აგოსტინა რ., / Agostina R. et al., 2006; ბჰოპალ რ. / Bhopal R., 2008). მიღებული სტატისტიკური მაჩვენებლები წარმოდგენილია ცხრილების სახით, ხოლო პროგრამული პაკეტის PowerPoint-ის საშუალებით გამოსახული იქნა გრაფიკულად. გამონაგარიშებული იქნა შემდეგი სტატისტიკური მაჩვენებლები:

1. ავადობისა და გარდაცვალების უხეში მაჩვენებელი (Crude Rate);
2. ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი (Age-Specific Rate);
3. ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Age-Standardized Rate - ASR);
4. ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI ASR);
5. ასაკით კორექტირებული მაჩვენებელი [Age-Adjusted Rate- AAR];
6. ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI AAR);
7. სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (Standardized Rate Ratio- SRR);
8. სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI SRR);
9. კუმულაციური რისკის მაჩვენებელი (Cumulative Risk-CR);
10. კუმულაციური რისკის (CR64, CR74) მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI CR);

კიბოს პოპულაციური რეგისტრის 5 წლის (2015-2019) მონაცემთა ელექტრონული ბაზის საფუძველზე შესწავლილი იქნა კიბოს გადარჩენადობის 5-წლიანი მაჩვენებლები (პირდაპირი გაანგარიშების გზით) და საქართველოში ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის მეთოდები ძირითადი ლოკაციის სიმსივნეებისთვის.

კიბოსმიერი ტკვილის მართვის მდგომარეობის დასადგენად, შემუშავებული კითხვარით (იხ. დანართი 7) რეტროსპექტულად შესწავლილი იყო საქართველოს 6

კლინიკის არქივში დაცული 354 კიბოს გამო ნამკურნალები პაციენტის სამედიცინო ბარათი; შემდგომში, ბარათების მფლობელი პაციენტები გამოიკითხენ სპეციალური კითხვარით (იხ. დანართი 8) ტელეფონის დახმარებით; მიღებული შედეგებით შეიქმნა მონაცემთა ელექტრონული ბაზა dBase N1, რომელიც დამუშავდა პროგრამული პაკეტის SPSS-ის საშუალებით.

კიბოს მქონე პაციენტების მკურნალობისას ტკვილის იდენტიფიცირებისა და სიძლიერის შესაფასებლად, სხვადასხვა კლინიკაში პროსპექტულად შესწავლილი იყო ექიმთან მიღების დროს 354 პაციენტი, რომლებიც გამოიკითხენ სპეციალურად შემუშავებული კითხვარი 2-ით (იხ. დანართი 9); მიღებული შედეგები გადამოწმდა კითხვარი 4-ით (იხ. დანართი 10). მიღებული მონაცემების საფუძველზე შეიქმნა მონაცემთა ელექტრონული ბაზა dBase N2, რომელიც დამუშავდა პროგრამული პაკეტის SPSS-ის საშუალებით.

კვლევის შედეგების სამეცნიერო სიახლე და პრაქტიკული ღირებულება:

ონკოლოგიის მიმართულებით საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის დარგში, სამეცნიერო კვლევით, მტკიცებულებებზე დაფუძნებით მიღებულ იქნა ახალი, სრულყოფილი ცოდნა, კერძოდ:

1. სტანდარტიზებული ინდიკატორებით დადგენილი იქნა კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა და 5 ძირითადი ლოკაციის სარანგო ადგილი 2015-2019 წლებში საქართველოში, რეგიონებში და თბილისში მამაკაცთა და ქალთა პოპულაციებში. 2008 წლის იგივე მონაცემებთან შედარებით დადგინდა, რომ მოსახლეობის რაოდენობის შემცირების მიუხედავად, იზრდება ავადობის მაჩვენებელი ყველა ლოკაციის კიბოსთვის;
2. პირველად იქნა დადგენილი, რომ 2015-2019 წლებში საქართველოს მოსახლეობის ორივე სქესში კიბოს დიაგნოსტიკა ნულოვან სტადიაში იყო მიზერული (0.2%). შემთხვევათა ნახევარზე მეტი დიაგნოსტიკებული იქნა III-IV სტადიაში. საყურადღებო კიბოს ვერიფიკაციის ყველაზე მაღალი სიხშირე IV კლინიკურ სტადიაში.
3. 2015-2019 წლებში საქართველოს მოსახლეობის ორივე სქესში, კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მიერ, სულ რეგისტრირებული იქნა 35 ლოკაციის კიბოს 52,179 შემთხვევა, მათ შორის უცნობი და არამკაფიოდ განსაზღვრული ლოკაციების 989 შემთხვევა, მათგან 737 (74.5%) - IV სტადიაში. პირველად იქნა დადგენილი, რომ კიბოს ლოკაციებიდან IV სტადიაში დიაგნოსტიკების ყველაზე მაღალი სიხშირეები აღინიშნა ღვიძლის (64.8%), პანკრეასის (61.6%), ფილტვის (61.2%), ნაღვლის ბუშტის (51.2%), კუჭის (43.8%), ძვალ-

სახსროვანი სისტემის (43.5%), წვრილი ნაწლავისა (42.0%) და რეტროპერიტონეუმის (41.5%) კიბოს დროს.

4. პირველად იქნა დადგენილი, რომ 2015-2019 წწ.-ში საქართველოს მოსახლეობის ორივე სქესში კიბო I სტადიაში დიაგნოსტირებული იქნა შემთხვევათა 22.1%-ში, II-18.5%-ში, III - 19.7%-ში, IV-24.1%-ში. რეგიონებიდან მაღალი სიხშირით IV სტადიაში კიბო დიაგნოსტირებული იქნა გურიაში (ASR=56,2‰; AAR=85.7‰; CR₆₄=3.6. CR₇₄= 6.4), თბილისში (ASR=54,2‰; AAR=79.2‰; CR₆₄=3.2; CR₇₄= 6.5), აჭარაში (ASR=54,2‰; AAR=79.2‰; CR₆₄=3.4; CR₇₄= 5.7), რაჭა-ლეჩხუმში (ASR=46,2‰; AAR=75.5‰; CR₆₄=2.9; CR₇₄= 5.2, სამეგრელო-ზემო სვანეთში (ASR=43,0‰; AAR=62,9.5‰; CR₆₄=2.9; CR₇₄= 5.1).
5. გამოვლენილი იქნა გარემოება, რომ კიბოს პოპულაციური რეგისტრი ონკოლოგიურ პაციენტებში დღემდე არ არეგისტრირებს ტკვილის სინდრომის შემთხვევებს, მათ ხარისხს და არ უწევს Follow-up მონიტორინგს. ასევე არ რეგისტრირდება კლინიკური ჯგუფები, რომლის მიხედვითაც საქართველოში წარმოებს ონკოლოგიურ პაციენტების მკურნალობა და ტკვილის სინდრომის მართვა.
6. კიბოს სტადიების მქონე 44,119 ონკოლოგიურ პაციენტში III და IV კლინიკური სტადიების დროს, ტკვილის სინდრომის მოდელირებით, პირველად იქნა განსაზღვრული ტკვილის სინდრომის მინიმალური (19,000 შემთხვევა, 43.1%) და მაქსიმალური (29,000 შემთხვევა, 65.7%) სავარაუდო ოდენობები.
7. პირველად იქნა დადგენილი, რომ საქართველოში კიბოსმიერი ტკვილი კიბოს მკურნალობის პროცესში პაციენტებს აღენიშნებათ შემთხვევათა 62.7-66.4%-ის სიხშირით ($p<0.001$);
8. პირველად გამოვლინდა, რომ ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში პაციენტთა 73.9%-75.3%-ს საშუალო და ძლიერი ტკვილი ჰქონდა, რომელიც ჯანმო-ს ტკვილის მართვის რეკომენდაციით ოპიოიდებით მართვას საჭიროებდენ;
9. საქართველოში პირველად დადგინდა, რომ ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკვილი იყო როგორც ადრეულ/შუალედურ სტადიებზე - 43,7%-ს, ისე IV სტადიაზე - 56,3%; ადრეულ და შუალედურ სტადიებზე ტკვილი უფრო ხშირი იყო ქალებში (50.5%), ვიდრე მამაკაცებში (37.8%), ხოლო IV სტადიაზე - პირიქით, ტკვილი უფრო ხშირი იყო მამაკაცებში (62.2%), ვიდრე ქალებში (49,5%);
10. ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკვილი ყველაზე ხშირია ფილტვის (92.5%), კუჭ-ნაწლავისა (78.5%) და შარდ-სასქესო ტრაქტის სისმსივნეების დროს ($p<0.001$);

11. პირველად დადგინდა, რომ პალიატიური ქიმიო-სხივური თერაპიისას ტკვილის სიხშირე 1,7-ჯერ მეტია, ვიდრე რადიკალურის დროს ($p<0.001$). ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მკურნალობის დროს საშუალო და ძლიერი ინტენსივობის ტკვილი ჰქონდა პაციენტთა 87.6%-ს ($p<0.001$);
12. პირველად დადგინდა, რომ კიბოს მკურნალობის დროს საშუალო და ძლიერი ტკვილის მქონე პაციენტებს ოპიოიდი ენიშნებათ მხოლოდ 9.6% - 14.6%-ში ($p<0.001$). ამის გამო პაციენტები განიცდიან ტანჯვას, ცხოვრების ხარისხისა და მკურნალობის ეფექტიანობის დაქვეითებას;
13. პირველად გამოვლინდა, რომ კიბოსმიერი ტკვილის მქონეებს ანალგეზიით ტკვილი მოეხსნა შემთხვევათა 23%-46.8%-ში ($p<0.001$), ტკვილის მართვის ინდექსმა შეადგინა 29.4%-36.9% ანუ მკურნალობა იყო დაბალ ეფექტიანი; სულ საშუალო და ძლიერი ტკვილის დროს ოპიოიდი დაენიშნა პაციენტთა 13.7%-ს; ყველა პაციენტი მიჩნეული იქნა ინკურაბელურად/ტერმინალურად და გადაყვანილი IV კლინიკურ ჯგუფში;
14. პირველად დადგინდა, რომ ტკვილის სინდრომი შემთხვევათა 43.7%-ში ($p<0.001$) უკავშირდებოდა ქიმიოთერაპიას. ქიმიოთერაპიის მიმდინარეობის დროს საშუალო და ძლიერი ტკვილი ჰქონდა 75,3%-ს. ქიმიოთერაპიისას ტკვილი 65.1%-ში გრძელდება 1 კვირამდე ($OR=1.8$, 95%CI – 1.12-2.8, $p<0.001$), რის გამოც ნაჩვენები იყო ოპიოიდური პრემედიკაცია;
15. სხივური თერაპიის შემდეგ 10-15 დღეში ვითარდება სხვადასხვა სიძლიერი ტკვილი, მათ შორის ძლიერი. საკითხი საჭიროებს დამატებით შესწავლას;
16. ტკვილის მქონე პაციენტთა ლეტალობამ 1 თვეში შეადგინა 11.9%, არმქონეებში კი - 2.5% ($p<0.001$); საშუალო და ძლიერი ინტენსივობის ტკვილი ჰქონდა გარდაცვლილი 31 პაციენტის 90%-ს. აღნიშნულის გამო კიბოსმიერი ტკვილის სინდრომი სავარაუდოდ შეიძლება განვიხილოთ დაავადების გავრცელების პრედიკტორათ, თუმცა იგი საჭიროებს შემდგომ გაღრმავებულ კვლევას;
17. კიბოსმიერი ტკვილის ეფექტიანი მართვის მიუხედავად, მისი სიხშირე 1 თვეში შემცირდა მხოლოდ 49,8%-ით და შეადგინა საწყისი რაოდენობის 50,2%;
18. საშუალო და ძლიერი ტკვილის მქონეებისთვის ოპიოიდების დანიშვნის მთავარ ბარიერად 97.7%-ში მიჩნეული იქნა პაციენტების კლასიფიცირება კლინიკური ჯგუფების მიხედვით ($p<0.001$), რომელიც პოსტსაბჭოთა წვეყნების გარდა არსად არ გამოიყენება;

19. სარწმუნო მტკიცებულებებზე დაყრდნობით მიღებული ახალი ცოდნის საფუძველზე, ონკოლოგიის დარგში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკის მიმართულებით შემუშავებული რეკომენდაციები, სამართლებრივად გზას უხსნის კიბოს კონტროლის ადვოკატობას, პაციენტების კონსტიტუციური უფლებებისა და თავისუფლებების დაცვას, მკურნალობის პროცესში ტკვილით გამოწვეული ტანჯვის შემცირებას, მკურნალობის ეფექტიანობის გაზრდას, პაციენტთა გადარჩენისა და სიცოცხლის ხანგრძლივობის მანძილის გაზრდას, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას, კვლევის ახალ მიმართულებებს, სოციალურ-ეკონომიკურ პროგრესს.

დაცვაზე გამოტანილი ძირითადი დებულებები:

1. ონკოლოგიურ პაციენტთა ჯანმრთელობის ადვოკატობის მიზნით კლინიკურ ჯგუფებად დაყოფა ამოღებული უნდა იქნას კიბოს მართვის პრაქტიკიდან, გაიდლაინებიდან, ტკვილის სინდრომის მართვის საკანონმდებლო და ქვემდებარე სარეგულაციო აქტებიდან.
 - ✓ ონკოლოგიური დიაგნოზების კლასიფიცირება მსოფლიოში ხორციელდება სტადიების და TNM სისტემის კლასიფიკატორებით. ონკოლოგიურ პაციენტთა კლინიკურ ჯგუფებად დაყოფა გამოიყენებოდა მხოლოდ საბჭოთა კავშირში და, როგორც გადმონაშთი, ხმარებაშია ნაკლებად განვითარებულ პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში, მათ შორის საქართველოში. დღემდე კიბოსმიერი საშუალო და ძლიერი ტკვილის ოპიოიდებით მართვა შეუძლებელია შემთხვევათა 97.7%-ში კლინიკური ჯგუფების გამოყენების გამო, რადგან კანონქვემდებარე აქტით ოპიოიდის დანიშვნა სამედიცინო მიზნებით დასაშვებია მხოლოდ უკურნებელი პაციენტებისთვის ტერმინალურ ფაზაში ბოლო 6 თვის მანძილზე;
 - ✓ ონკოლოგიურ პაციენტთა კლინიკურ ჯგუფებად დაყოფა და მის მიხედვით ტკვილის სინდრომის მართვა ამცირებს მკურნალობის ეფექტიანობას, პაციენტებს ართმევს გადარჩენისა და სიცოცხლის გახანგრძლივების შანსებს, წირავს მათ ტანჯვა-წამებისათვის, არაჰუმანურია და არღვევს ადამიანის კონსტიტუციურ უფლებებსა და თავისუფლებებს.
2. ტკვილის სინდრომი დიდი ალბათობით წარმოადგენს კიბოს პროგრესირების პროგნოზულ ფაქტორს და საჭიროებს შემდგომ კვლევას.
 - ✓ კიბოსმიერი ტკვილი ხშირად პაციენტებს აღენიშნებათ როგორც ინკურაბელობის ფაზაში, ისე დაავადების მკურნალობის დროსაც (62.7%); ამ დროს კიბოსმიერი

ტკივილის მქონე პაციენტთა 2/3-ზე მეტს (75.3%) საშუალო და ძლიერი ტკივილები აქვს, რომლებიც ჯანმო-ს ტკივილის მართვის რეკომენდაციების შესაბამისად ოპიოიდებით მართვას საჭიროებენ;

- ✓ კიბოსმიერი საშუალო და ძლიერი ტკივილის მქონე პაციენტების ტკივილის კუპირება ძირითადად (79%) არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებით ხდება; შედეგად ტკივილის მართვის ინდექსი 36.9%-ია, პაციენტები კი ვერ იღებენ სათანადო დახმარებას და ტანჯვას განიცდიან, რითაც უარესდება მათი ცხოვრების ხარისხი და კიბოს გამო ჩატარებული მკურნალობის ეფექტიანობა, კარგავენ გადარჩენისა და სიცოცხლის გახანგრძლივების შანსებს;

3. სამედიცინო ოპიოიდების მოხმარების მოქმედი რეგულაციები საჭიროებს ნარკოტიკულ საშუალებებზე 1961 წლის ერთიანი კონვენციის რეკომენდაციების (PPSG 2013) და ჯანმო-ს ტკივილის მართვის სტანდარტების (Health Organization, 2011), ეროვნული კანონებთან ჰარმონიზაციას, რომელიც დაეფუძნება ტკივილის მართვის სამედიცინო ჩვენებებს.

ნაშრომის აპრობაცია:

სადისერტაციო ნაშრომის ფრაგმენტები მოხსენებულია საქართველოს უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის საერთაშორისო კონფერენციაზე - ონლაინ (თბილისი, საქართველო, 26-30/IV/2020), ტკივილის მსოფლიო ინსტიტუტის VI კონგრესებზე 2012 წლის თებერვალში და ამავე ინსტიტუტის XI კონგრესზე 2022 წლის 25-27 აგვისტოს, საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის სამეცნიერო-საკონსულტაციო სადისერტაციო საბჭოს სხდომაზე (თბილისი, 23.01.2022).

სამეცნიერო პუბლიკაციები:

1. Natia Shavdia, V.Tkeshelashvili, M.Shavdia. Regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Georgia. Pain Practice, Vol. 22, Suppl.1, p.101, 2022;
2. Natia Shavdia, V.Tkeshelashvili, N.Shavdia. Frequency of pain and its management in the treatment of oncology patients in Georgia. Pain Practice, Vol. 22, Suppl.1, p.87, 2022;
3. ნათია შავდია, ვ. ტკეშელაშვილი, ნ. შავდია. კიბოსმიერი ტკივილი და მისი ოპიოიდებით მართვის მდგომარეობა საქართველოში Experimental and Clinical Medicine, N7, 2022, p.166-168. Tbilisi. <https://journals.4sciense>;
4. ნათია შავდია, ვ. ტყემლაშვილი, ნ. ნინაშვილი, ექიმებთან ასოცირებული კიბოსმიერი ტკივილის მართვის ბარიერები. თსუ შრომათა კრებული, ტ 55, 2021, გვ.157-160;

5. Natia Shavdia. Regulatory Barriers to Accessibility of Opioids for Cancer Pain in Georgia. Students National and Intern. All Free Online Conferences 2021 Health and Well-being of the Society. Present Challenges and Vision for the Future, 28-30/04/2021, Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, 2021, Vol. 5, Supplement 9, p. 73-74 www.caucasushealth.ge
6. ნ.შავდია, მ.შავდია. პაციენტებთან დაკავშირებული კიბოსმიერი ტკივილის მართვის ბარიერები; თსსუ შრომათა კრებული, ტომი 54, 2020, გვ. 162-167;
7. T. Lobzhanidze, T.Gvazava, D.Kurdiani, N.Abesadze, N.Shavdia et all.. Female Cancer Incidence in Georgia by Regions and Municipalities in 2015-2019. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Vol. 5, Suppl. 9, 2p. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, 2021, Volume 5, Supplement 9, p. 67-68; www.caucasushealth.ge
8. N.Abesadze, T.Lobdzanidze, D.Kurdiani, T.Gvazava, Natia Shavdia et all. Female Thyroid Cancer Incidence in Georgia by Regions and Municipalities in 2015-2019. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, 2021, Vol. 5, Suppl. 9, p. 69-70 ; www.caucasushealth.ge
9. T.Gvazava, T.Lobzhanidze, D.Kurdiani, N.Abesadze, Natia Shavdia et all., Female Breast Cancer Incidence in Georgia by regions and municipalities in 2015-2019. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Vol., 5, Suppl. 9, 2 p. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, 2021, Volume 5, Suppl. 9, p. 71-72. www.caucasushealth.ge
10. D.Kurdiani, T.Lobdzanidze, T.Gvazava, N.Abesadze, Natia Shavdia et all. Gynecological Cancer Incidence in Georgia by Regions and Municipalities in 2015-2019. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Vol. 5, Suppl. 9, 2p. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, 2021, Volume 5, Supplement 9, p. 73-74 www.caucasushealth.ge
11. Natia Shavdia, M. Shavdia, K.Tchaava. Pharmacological Management of neuropathic cancer pain. V საერთ. კონფერენცია: ტკივილის მულტიდისციპლინური მართვა: თანამედროვე მიდგომები. თბილისი, 28/09/2019. მასალები;
12. M.Shavdia, N.Ninashvili, N.Shavdia. Cancer pain assessment and treatment in 1494 advanced cancer patients. Pain Practice, Vol.12, Suppl.1, February 2012, p.39 /6th World Pain Congress;
13. მ.შავდია, ნ.შავდია, მ.ყაჯრიშვილი. საქართველოში ონკოლოგიურ პაციენტთა ქრონ. ტკივილის არასწორი მართვის მიზეზები. თსსუ კრებული, 2008, ტ. XII, გვ.184-186.

თავი 1.

ლიტერატურის მიმოხილვა:

კიბოსმიერი ტკვილის სიხშირე და მისი მართვის ბარიერები

1.1. ზოგადი მიმოხილვა

ონკოლოგიური დაავადებების გავრცელების მასშტაბურობის მიუხედავად (1), ბოლო დროს შეინიშნება დადებითი ძვრები; კერძოდ, კიბოსმიერი სიკვდილიანობა 1991-2016 წწ-ში 27%-ით შემცირდა (2), ინციდენტობა 2006-2015 წწ.-ში მცირდებოდა (წლიურად) 2%-ით, იზრდებოდა გადარჩენადობაც. აღნიშნული დადებითი ძვრები, World Cancer Report-ის 2020 წლის დასკვნით უკავშირდება ავთვისებიანი სიმსივნეების პრევენციის, ადრეული დიაგნოსტიკისა და მართვის გაუმჯობესებას; აქედან გამომდინარე, გაერომ მიზნად დაისახა, რომ 2030 წლისთვის სიკვდილიანობის მაჩვენებლის დამატებით 1/3-ით შეამციროს (3).

ბუნებრივად ჩნდება კითხვა, თუ რა ფაქტორებმა შეიძლება შეამციროს სიკვდილიანობა. ამ მიზნით, შესაძლოა ეფექტური იყოს ტკვილის შესწავლა სიმსივნის თერაპიის დროს, რადგან ის მოქმედებს პაციენტთა ცხოვრების ყველა ასპექტზე (4), კერძოდ, ტკვილის გაყუჩების გარეშე შეუძლებელია კიბოს ეფექტური თერაპია (5,6), რომელიც მოქმედებს ადამიანის ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ, ემოციურ და სულიერ სტატუსზე (7-9); იგი აისახება პაციენტთა მადაზე, ძილზე, განწყობაზე, ოჯახურ კავშირებზე, ცხოვრების ხარისხზე (10-12), რაც უფრო მეტად აძლიერებს ტანჯვას (13).

გასულ წლებში, ტკვილის კვლევა უპირატესად ეძღვნებოდა კიბოს გავრცელებულ ფორმებს, რომლის დროსაც მისი სიხშირე 75-90%-ის ფარგლებში მერყეობდა (10,14-16). ჰოლანდიელმა მკვლევარებმა ჩაატარეს PubMed, Medline, Embase, CINAHL, Cochrane-ის მონაცემთა ბაზებში დაცული კიბოსმიერი ტკვილისადმი მიძღვნილი 52 კვლევის მეტა-ანალიზი (17,18,19), რომლის შედეგები მოყვანილია N1 ცხრილში. ცხრილი N1-დან ნათლად ჩანს, რომ კიბოსთან ასოცირებული ტკვილი ხშირი იყო როგორც დაავადების მეტასტაზირების ფაზაში (66%), ისე მკურნალობის პროცესშიც (55%) და მისი დასრულების შემდეგაც (39%). ამასთან, საკვლევ ჯგუფებში დროში, რომელიც მოიცავს საკმაოდ დიდ პერიოდს (1966–2015 წლამდე), ტკვილის სიხშირე პრაქტიკულად არ მცირდება, ხოლო მკურნალობის შემდგომ პერიოდში ტკვილის სიხშირემ 33%-დან (1966–2005 წწ.) 39%-მდე (2005–2014 წწ.) მოიმატა; განსაკუთრებით

აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ ტკვილი კიბოს გადარჩენილთა დაახლოებით 50%-ში გვხვდება და პაციენტთა 1/3-ზე მეტს კიბოს მკურნალობის შემდეგაც საშუალო ან /ძლიერი (NRS >4) ტკვილი რჩებათ (18,19).

ცხრილი 1.

ტკვილის პრევალენტობა ონკოლოგიურ პაციენტებში (17)

| პერიოდი | ტკვილი (%) | | N NRS >4 (%) | |
|---------------------|------------|-----------|--------------|-----------|
| | 1966–2005 | 2005–2014 | 1966–2005 | 2005–2014 |
| მკურნალობის შემდეგ | 33 | 39 | არ არის | 27 |
| მკურნალობის დროს | 59 | 55 | 36 | 32 |
| მეტასტაზირების ფაზა | 64 | 66 | 45 | 52 |
| ყველა სტადიის ჯამი | 53 | 51 | 31 | 33 |

NRS – ტკვილის რიცხოვრივი შეფასება.

ასეთი შედეგები მიუთითებს, რომ კიბოს მკურნალობის პროცესში ტკვილის მქონე პაციენტებმა რაღაც მიზეზთა გამო ვერ მიიღეს სათანადო ტკვილგაყუჩებითი ეფექტი. ამ ფაქტის გათვალისწინებით, სასურველია ტკვილის მიზეზებისა და მართვის ბარიერების კვლევა კიბოს ადრეულ/შუალედურ სტადიებზე, რათა შესაძლებელი გახდეს, ტკვილის გავლენის დროული შემცირება მკურნალობის ეფექტურობაზე;

გარდა ამისა, კიბოს პრევენციის, დიაგნოსტიკისა და მართვის არსებულ პირობებშიც კი სავარაუდოა, პაციენტთა გადარჩენადობისა და ქრონიკული ტკვილის ზრდა (3,20).

ჯანმო-ს პროგნოზით, ავთვისებიანი სიმსივნეების პრევალენტობა 2030 წლისთვის 22 მილიონამდე გაიზრდება (21); მათგან განვითარებად ქვეყნებზე მოვა 50%-ზე მეტი (22), სადაც კიბოს მქონე პაციენტთა 50%-ზე მეტი ცხოვრობს;

Javier FO et all. (23) სტატიაში „კიბოსმიერი ტკვილის მართვის საკითხები და რეალობა“ აღნიშნავენ, რომ ტკვილის არასწორი მართვის სიხშირე, მაღალია აზიაში (59%), ნაკლებია ევროპასა (40%) და აშშ-ში (39%).

ამდენად, განვითარებად ქვეყნებში, კიბოს მქონე პაციენტებში ტკვილის სიხშირის მთავარ მიზეზად მიიჩნევა ტკვილის არაადეკვატური მართვა (24,25). ასეთი მდგომარეობა ასევე აიხსნება იმითაც, რომ მაღალი ეკონომიკური შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, კიბოს მკურნალობა შესაძლებელია შემთხვევათა 90%-ში, ხოლო დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში მხოლოდ 30%-ში (<https://test.ncdc.ge/>) (109).

კიბოსმიერი ტკვილის შესახებ ლიტერატურის მიმოხილვა გვიჩვენებს, რომ მის არასათანადო მკურნალობას განსაზღვრავს მრავალი ბარიერი; ისინი უკავშირდება მოსახლეობის რელიგიურ, კულტურულ, სოციალურ და ეთნიკურ თავისებურებებს, ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობას, ჯანდაცვის პროფესიონალებს, საკანონმდებლო, მარეგულირებელ და სხვა ფაქტორებს (17,25,26).

კიბოთი დაავადებულთა ინფორმირება დაბალია განვითარებად ქვეყნებში (28), მათ შორის საქართველოშიც (29). მიუხედავად იმისა, რომ ქრონიკული ტკვილის მართვა, შესაძლებელია შემთხვევათა 90%-ში (20,30)), განვითარებად ქვეყნებში ოპიოიდების ნაკლებად ხელმისაწვდომობისა ან მიუწვდომლობის გამო, პაციენტთა დიდი ნაწილი ვერ იღებს ადეკვატურ ტკვილგაყუჩებას.

განვითარებადი ქვეყნების მთავრობები, კიბოსმიერი ტკვილის მართვას, რესურსების სიმცირის გამო პრიორიტეტულად არ მიიჩნევენ, რის გამოც, კიბოსმიერი ტკვილი პაციენტთა ცხოვრებაზე სავალალო გავლენას ახდენს (25); ამას თან ერთვის ტკვილთან ასოცირებული ეკონომიკური ტვირთი, რაც პაციენტს, ოჯახთან ერთად, უფრო რთულ სიტუაციაში აყენებს, რის გამოც მას უფრო მეტად უძლიერდება ტკვილი (7).

კიბოსმიერი ტკვილის არასათანადო მართვა იწვევს დამატებით ხარჯებს, მაგ., ექიმების ვიზიტს, არასაჭირო ჰოსპიტალიზაციას, მედიკამენტების და ა.შ. (31,32).

Fortner BV et all. ფორტნერ ბ.(33) კვლევით კიბოს მქონე პაციენტების 76% იმდენად ძლიერ ტკვილს განიცდის, რომ ისინი საჭიროებენ მნიშვნელოვანი რესურსებს.

ტკვილის მრავალფეროვანი ბუნებიდან გამომდინარე, მისი ეფექტური მართვისთვის, საჭიროა პაციენტებთან პერსონალური მიდგომა, გამოცდილება და სათანადო ცოდნა (34,35).

ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე პაციენტთა ტკვილის განვითარების მიზეზებიდან, 25%-ზე მეტი უკავშირდება კიბოს მკურნალობას, რომლის პროცესში ხშირია საშუალო ან ძლიერი ტკვილი (36,37,38).

სხვადასხვა კვლევამ აჩვენა, რომ განსხვავებული გეოგრაფიული, რელიგიური და ეთნიკური წარმომავლობის (39-43) ადამიანების ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადების შემთხვევაში ტკვილი განსხვავებულ გავლენას ახდენს; ეს აისახება მათ ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ, სულიერ, ფუნქციურ, ემოციურ და ფინანსურ მდგომარეობაზე, გარეგნობაზე, განწყობაზე, ოჯახზე, მომვლელებზე და გარშემო მყოფ ადამიანებზე. Saini S. და Bhatnagar S. (საინი ს., ბჰატნაგარი ს.) (44) აღნიშნავენ, რომ „კიბოსმიერი ტკვილის მართვა განვითარებად ქვეყნებში“ *ტკვილის არაადეკვატური მართვის მთავარი მიზეზია პრევენციული სტრატეგიების დეფიციტი, სიღარიბე, განათლება და მორფინის მოხმარებაზე სოციალური სტიგმა. შედეგად, კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის დაახლოებით 70% სამუალო და დაბალი შემოსავლის ქვეყნებშია რეგისტრირებული (NCDC.Ge <https://test.ncdc.ge>). განვითარებადი ქვეყნების მთავრობებს მოუწოდებენ (7), რომ კიბოსმიერი ტკვილის კონტროლი აღიარონ პრიორიტეტულად და იზრუნონ ტკვილის მართვის ბარიერების აღმოსაფხვრელად, დაგეგმონ საიმედო, ეფექტური და მტკიცებულებებზე დამყარებული კვლევები, რათა შექმნან ახალი და ეფექტური მიდგომები. მკვლევართა დასკვნით, კიბოსმიერი ტკვილის მართვა რჩება პრობლემად, რომელიც უახლოეს პერიოდში უნდა დაიძლიოს (19).*

კიბოს მქონე პაციენტთა ტკვილის მართვის მრავალგანზომილებიანი ბარიერები პირობითად შეიძლება დავყოთ 3 დიდ ჯგუფად:

1. პაციენტებთან დაკავშირებული ბარიერები;
2. სამედიცინო პერსონალთან დაკავშირებული ბარიერები;
3. ოპიოდების მარეგულირებელ დოკუმენტებთან ასოცირებული ბარიერები.

1.2. პაციენტებთან დაკავშირებული ბარიერები

კიბოსმიერი სამუალო და ძლიერი ტკვილის მართვისთვის აუცილებელია ოპიოიდური წამლების მიღება, რაზეც სხვადასხვა რელიგიის წარმომადგენლები, განსაკუთრებით აზიაში მორწმუნე პაციენტებს აშინებთ; S.Orujlu all.,(ს.ორუჯლუ) 2022 წლის სტატიაში (26) „პაციენტების პერსპექტივიდან დანახული კიბოს ტკვილის მართვის ბარიერები“, წერენ, რომ პაციენტები კიბოსმიერ ტკვილს ღვთაებრივი წარმოშობას მიაწერენ; ირანში სჯერათ, რომ ავადმყოფობა და ტკვილი არის ღვთის ნება და ამიტომ მათ არ შეუძლიათ ამის გაკონტროლება. ამ რწმენის თანახმად, ტკვილი იყო შესაძლებლობა განეწმინდათ ჩადენილი ცოდვები. ასეთი

შეხედულებები ტკვილის შესახებ არის სხვადასხვა რელიგიის მორწმუნეთა შორის, რაც ტკვილის მართვის მთავარ ბარიერს წარმოადგენს. ინდოეთში პაციენტები ზოგჯერ შემფოთებელი არიან ოპიოიდების შესაძლო მავნე მოქმედებით, რის გამოც ცდილობენ იპოვონ ნუგეში და შთაგონება თავიანთ სულიერ რწმენაში და საზოგადოებრივ მხარდაჭერაში (45). ასეთები კიბოსმიერ ტკვილს გარდაუვალ მოვლენად თვლიან და ცდილობენ მაქსიმალურად შეზღუდონ ანალგეტიკების გამოყენება (46).

მითები ტკვილის გამჟღავნებაზე და მის მართვაზე

პაციენტები კიბოსმიერი ტკვილის გამჟღავნებაზე და მართვაზე უარს უკავშირებენ შემდეგ მითებს (12,47,48): 1. ტკვილი კიბოს დროს გარდაუვალია; 2. ტკვილის ექიმთან გამჟღავნების შემთხვევაში მკურნალობის გადადების შიში; 3. კიბოსმიერი ტკვილი გაყუჩებას არ ემორჩილება; 4. თუ ტკვილი მკურნალობას დაემორჩილა, იმუნიტეტი ქვეითდება; 5. რწმენა, რომ "კარგი პაციენტი" ტკვილს არ უჩივის; 6. ოპიოიდების გვერდითი ეფექტების (გულისრევა/ღებინება, ყაზოზა, ქავილი, ინსომნია) დაუძლეველობის შიში; 7. ოპიოიდებისადმი დამოკიდებულების განვითარების შიში; 8. ტოლერანტობის შიში; 9. რწმენა, რომ ტკვილის მატება დაავადების პროგრესირების ნიშანია;

სინგაპურში ჩატარებული გამოკითხვით დადგინდა (49), რომ პაციენტებს ურჩევნიათ ტკვილისგან მართო თავად დაიტანჯონ, ვიდრე ამის შესახებ სხვას გაუზიარონ; ამასთან, ამბობდნენ, რომ სხვისთვის ტანჯვის გამხელას სიკვდილი ურჩევნიათ. ის რომ პაციენტები ხშირად თავს იკავებენ ტკვილის გამჟღავნებისგან V.Penalba et all., (50) დაადგინეს 94. კიბოსმიერი ტკვილის მქონე პაციენტის ანკეტირებით.

ზოგჯერ სიმპტომების გამჟღავნებისგან პაციენტები თავს იკავებდნენ, მაშინაც კი, თუ საჭირო იყო რაიმე ჩარევა, რადგან ტკვილის გამხელის შემთხვევაში ეშინოდათ, რომ ის არ ყოფილიყო დაავადების პროგრესირების მაუწყებელი. პაციენტები ანკეტაში მეტ სიმპტომებს წერდნენ, ვიდრე ექიმთან იხილავდნენ. ავადმყოფები ექიმთან საუბრისას ხშირად განიხილავდნენ ასთენიას და ტკვილს (50%), სხვა სიმპტომებს - უფრო იშვიათად (42%). სხვა კონტროლირებადი კვლევა (50) მოიცავს 135 ონკოლოგიური პაციენტის აქტიურ გამოკითხვას ტკვილის შესახებ (გენეზი, მართვა, შედეგები, პერსპექტივები და ა.შ.), რაც დაფიქსირებულია აუდიოჩანაწერის სახით; ჩანაწერის ანალიზით დადგინდა, რომ ექიმები ავადმყოფებთან საუბრის შემდეგ, რომელიც

ეხებოდა ტკვილის მართვის საჭიროებას ხშირად ცვლიდნენ მკურნალობის რეჟიმს, რაც აუმჯობესებდა ტკვილის მართვას. ამრიგად, საჭიროა, რომ ექიმებმა პაციენტების გამოკითხვის პროცესში მეტი ყურადღება დაუთმონ სიმპტომების, მათ შორის ტკვილის პროაქტიურ გამოვლენას.

ტკვილის მართვის თავისებურებები სქესის მიხედვით

ტკვილის გამოხატავაში განსხვავება გამოვლინდა კაცებსა და ქალებს შორისაც (46), კაცებს მიაჩნიათ, რომ რადგან ძლიერები არიან, ტკვილის უნდა გაუძლონ. ამიტომ, ნაკლებად მკურნალობენ ტკვილს; ქალები - პირიქით, უფრო გამოხატავდენ ტკვილს და ხშირად ეძებდენ დახმარებას. პალესტინაში ჩატარებული კვლევით (50), სადაც ქალებსა და მამაკაცებს ტკვილის სიმძლიერის თანაბარი სიხშირე ჰქონდათ, ქალებს უფრო ხშირად მკურნალობდნენ არაადეკვატურად ($P=0.027$), ვიდრე მამაკაცებს. სხვა კვლევით, რომელიც ეხება 135 ონკოლოგიური პაციენტის ტკვილის შესახებ აქტიურ კომუნიკაციას (გენეზი, მართვა, შედეგები, პერსპექტივები და ა.შ.) და დაფიქსირდა აუდიოჩანაწერის სახით, ანალიზმა აჩვენა, რომ ექიმები საუბრებიდან გამომდინარე ხშირად ცვლიდნენ თერაპიის რეჟიმს, რაც აუმჯობესებდა ტკვილის მართვას (51).

მიზეზი ტკვილის ანალგეზიის შესახებ

კვლევებმა აჩვენა (52-55), რომ პაციენტებს ტკვილის გამხელა არ სურდათ იმის გამო, რომ ფიქრობდნენ, ამით არ გაებრაზებინათ ექიმები. აღსანიშნავია, რომ პაციენტები წამლებს იღებენ მხოლოდ ტკვილის დროს და არა რეგულარულად, რადგან ეშინიათ გამაყუჩებლებზე დამოკიდებულების, ტოლერანტობისა და გვერდითი მოვლენების, რაც ცრუ შეხედულებების შედეგია. ამიტომ, ანალგეზიის შესახებ მიზეზის ნეიტრალიზების მიზნით საჭიროა პაციენტთა ცნობიერების ამაღლება.

ოლდენმენგერი უ. და სხვებმა / Oldenmenger W.H. et al., (55) ჩატარეს 1995-2017 წწ.-ში შესრულებული 36 რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევის მეტა-ანალიზი. დადგინდა, რომ სასწავლო პროგრამებს, რომლებიც ტკვილის მქონე პაციენტთა ინტერესებზე იყო მორგებული, ტკვილის შემცირება შეეძლო 1/3-ით. კიბოსმიერი ტკვილის მქონე პაციენტების სასწავლო პროგრამების შესაქმნელად გამოკითხეს ტკვილს მქონე ავადმყოფები (56); მათგან ტკვილის ადეკვატური მართვა აღნიშნა მხოლოდ 41,6%-მა. პაციენტებისთვის ჩატარებული ტრენინგებიდან ყველაზე სასარგებლო აღმოჩნდა ტკვილის არსისა და თერაპიის პრინციპების გაგება (>58%).

უმეტესობა აცხადებდა, რომ იცოდნენ გამაყუჩებლები, თუმცა 50%-მა ვერ დაასახელა. ტრენინგი ტკვილის შესახებ საჭიროდ ჩათვალა პაციენტთა <30%-მა. პაციენტთა უმრავლესობამ (97.1%) ტრენინგი მიიჩნია სასარგებლოდ, თუმცა პრიორიტეტი მიანიჭეს პერსონალურ სესიებს (41.2%). ამრიგად, ტრენინგი ტკვილის მართვის შესახებ უნდა ჩატარდეს ტკვილის მართვის დაწყებამდე და ორიენტირებული უნდა იყოს ამ დარგში პაციენტის ცოდნაზე და დამოკიდებულებაზე; იგი უნდა მოიცავდეს ტკვილის შეფასების, ცრუ რწმენის დაძლევისა და მართვის დაგეგმვას (57). დადგენილია, რომ ტკვილის შესახებ განათლება პაციენტებისთვის მნიშვნელოვნად ამცირებს ტკვილის დონეს, ზრდის კმაყოფილებას ტკვილის მართვით და ხელს უშლის მითებს. ტკვილისა და მართვის შესახებ სწავლებაში აქტიური მონაწილეობა უნდა მიიღონ ექთნებმაც, რომლებმაც პაციენტებს უნდა აუხსნან ტკვილის მართვის არსი, მიზანი, რეჟიმი და ა.შ. (57-59). აღიარებულია, რომ პაციენტის ინტერესებზე დაფუძნებული სასაწავლო პროგრამის შემუშავება კიბოსმიერი ტკვილის მართვის გაუმჯობესების მნიშვნელოვანი საშუალებაა (51, 53); დადგენილია, რომ კიბოს მქონე პაციენტების ტრენინგმა ტკვილის არსისა და სწორი მართვის შესახებ, ტკვილი შეიძლება შეამციროს შემთხვევათა 30%-მდე (57). ტკვილის მრავალგანზომილებიანი ბუნების გათვალისწინებით საგანმანათლებლო პროგრამები უნდა დაეფუძნოს კონკრეტული ქვეყნის მოსახლეობის სოციო-ეკონომიკურ, ფსიქო-კულტურულ და სხვა ფაქტორებს.

ასაკის გავლენა კიბოსმიერ ტკვილზე

სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდა მოსახლეობის გადაბერების მიზეზია, რაც თავის მხრივ, ხელს უწყობს კიბოს სიხშირისა და ტკვილის მატებას. ასაკი გავლენას ახდენს პაციენტთა ექიმთან მიმართვიანობაზე, სახელდობრ, თუ რამდენად დროულად მიმართავენ ექიმებს, რა ფაქტორები მოქმედებენ კლინიკურ გადაწყვეტილებებზე და მათ შედეგებზე. ასაკოვან ადამიანებში ხშირია თანმხლები დაავადებები (გულის, ფილტვის, ღვიძლის და ა.შ.), რომელთა მკურნალობა ნაკლებად შედეგიანია (60); ასაკოვან ადამიანებში ნაკლებად არის შესწავლილი ანალგეზიის ნეგატიური შედეგები და გვერდითი ეფექტები. მაგ., 85 წლის პაციენტთა უმეტესობას გლომერული ფილტრაციის ზომიერი/მკვეთრი შემცირება აღენიშნებათ (61); ეს გავლენას ახდენს მორფინის მეტაბოლიტ მორფინი-3-გლუკურონიდზე (M3G), რაც თირკმლებიდან გამოიყოფა (62). თირკმლების მცირე უკმარისობისას მეტაბოლიტ

M3G-ის დაგროვება შეინიშნება, რომელიც ნეიროტოქსიკურ ეფექტებს იწვევს:

მიოკლონუს, ჰიპერალგეზიას, კრუნჩხვებს, დელირიუმს და სხვა (63,64).

ასაკოვან ადამიანებში ხშირია ტკვილთან ასოცირებული პათოლოგიები, მაგ., 65%-ში წელის ტკვილს იწვევს ოსტეოართრიტი, 40%-ში - ძვალ-სახსროვან სისტემა, 35%-ში - პერიფერიული ნეიროპათიები, 15-25%-ში - სახსრები (65). ახალგაზრდებში მეტია ფსიქოლოგიური სტრესი, ნეიროპათიული და გამჭოლი ტკვილი; მათ გაყუჩებას მეტი დრო სჭირდება (66). ხანშიშესულებში ტკვილის ოპიოიდური მართვა კავშირშია შემეცნებით, აფექტურ და სენსორულ ბარიერებთან (67).

კიბოსმიერი ტკვილის მკურნალობის ხელმისაწვდომობა

დაბალ შემოსავლიან პაციენტებში კიბოს თერაპიის ხარჯები დამატებითი ბარიერია ტკვილის მართვისთვის. პაციენტები დაბალი ეკონომიკური სტატუსის გამო ხშირად ვერ ახერხებენ სამედიცინო დახმარებისთვის მიმართვას. ოჯახები შეწუხებულია მძიმე ეკონომიკური ტვირთით, რაც ექიმებს ურთულებს სათანადო დოზის დანიშვნას (68). პაციენტები ხშირად იძულებული არიან ოპიოიდი მხოლოდ ძლიერი ტკვილის დროს მიიღონ. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანმო-ს მიერ ოპიოიდები განიხილება, აუცილებელ წამლებში. მათზე წვდომა დაბალი/საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში შეზღუდულია (68). ასევეა ოპიოიდების გამოყენება აფრიკის უმეტეს და სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის ქვეყნებში. დადგენილია (12), რომ ანალგეტიკების ფართო სპექტრზე ხელმისაწვდომობის არარსებობა და აუცილებელი მედიკამენტების შემცირებული ხელმისაწვდომობა ტკვილის მართვის ერთერთი მთავარი ბარიერია. ამრიგად, პაციენტებთან ასოცირებული ტკვილის მართვის ყველაზე მნიშვნელოვანი ბარიერებია: უარი ტკვილის გაჟღერებაზე, მითები ტკვილის კუპირებაზე, გვერდით ეფექტებზე, ეთნიკური, კულტურული, რელიგიური, სოციალური და ეკონომიკური თავისებურებები, დასახელებული ბარიერების სიხშირე და ხარისხი ვარირებს ქვეყნების მიხედვით. ამიტომ, ქვეყნაში ტკვილის მართვის ბარიერების დასადგენად და აღმოსაფხვრელად საჭიროა კვლევის დაგეგმვა.

1.3. სამედიცინო პერსონალთან დაკავშირებული ბარიერები

ექიმებისა და პაციენტების ურთიერთობა. კიბოსმიერი ტკვილის მართვის საჭირო კომპონენტია ექიმსა და პაციენტს შორის კარგი ურთიერთობის დამყარება; მათ შორის კომუნიკაციის ხარისხის კვლევით (70,71) გამოვლინდა მრავალი ხარვეზი; მაგალითად,

ერთერთი კვლევით (51) ექიმებსა და ონკოლოგიურ პაციენტებს შორის კონსულტაციების ჩანაწერების ანალიზით დაადგინეს, რომ პაციენტთა აქტიური გამოკითხვა ხელს უწყობდა ტკვილის დროულ იდენტიფიცირებას და მართვის ეფექტურობის ხელშეწყობას.

ფოკუს ჯგუფებში ინტერვიუებით პაციენტებთან და მათი ოჯახის წევრებთან ერთ-ერთი კვლევით გამოვლინდა. (71), რომ ექიმებსა და ავადმყოფებს შორის არ იყო სასურველი კომუნიკაციის ხარისხი. პაციენტებს სურდათ, რომ ექიმთან კომუნიკაციის დროს უფრო აქტიური ყოფილიყვნენ ჩივილების გამოსახატავად. ასევე უნდოდათ, რომ ექიმებს უფრო კარგი კომუნიკაციის უნარი ჰქონდეთ ტკვილის მართვასთან დაკავშირებით. ექიმებსა და პაციენტებს შორის (70) გამართული კონსულტაციების ჩანაწერების ანალიზით დადგინდა, რომ ექიმები პაციენტებთან ურთიერთობისას სენსორულ კვლევას მეტ დროს უთმობენ, ვიდრე კოგნიტურსა და ემოციურს. ექიმების უმეტესობა ონკოლოგიურ პაციენტთა ანალგეზიის დოზების მატებას უკავშირებდენ ოპიოიდების ტოლერანტობას და არა ტკვილის ინტენსივობის მატებას (33).

ერთერთ (71) სტატიაში აღწერილი კვლევის შედეგებში აღნიშნავენ, რომ ექიმების 44% და ექთნების 94% მიიჩნევენ, რომ ტკვილის სიმძლიერის შესაფასებლად ინფორმაციის ყველაზე საუკეთესო წყაროს წარმოადგენენ პაციენტები. თუმცა, ექიმების 36% და მედლების 41% აცხადებს, რომ ანალგეზიური მედიკამენტების გამოყენება შეზღუდული უნდა იყოს. მკვლევარებმა 800 ექთნის გამოკითხვის შედეგად დაადგინეს (72), რომ მათ ოპიოიდის გამოყენებასთან დაკავშირებით მათ მრავალი ნეგატიური მოსაზრება ჰქონდათ. ბოლო პერიოდის ირანელი მკვლევარების (26) მონაცემებით, ზოგიერთი ექიმი უარს ამბობდა ოპიოიდების დანიშვნაზე და პაციენტებს ტკვილის მოთმენას ურჩევდნენ.

აქედან გამომდინარე, მკვლევარი მიიჩნევს (12), რომ კიბოსმიერი ტკვილის შეფასება და მისი მართვა ასოცირდება ექიმების ცოდნის დეფიციტთან. ამის გამოა, რომ ექიმები სიფრთხილით უდგებიან ოპიოიდების დანიშვნას; მათ ეშინიათ, რომ ოპიოიდების დანიშვნით არ განვითარდეს დამოკიდებულება, ტოლერანტობა ან სხვა გვერდითი ეფექტები.

მიღებული შედეგების საფუძველზე, მკვლევარმა გამოიტანა დასკვნა, რომ *ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უნდა გაიარონ ტრენინგი ტკვილის შეფასებასა და ოპიოიდების გამოყენებასთან დაკავშირებით, რათა გაზარდონ ამ მედიკამენტების ეფექტური და უსაფრთხო მოხმარება* (26).

ექიმების დამოკიდებულება კიბოსმიერი ტკვილის მართვისადმი

დაბალ/საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში ექიმებთა სამედიცინო განათლება დაბალია, განსაკუთრებით ტკვილის მართვაში; შესაბამისად, კიბოსმიერი ტკვილის მართვაზე ხშირად მცდარი წარმოდგენის არიან, რაც ტკვილის არასწორ მართვას იწვევს (7). ქვეყნების ეკონომიკური განვითარების დონიდან გამომდინარე, ტკვილის მართვის ხელმისაწვდომობა შესამჩნევად განსხვავებულია, რაც აისახება ამ ქვეყნებში მოღვაწე ექიმების დამოკიდებულებაზე კიბოსმიერი ტკვილის შეფასებაზე; ერთერთი (73) კვლევით, ერთმანეთს შედარდა დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში კიბოსმიერი ტკვილის შეფასებისა და მართვის მიმართ, ექიმთა დამოკიდებულება. დადგინდა, რომ სწავლებისა და ცოდნის დეფიციტი, კულტურული ღირებულებები და რწმენა უფრო შეზღუდულია დაბალი შემოსავლის პირობებში მოღვაწე ექიმებისთვის, ვიდრე მაღალშემოსავლიან გარემოში (73). მაგ., ფილიპინებში, ისევე როგორც ირანში (26), მიუხედავად იმისა, რომ ექიმების უმეტესობამ იციან ჯანმო-ს ანალგეზიური კიბე და მისი ტკვილის მართვისთვის გამოყენება, ისინი წინააღმდეგი არიან ძლიერი ოპიოიდის დანიშვნის. განვითარებულ ქვეყნებში აღიარებულია ოპიოიდებით კიბოსმიერი საშუალო/ძლიერი ტკვილის მართვა. ამის საპირისპიროდ, განვითარებად ქვეყნებში ოპიოიდების მიუწვდომლობა ხელს უწყობს ტკვილის არასაკმარის მართვას, რომლის გამოც დაბალია კიბოთი გადარჩენადობის მაჩვენებელიც (43). არებობს მტკიცებულებები, რომ ექიმები კიბოს თერაპიისას არ ენდობიან პაციენტის შეტყობინებას ტკვილის შესახებ, რადგან მიაჩნიათ, რომ კიბოს თერაპია ტკვილს არ იწვევს, და იგი მხოლოდ ამსუბუქებს მას (74). 2014 წელს ინდოეთში შეისწავლეს კიბოსმიერი ტკვილის მართვა და ოპიოიდების ხელმისაწვდომობა. მთავარ ბარიერად მიჩნეული იყო ჯანდაცვის პროვაიდერების მცდარი წარმოდგენები ოპიოიდების შესახებ, ბიუროკრატიული დაბრკოლებები, სოციო-კულტურული და ინფრასტრუქტურული გამოწვევები (75). აღნიშნავენ (7), რომ განვითარებად ქვეყნებში კიბო იმდენად გახშირდა, რომ იგი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ერთერთი მთავარი პრობლემა გახდა; ამიტომ, საჭიროა პრევენციული სტრატეგიების გაძლიერება, კიბოსმიერი ტკვილის ეფექტური მართვა, პაციენტთა კომფორტზე ზრუნვა. სამწუხაროდ, სხვადასხვა ბარიერების გამო განვითარებადი ქვეყნები ზღუდავენ ტკვილის ოპტიმალურ მართვას. ამრიგად, განვითარებად ქვეყნებში პროფესიონალების ადეკვატური და მუდმივი გადამზადების არარსებობა, კულტურული ფასეულობები, რწმენა, ექიმების განწყობა

ოპოიდების დასანიშნად, წარმოადგენს სამედიცინო მუშაკებთან ასოცირებული ტკვილის მართვის ბარიერებს (7,73). დასახელებული პრობლემების დასაძლევა აუცილებელია ქვეყანაში მოღვაწე ექიმთა, განსაკუთრებით ონკოლოგთა ტკვილის მართვაში ცოდნის შეფასება და მათზე დაყრდნობით შესაბამისი რეგიონისთვის საგანმანათლებლო პროგრამის შემუშავება (7,43).

ექიმების მიერ ტკვილის შეფასების მდგომარეობა

ექიმის მიერ ტკვილის სიძლიერის სწორი შეფასება და ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული ტკვილის მართვის სამსაფეხურიანი კიბის მიხედვით ტკვილის მართვა, 90%-ზე მეტ შემთხვევაში ეფექტანია (20,29). ტკვილის შეფასების საშუალებები, რომლებიც სტანდარტიზირებულია, გათვლილია სისტემურ შეფასებაზე; მათი გამოყენება დაბრკოლებების დროულად მოსახსნელად ნაჩვენებია ტკვილის შეფასების პროცესში; ტკვილის შეფასების სტანდარტული საშუალებები უზრუნველყოფს ამ სუბიექტური სიმპტომის - ტკვილის შედარებით საიმედო და მართებულ შეფასებას (66). ამისთვის გამოიყენება ტკვილის სიძლიერის რიცხვითი (NRS) ან ვიზუალური ანალოგიის შკალა (VAS); სამწუხაროდ, ექიმების უმრავლესობა, ტკვილის შეფასების სტანდარტიზირებულ საშუალებებს მხოლოდ 7-43%-ში იყენებენ, ხოლო რაც შეეხება ტკვილის შეფასების მრავალგანზომილებიან კითხვარს, კიდევ უფრო იშვიათად იყენებენ (12). ექიმების 30-51% მიიჩნევს, რომ პაციენტები გადაჭარბებულად აფასებდნენ ტკვილს სიძლიერეს ყურადღების მისაპყრობად (76). ექიმები ტკვილის სიძლიერის NRS ან VAS შეფასებას თითქმის არ იყენებენ, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც მათი გამოყენება აუცილებელია კლინიკური კვლევების ჩასატარებლად. ისეთ განვითარებულ ქვეყანაში, როგორც ჰოლანდია არის (77), ჰოსპიტალში მისული 1000 ონკოლოგიური პაციენტიდან მხოლოდ 0,1%-ს შეუფასდა ტკვილის სიძლიერე NRS-ით ან VAS-ით. ჰოლანდიაში კიბოსმიერი ტკვილის ახალი გაიდლაინის შემოღებიდან ერთი წლის შემდეგ (78), განმეორებით შეისწავლეს ტკვილის შეფასების მდგომარეობა და დაადგინეს, რომ NRS მხოლოდ ერთ ჩანაწერში იყო დაფიქსირებული. 2017 წელს ჰოლანდიაში ჩატარებული კიდევ ერთი კვლევით (79) დადგინდა, რომ სამედიცინო ისტორიებში ექიმთა ჩანაწერები ტკვილის შესახებ მერყეობდა კლინიკის სტატუსის მიხედვით; კერძოდ: აკადემიურ ჰოსპიტლებში ტკვილი ფიქსირებული იყო შემთხვევათა 50%-ში, დიდ ჰოსპიტლებში - 28%-ში, ხოლო მცირე ზომის ჰოსპიტლებში - 21%-ში. ექიმების მიერ ტკვილის

სტანდარტიზებული შეფასების მეთოდების იშვიათი გამოყენება, ანალგეზიის ეფექტურობაზე ცოდნისა და რწმენის ნაკლებობით ან/და ყოველდღიურ ცხოვრებაში მისი გავლენის არასწორი შეფასებით აიხსნა (80); აქვე აღნიშნულია, რომ კიბოსმიერი ტკივილის შეფასებისა და მართვისთვის გადამწყვეტია პროფესიონალთა შესაბამისი ცოდნა და დამოკიდებულება; დადგინდა, რომ ექიმებს პერმანენტულად აქვთ ცოდნის დეფიციტი; ამის გამო ონკოლოგიურ პაციენტებს ვერ მიეწოდება დროული და ხარისხიანი სერვისები. უცნობია, თუ რატომ არ სურთ ექიმებს ტკივილის NRS-ით ან VAS-ით შეფასება. მიზეზი შესაძლოა იყოს მრავალი, მათ შორის ექიმების მიერ ტკივილის ანალგეზიის ეფექტურობის ცოდნის დეფიციტი, პაციენტთა ცხოვრებაზე ტკივილის გავლენის მნიშვნელობის შეუფასებლობა ან ორგანიზაციული ფაქტორების არასწორი შეფასება (81). მაგ., ექიმები დატვირთვის გამო განიცდიან დროის მუდმივ დეფიციტს. ასეთმა კვლევამ, შესაძლოა დაადასტუროს, რომ ექიმთა ზედმეტი დატვირთვა ტკივილის ხარისხიანი მართვის ერთერთი მნიშვნელოვანი ბარიერია. გროსმანი ს.ა. / Grossman SA. სტატიაში (81) კიბოსმიერი ტკივილის არასწორი მართვა: ბარიერები და დაძლევის საშუალებები აღნიშნავს, რომ სამედიცინო პერსონალთან ასოცირებული ბარიერები დაძლევადია, თუ 1. პაციენტებს ავუხსნით კიბოსმიერი ტკივილის მართვის მნიშვნელობას; 2. ყოველ პაციენტში გამოვიკვლევთ კიბოსმიერი ტკივილის ეტიოლოგიას; 3. შევაფასებთ ყველა სამკურნალო ვარიანტის გამოყენებას; 4. მოხდება პაციენტების ინფორმირება მისაღები ოპიატების ექვივალენტობაზე; 5. რეგულარულად შევაფასებთ ტკივილს ქულებში და ავსახავთ ბარათში; 6. საუბრები ტკივილის შესამსუბუქებლად.

ამ კარგად გაწერილი გეგმის მიუხედავად, მისი რეალიზება, განსაკუთრებით დაბალი /საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში ვერ ხერხდება; ექსპერტები თანხმებიან (79), რომ კიბოსმიერი ტკივილის შესახებ დაგროვილი ცოდნის, წამლებისა და ტექნიკის სწორი გამოყენებით პაციენტთა უმეტესობა სასურველ ანალგეზიას მიიღებს.

ექიმების დამოკიდებულება ტკივილის მართვისადმი

ონკოლოგიური ავადმყოფებისთვის დაავადების ნებისმიერ ეტაპზე მნიშვნელოვანია ტკივილის სწორი მართვა, რადგან დაავადების შემდგომ პროგრესირებასთან ერთად მატულობს ტკივილის სიხშირე, ხოლო მისი არასწორი მკურნალობის დროს იზრდება პაციენტთა ფიზიკური და ფსიქოლოგიური დისტრესი (5-9).

ამიტომ, ონკოლოგიურ ავადმყოფთა კომპლექსურ მკურნალობაში (82), მითუმეტეს დაავადების ადრეულ და შუალედურ სტადიებზე აუცილებელია ტკვილის დროული იდენტიფიცირება და ადეკვატური მართვა, რომლის გამოც ექიმთა ცოდნას ამაღლებას ტკვილის შეფასებასა და მართვაში პრიორიტეტი ენიჭება. კიბოსმიერი ტკვილის არასაკმარისი თერაპიის შესახებ 2 მეტა-ანალიზით დგინდება, რომ პაციენტებმა 30%-ში ვერ მიიღეს სათანადო მკურნალობა, თუმცა დინამიკაში მათი მდგომარეობა გაუმჯობესდა (83,84). ამავე კვლევით დადგინდა, რომ არასაკმარისი თერაპია ხშირია დაბალი შემოსავლების ქვეყნებში და არაონკოლოგიურ კლინიკებში. ექიმებს შორის კიბოსმიერი ტკვილის ცოდნის ანალიზმა აჩვენა, რომ მათ ამ კუთხით განათლების მუდმივი დეფიციტი აქვთ; ასევე დადგენილია, რომ საგანმანათლებლო პროგრამებს გავლენა აქვთ ექიმთა ცოდნაზე, დამოკიდებულებაზე და კომუნიკაციებზე; თუმცა პრაქტიკამ არ აჩვენა ცოდნის გაუმჯობესება (79). ონკოლოგების თვითშეფასებასა და ტკვილის მართვის პრაქტიკას შორის გამოვლინდა შეუსაბამობა ანუ მათ არ იციან თავიანთი ცოდნის ნაკლოვანებების შესახებ (85). მარტენს და სხვები / Martens et al. (86) ადასტურებენ, რომ ექიმი-გერიატრები ოპიოიდების დანიშვნისას ეყრდნობიან პირად გამოცდილებას. შესაბამისად, აუცილებელია ექიმების მომზადების ახალი სტრატეგიების შექმნა მაგ., საგანმანათლებლო პროგრამებში ტკვილზე ცოდნის გაუმჯობესებამ, შესაძლოა ხელი შეუწყოს პრობლემის გადალახვას და რჩევების შემოღებას დაავადების ადრეულ ეტაპზე ტკვილის სამკურნალოდ, ტკვილის შეფასებისა და მართვის შესახებ ახალი საგანმანათლებლო ტრენინგების დაგეგმვის პროცესში, მკვლევარები მუდმივად იძლევიან რეკომენდაციებს (87). ბოლო 40 წელია ავადმყოფებს სულ უფრო ხშირად ენიშნებათ ქიმიოთერაპია სხვადასხვა მოდიფიკაციით, თუმცა უნობია, თუ რა გავლენას ახდენს ასეთი მკურნალობა ონკოლოგიურ პაციენტთა ტკვილის სიხშირეზე და ადეკვატურ მართვაზე. მკურნალობის მეთოდები გავლენას ახდენს ტკვილის სიხშირეზეც, მაგ., სხივური თერაპიის შედეგად დადასტურებულია ტკვილის გახშირება (11), რაც დამატებით პრობლემებს უქმნის პაციენტებს და სამედიცინო პერსონალს.

კიბოსთან ასოცირებული ტკვილის შესახებ ლიტერატურის მიმოხილვით შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ტკვილის არასწორი მართვის ძირითადი მიზეზებია (12, 88):

1. ექიმები არ იყენებენ ტკვილის გაზომვის სტანდარტიზებულ ინსტრუმენტებს;
2. ექიმების შეზღუდული ცოდნა, განსაკუთრებით დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, რომელიც ტკვილის არაადეკვატური მართვის საფუძველია.

ამრიგად, განვითარებად ქვეყნებში კიბოსმიერი ტკვილის ოპტიმალურ მართვას (7) უნდა მიენიჭოს პრიორიტეტი და განხორციელდეს ძალისხმევა მართვის ბარიერების აღმოსაფხვრელად. აქედან გამომდინარე, აუცილებელია საქართველოშიც დაიგეგმოს ემპირიული, სანდო, ძლიერი მონაცემების მისაღები კვლევა, რათა მტკიცებულებებზე დაფუძნებით შექმნას ტკვილის მართვის ბარიერების აღმოფხვრი ახალი მიდგომა.

ექიმების განათლება და განწყობა/დამოკიდებულება ტკვილის მიმართ

ექიმების მიერ ტკვილის სტანდარტიზებული შეფასების ინსტრუმენტების იშვიათი გამოყენება, ანალგეზიის ეფექტურობაზე ცოდნის და რწმენის ნაკლებობა და ამის გამო ტკვილის არასწორი შეფასება შეცდომების წყაროა (80). ტკვილის შესახებ არსებული ლიტერატურის ანალიზით იკვეთება, რომ კიბოსმიერი ტკვილის მართვაში ექიმების ცოდნის ნაკლებობა, განსაკუთრებით ოპიოიდების ჩვენების, ტკვილის სიმძლიერის განსაზღვრის, ოპიოიდებით ადეკვატური მართვისა და მათი ხელმისაწვდომობის საკითხებში გადამწყვეტია (7,89,90). სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებულია ოპიოიდების მოხმარებასთან ასოცირებული ბარიერები, თუმცა ტკვილის სამართავად ოპიოიდების არასათანადო გამოყენება თითქმის ყველგან აიხსნება ექიმების ცოდნის დეფიციტით. ასეთი მდგომარეობა შეიძლება გამოწვეული იყოს (89) ოპიოიდებისადმი არსებული პოლიტიკით და მისი გავლენით განათლების სფეროზე, კერძოდ, თუ რამდენი დრო ეთმობა ტკვილის მართვას დიპლომამდელ, შემდგომ თუ პროფესიული გავითარების პროგრამებში. ამ მიმართულებით დღეს არსებული პოლიტიკა და კიბოსმიერი ტკვილის მართვა ნაკლებ პრიორიტეტულია ჯანდაცვის სისტემაში, რომლის გამოც ხშირია ტკვილის სწორი მართვის მიზნით ოპიოიდების დანიშვნა/გამოწერის რეგულირების წესების სიმრავლე და არსებული კლინიკური გაიდლაინების არცოდნა (91). ჯანდაცვის პროფესიონალების, მათ შორის ონკოლოგებში ქრონიკული ტკვილის შესახებ ცოდნის ნაკლებობა თავისთავად განაპირობებს არასწორ წარმოდგენას და ცრუ რწმენებს და ასევე შიშს, რომ მათი მეშვეობით პაციენტები შეიძლება გახდნენ ოპიოიდებზე დამოკიდებული და/ან მოახდინონ ამ მედიკამენტების არამიზნობრივი გამოყენება (26,92). ექიმებს ქრონიკული ტკვილის შესახებ ცოდნის ნაკლებობის გამო, ხშირად ერევათ ტკვილის განვითარების ძირეულად განსხვავებული მექანიზმის მქონე „ფიზიკური დამოკიდებულება“, „ტოლერანტობა“ და „დამოკიდებულების სინდრომი“; ისინი მათ აღიქვამენ როგორც ერთიან მოვლენას; ამდენად, ხშირად არაადეკვატურად

განსაზღვრავენ „დამოკიდებულების“ დიაგნოზს. ექიმები იმის შიშით, რომ ოპიოიდების დანიშვნის შემთხვევაში შესაძლოა ისეთი შეცდომა დაუშვან, რომ დასჯისა და დაჯარიმების საფუძველი გახდეს, საერთოდ თავს არიდებენ მის დანიშვნას ან ტკვილს არასწორად მკურნალობენ ((91). მიუხედავად იმისა, რომ ლიტერატურის სისტემური ძიებით დღემდე არ დადგინდა სარწმუნო ფაქტები იმის შესახებ, რომ ძლიერი ანალგეზიური მედიკამენტები იწვევენ დამოკიდებულებას (93), იგი კვლავ რჩება მნიშვნელოვან პრობლემად, თუმცა მისი სიმწვავე ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური, პოლიტიკური და კულტურული მახასიათებლების მიხედვით მერყეობს (94). ლიტერატურის ანალიზით ექიმებთან ასოცირებულია შემდეგი ბარიერები:

1. ექიმები უგულებელყოფენ პაციენტის ტკვილს, რამდგან მიაჩნიათ, რომ იგი კიბოს დროს გარდაუვალია და უკურნებელია;
 2. პაციენტის ტკვილის სიმძიმის არასწორი შეფასება, ხშირად მის მიერ "გმირული სახის" მიღმა ვითარების შეუმჩნეველობის გამო;
 3. ტკვილის მართვისთვის სუსტი ანალგეტიკების დანიშვნა;
 4. ანალგეტიკები ინიშნება საჭიროებისამებრ;
 5. ექიმები ვერ ხვდებიან, რომ ჩვეულებრივი დოზები ტკვილს არ ყოფნის;
 6. პაციენტისთვის რჩევების მიუცემლობა, თუ როგორ უნდა გამოიყენონ დადგენილი ანალგეტიკი მაქსიმალური სარგებელის მისაღებად;
 7. ანალგეზიური ეფექტანობის შესახებ ცოდნის ნაკლებობის გამო, ექიმები ამცირებენ დოზას, ან ეშინითა დოზის გაზრდა, ერთი ოპიოიდიდან მეორეზე გადასვლისას;
 8. შიში, რომ პაციენტი გახდება "დამოკიდებული" ძლიერი ოპიოიდზე;
 9. ექიმების რწმენა, რომ მორფინი არ უნდა გამოიყენონ მანამ, სანამ პაციენტი არ გახდება ტერმინალური და გააგრძელონ ნაკლებად ეფექტური წამლების დანიშვნა;
 10. პაციენტის მდგომარეობაზე მონიტორინგის არ არსებობა;
 11. ოპიოიდების უშედეგობისას დამხმარე ანალგეტიკების გამოყენების არ ცოდნა;
 12. შესაძლებლობის შემთხვევაში ალტერნატიული საშუალების არ გამოყენება;
- ამრიგად, კიბოსმიერი ტკვილის შეფასებაში ექიმების განათლების ნაკლებობა (7), მცდარი შეხედულებები ოპიოიდებზე და გვერდითი მოვლენების განვითარების შიში, განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებში იწვევს ტკვილის არასაკმარის მართვას. მიუხედავად იმისა, რომ სხვადასხვა ქვეყანაში ექიმებთან ასოცირებული ბარიერები მსგავსია, რელიგიური, კულტურული, სოციო-ეკონომიკური და სხვა ფაქტორები განსხვავებულად მოქმედებენ ექიმთა ტკვილის მართვისადმი დამოკიდებულებაზე. ამდენად, ექიმებთან ასოცირებული ბარიერების

დადგენა/აღმოფხვრა შესაძლებელია შესაბამის ქვეყანაში სათანადო კვლევის ჩატარებით.

1.4. ოპიოდების მარეგულირებელ დოკუმენტებთან ასოცირებული ბარიერები

1.4.1. ოპიოდების მარეგულირებელი დოკუმენტები სხვადასხვა ქვეყანაში

სხვადასხვა ქვეყანაში კიბოსმიერი ტკვილის მართვის ბარიერების ძიებამ აჩვენა, რომ არასწორი მართვის მთავარი მიზეზი იყო ოპიოიდის გამოყენების შეზღუდვა; ჯანმო-ს მორფინი შეტანილი აქვს „ესენციური წამლების“ ანუ სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი, აუცილებელი წამლების სიაში (95);

ამიტომ, ოპიოიდი საჭიროების დროს ნებისმიერი ადამიანისთვის, ნებისმიერ დროსა და ადგილას ხელმისაწვდომი უნდა იყოს (96).

თუმცა, ზოგიერთი ქვეყნის სასამართლომ მიიღო შეზღუდვები, ნაცვლად იმისა, რომ ეხელმძღვანელა 1961 წელს ნარკოტიკების უკანონო მოხმარების კონტროლის მიზნით მიღებული ნარკოტიკების ერთიანი კონვენციით და 1972 წლის ოქმის შესწორებებით (97,98). ზოგმა ქვეყანამ, ნარკოტიკების უკანონო გამოყენების წინააღმდეგ უფრო მკაცრი რეგულაციები დააწესა, ვიდრე ერთიანი კონვენცია ურჩევდა (98).

სასამართლო ხელისუფლების მიერ დაწესებული შეზღუდვების გამო, პაციენტები ხშირად კარგავენ ტკვილის ეფექტური მართვის შანსს (97,98).

მაროკოში, ფილიპინებსა და ეგვიპტეში ოპიოიდის დანიშვნის უფლებისთვის ექიმმა უნდა მიიღოს ლიცენზია (97), რომლის მსურველებმა უნდა მიიტანონ პოლიციის ნებართვა ან ოპიოდზე შარდის ანალიზის უარყოფითი პასუხი ან სისხლის სამართლის ინსპექტორის დასკვნა (99).

ერთიანი კონვენციის საწინააღმდეგოდ ზოგიერთმა ქვეყანამ შემოიღო რეცეპტის სპეციალური დანიშნულების ფორმა. მაროკოში ასეთი ფორმის მიღება ექიმს შეუძლია განსაკუთრებული განაცხადების საფუძველზე; ფილიპინებში - რეცეპტის ფორმების მისაღებად ექიმი იხდის თანხას, თურქეთში - საჭიროა სპეციალური ფორმების მიღება (97). ჩინეთში მხოლოდ მე-3 დონის ჰოსპიტლებს აქვთ ოპიოიდის გაცემის უფლება, რაც ართულებს შორეულ ადგილებში მიწოდებას (67).

თურქეთში იზღუდება მორფინის დღიური დოზა, ხოლო ფილიპინებში - თვითური, ეგვიპტეში - 1 რეცეპტის დოზა, ზოგჯერ იზღუდება რეცეპტის მაქსიმალური დრო; კამბოჯაში, ეგვიპტესა და მაროკოში რეცეპტის მოქმედების დრო 7 დღეა, არგენტინასა და იორდანიაში - 10 დღე. ჩინეთში მორფინი იზღუდება მოქმედების სისწრაფით, იგი

ინიექციური მორფინისთვის 3 დღეა, პროლონგირებული აბისთვის - 7 დღე, სწრაფი გამოთავისუფლების აბისთვის - 15 დღე (97). ეს ხდება იმ ფონზე, როცა ჯანმო (100) აცხადებს, რომ მკაცრი მოთხოვნები ექიმების მიმართ 50%-ზე მეტით ამცირებს კონტროლირებადი წამლების დანიშვნას.

2015 წლის ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს ცნობით მსოფლიოში ოპიოიდური ანალგეტიკების 95%-ს მოიხმარს მსოფლიოს მოსახლეობის 15% (აშშ, კანადა, დასავლეთ ევროპა, ზელანდია, ავსტრალია), ხოლო ოპიოიდების დარჩენილ 5%-ს მსოფლიოს მოსახლეობის 85% ანუ განვითარებადი ქვეყნები, სადაც სამედიცინო ოპიოიდების გამოყენებაზე მოქმედი რეგულაციებით შეზღუდულია მათზე წვდომა ან არ აქვთ (7).

ცხრილი 2-ში მოყვანილია საერთაშორისო ექსპერტების მიერ კონსენსუსის წესით მიღებული ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის შემზღუდველი სხვადასხვა რეგულაციური ბარიერები და შესაბამისი ინდიკატორები.

ცხრილი N2

ოპიოიდური ანალგეტიკების ხელმისაწვდომობის რეგულაციური ბარიერები და ინდიკატორები

| ჯანმო, W.Scholten (89) (ვ.შოლტენი) | Maurer et al. (90)(მაურერი) | ESMO/EAPC- GOPI (101) |
|---|---|---|
| დღიური დოზის მაქსიმუმი; ოპიოიდის გამოსაწერად მცირე დრო; დანიშვნა/გამოწერის შეზღუდვა გარკვეულ სტატუსებზე; სპეციალობების შეზღუდვა, ოპიოიდის დანიშვნა/ გამოწერაზე; ფარმაცევტს/ექიმებს არ აქვთ ოპიოიდის გაცემის უფლება; | შეზღუდვა წამლის მაქსიმალურ დოზაზე; შეზღუდვა გამოსაწერი წამლის რაოდენობაზე; რეცეპტის ვარგისობის ხანმოკლე დრო; სპეციალობის შეზღუდვა ოპიოიდის დანიშვნა/ გამოწერაზე; | შეზღუდვა დოზირებაზე; რეცეპტზე გამოსაწერი წამლის მარაგის შეზღუდვა; გადაუდებელ სიტუაციაში ოპიოიდის დანიშვნა/ გამოწერის უფლება; პაციენტის რეგისტრაციაზე უფლება; ოპიოიდის გამოსაწერად ავტორიზაცია, ლიცენზია; შეზღუდვა ოპიოიდის გაცემის უფლებაზე; |

| | | |
|---|--|--|
| <p>სპეციალური რეცეპტის ფორმის ვალდებულება და 2-4 ასლის მოთხოვნა. რთულია რეცეპტის მოპოვება თანხის გადახდის დროსაც; ოპიოიდების გაცემა ხდება პოლიციის შენობიდან.</p> | <p>ბარიერები რეცეპტის ფორმის მოპოვებაზე; მაღალი ჯარიმები არასწორ წარმოებაზე; ოფიციალური შეზღუდვა გამოწერაზე, მიუხედავად სამედიცინო ჩვენებისა;</p> <p>წამლის ხელმისაწვდომობის ეროვნული პოლიტიკის ნაკლებობა.</p> | <p>ფარმაცევტის უფლება ტექნიკური შეცდომის შეასწორობაზე;</p> <p>სპეციალური რეცეპტის ფორმა, ორმაგი რეცეპტი; რეგულაციებში სტიგმის შემცველი ტერმინები</p> |
|---|--|--|

მოყვანილია სხვადასხვა ქვეყანაში ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების მოქმედი ბარიერები - კონკრეტული ოფიციალური შემზღუდავი რეგულაციები, რომლებიც ჯანდაცვის პროვაიდერებს აიძულებს, რომ გამოიჩინონ მაქსიმალური სიფრთხილე ან შესაძლებლობის შემთხვევაში საერთოდ თავიდან აიცილოს ოპიოდის დანიშვნა და/ან გამოწერა. იურიდიული სანქციები კი დამატებით ხელს უშლის ტკივილის თერაპიის ეფექტურ წარმოებას. ცხრილის გრაფებში ჩამოთვლილი ბარიერები წარმოადგენს ამა თუ იმ ქვეყანაში ოპიოიდების მოხმარების შეფასების ინდიკატორს (102).

განვითარებად ქვეყნებში კიბოსმიერი ტკივილის ადეკვატური მართვის მრავალი ბარიერიერიდან, ოპიოიდების შემზღუდაველი რეგულაციები წამყვანია, რომლებიც შეზღუდვებისა და აკრძალვების მიხედვით მნიშვნელოვნად ვარიერებს ქვეყნებს შორის. ამიტომ, საჭიროა გაძლიერდეს პრევენციის სტრატეგიები, რათა ვმართოდ კიბოსთან ასოცირებული ტკივილი და უზრუნველყოთ პაციენტთა კომფორტი (7). ამრიგად, იმისათვის, რომ განვითარებად ქვეყნებში გადაილახოს უფსკრული კიბოსმიერი ტკივილის ადეკვატურ მენეჯმენტსა და ტკივილის ტვირთს შორის, აუცილებელია ტკივილის მართვის არსებული შეზღუდვების ყოველმხრივი შესწავლა და ანალიზი, რაც ამ შრომის ერთერთი მთავარი ამოცანაა.

1.4.2. ოპიოდების მარეგულირებელი დოკუმენტები ყოფილ საბჭოთა კავშირში

XX საუკუნეში ყოფილი საბჭოთა კავშირი, დანარჩენი მსოფლიოდან განსხვავდებოდა როგორც ეკონომიკური განვითარების მოდელითა და დონით, რომელიც ეკონომიკური გამოწვევების ნაცვლად, პასუხობდა იდეოლოგიურს, ისე იგივე პრინციპებზე დაფუძნებული სამედიცინო განათლებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებით; ამის კარგი მაგალითია, იმ პერიოდის იდეოლოგიური პრინციპი, რომ „საბჭოთა პაციენტი, მსოფლიოში ყველაზე ჯანმრთელი ავადმყოფი იყო“.

ამ პრინციპიდან გამომდინარე, საბჭოთა სამედიცინო განათლება და ჯანდაცვის სისტემა არ აღიარებდა ტკვილის საფუძველზე განვითარებულ ტანჯვას და შესაბამისად მისი მოხსნის საჭიროებასაც. ასეთივე დამოკიდებულება იყო კიბოსთან ასოცირებული ტკვილების ოპიოიდებით მართვის მიმართაც, რომელსაც იშვიათად იყენებდნენ და ისიც მხოლოდ სიცოცხლის ბოლოს; კიბოსმიერი ტკვილის მართვისადმი ასეთი არაადეკვატური დამოკიდებულების ფაქტობრივი მტკიცებულება არის, იმ დროის წამყვანი საბჭოთა ონკოლოგების, მ. გერშანოვიჩისა და მ. პაიკინის რედაქციით 1980 წელს გამოქვეყნებული წიგნი (103) „შორს წასული ავთვისებიანი სიმსივნეების მქონე ავადმყოფების სიმპტომური მკურნალობა“-ს შესახებ, რომელშიც მინიმალურად განიხილავება ძლიერი ტკვილის მართვა. წიგნის ავტორები კოლეგებს ურჩევენ, რომ ძლიერი ტკვილის შემთხვევაში გამოიყენონ ოთხი აბი აცეტილსალიცილის მჟავა პარაცეტამოლთან კომბინაციაში, რომელიც ეფექტურია და ნაკლებად ოპიოიდები, რადგან ეს უკანასკნელი იწვევს ინტოქსიკაციას, მოდუნებას, სუნთქვის დათრგუნვას, გუსრევა/ღებინებას, ყაბზობას. ამასთან, ექიმებს ურჩევენ, რომ მორფინის ერთჯერადი საინექციო დოზა კანქვეშ გაკეთების დროს არ უნდა იყოს 20 მგ-ზე ანუ ორ ამპულაზე მეტი, ხოლო დღიურ დოზა - მაქსიმუმ 50 მგ-ზე მეტი ანუ ხუთი ამპულა (103). უმაღლეს სამედიცინო სკოლებში, ტკვილი და მისი მართვა, როგორც საგანი არ ისწავლებოდა, ისე როგორც პალიატიური მზრუნველობა, რომელიც პაციენტებზე მზრუნველ მრავალდარგოვან გუნდში რელიგიურ მსახურსაც გულისხმობდა, რაც არსებულ საბჭოთა ათეისტურ იდეოლოგიისთვის მიუღებელი იყო. ამის დასტურია იმ დროის ონკოლოგიის საუკეთესო სახელმძღვანელოთა სარჩევი და შინაარსი (104,105,106). საბჭოთა სამედიცინო რეგულაციებით ოპიოიდების დანიშვნა შეიძლებოდა მხოლოდ იმ ინკურაბელური ონკოლოგიური პაციენტებისთვის, ვისაც მინიჭებული ჰქონდა IV კლინიკური ჯგუფი (103-107). კლინიკური ჯგუფები შემოიღებული იყო ყოფილი საბჭოთა კავშირის ჯანდაცვის

სამინისტროს მიერ და იგი დღემდე მოქმედებს ყოფილი სსრკ-ს მრავალ ქვეყანაში, მათ შორის საქართველოშიც. კლინიკური ჯგუფების შესაბამისად კლასიფიცირდებოდა სხვადასხვა სტადიაზე მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების საჭიროებები. I კლინიკურ ჯგუფში - კიბოსწინა დაავადების მქონე პირები; II კლინიკური ჯგუფი - პირები, ვისაც დაუდგნდათ ავთვისებიანი სიმსივნე და რადიკალურ მკურნალობას საჭიროებენ; III კლინიკური ჯგუფი - ის ონკოლოგიური პაციენტები, ვინც რადიკალური მკურნალობა დაასრულა და რემისიაში არიან; IV კლინიკური ჯგუფი - ონკოლოგიური პაციენტები, ვისთვისაც ანტისიმსივნური მკურნალობის ჩატარება შეუძლებელია და მხოლოდ პალიატიურ დახმარებას საჭიროებენ (107). ამრიგად, ყოფილი საბჭოთა რეგულაციებით ოპიოდის მიმღები შეიძლება ყოფილიყო მხოლოდ ის ონკოლოგიური პაციენტი, ვისაც IV კლინიკური ჯგუფი მიენიჭებოდა (103-107). კიბოსმიერი ტკივილის მქონე განუკურნებელ პაციენტებს სუსტი ანალგეტიკების ეფექტურობის მაქსიმალური ამოწურვის შემდეგ ენიშნებოდათ, და ისიც, დღეში მხოლოდ 1-2 ამპულა; ამისთვის, იმ ამბულატორიაში, სადაც პაციენტი აღრიცხვაზე იყო, სპეციალურ კომისიას, რომელსაც ხელმძღვანელობდა დირექტორის მოადგილე სამკურნალო დარგში, ამჟამად კი კლინიკური დირექტორი, უნდა დაედგინებინა ოპიოდის გაკეთების საჭიროება, რომელსაც დამატებით ხელმოწერით დაამოწმებდა მკურნალი ექიმი და კიდევ ორი სხვა ექიმი; შემდეგ ექიმი ექთანთან ერთად მიდიოდა პაციენტის ოჯახში, პაციენტს უკეთებდნენ ოპიოდის ინიექციას და ცარიელ ამპულას აბარებდნენ სპეციალურ კომისიას გასანადგურებლად. ოპიოდის დოზის მატება ხდებოდა 1 კვირის შუალედით, 1 ამპულით, ტკივილდაყუჩებისადმი ასეთი მიდგომა იწვევდა ავადმყოფთა ტანჯვა-წამებას, ისევე როგორც მათი ოჯახის წევრების და სამედიცინო პერსონალის უკმაყოფილებას. კიბოსმიერი ტკივილის მართვისადმი ასეთი დამოკიდებულება გრძელდებოდა 2008 წლამდე, ხოლო ზოგიერთ ყოფილ საბჭოთა ქვეყანაში გრძელდება დღემდე. ეს ყოველივე ხდება მაშინ, როდესაც ტკივილის შესწავლის საერთაშორისო ასოციაცია მხარს უჭერს, რომ ტკივილის შემსუბუქება *აღიარებული იყოს, როგორც ადამიანის უფლება, რომ ქრონიკული ტკივილი თავისთავად განიხილებოდეს დაავადებად და ტკივილს მართვას ჰქონდეს სამედიცინო სპეციალობის სრული სტატუსი* (108). დღეისთვის საქართველოში ტკივილის მედიცინა და პალიატიური მზრუნველობა არის ქვესპეციალობა. კიბოს მქონე პაციენტთა ტკივილის შესახებ ლიტერატურის მიმოხილვით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ:

1. კიბოს მკურნალობისას ტკვილი ისევე ხშირია, როგორც მისი არასწორი მართვა, რაც კავშირშია ტკვილის დროულ გამოვლენასთან და მისი ადექვატურ მართვასთან;
2. კიბოსმიერი ტკვილის სიხშირეზე და მართვაზე გავლენას ახდენს ქვეყნების ეკონომიკური მდგომარეობა, ექიმთა ცოდნის დონე, პაციენტთა განათლება, რქმენა, კულტურა, სოციალური და ემოციური სტატუსი, (17,25,26);
3. განვითარებად ქვეყნებში ხშირია კიბოსმიერი ტკვილი და მისი არასწორი მართვა, რომელიც ასოცირდება ტკვილის დასახელებულ ბარიერებთან; ამრიგად, ექიმთა განათლება, ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობა და სამედიცინო ოპიოიდების ხელმისაწვდომობა კორელირებს ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების დონესთან, რომელზეც დამოკიდებულია კიბოსმიერი ტკვილის სიხშირე და მართვა. ამის დასტურია ისიც, რომ სამედიცინო ოპიოიდური ანალგეტიკების 95%-ს მოიხმარს მსოფლიოს მოსახლეობის 15% (აშშ, კანადა, ევროპა, ავსტრალია და სხვა.), დანარჩენი მოსახლეობა ოპიოიდების მხოლოდ 5%-ს (7). აქედან გამომდინარე და საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში არსებული მდგომარეობის გათვალისწინებით, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ მსოფლიოში მოქმედი ჯამრთელობის დაცვისა და სამედიცინო განათლების სისტემებისგან განსხვავებით, საქართველო (იყო განვითარებული და გახდა განვითარებადი ქვეყანა), რომელიც წარმოადგენს ნაწილობრივ საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის გაგრძელებას ექიმების მენტალობის (უფროსი თაობის) ჩათვლით და ნაწილობრივ დასავლური მედიცინის (ტექნოლოგიებითა და ექიმთა მიდგომებით), რაც ქმნის სრულიად განსხვავებულ ჯანდაცვის სისტემას. ამიტომ, ამ ჰიბრიდულ პირობებში მნიშვნელოვანია კიბოს მკურნალობის დროს ტკვილის სიხშირისა და მისი მართვის ბარიერების შესწავლა, მითუმეტეს, რომ ყოფილ საბჭოთა ქვეყნებში მსგავსი სამეცნიერო კვლევა ლიტერატურულ წყაროებზე დაფუძნებით დღემდე ჩატარებული არ არის.

თავი 2.

კვლევის მასალები და მეთოდები

2.1. კიბოთი ავადობის კვლევის მასალები და მეთოდები საქართველოში

საქართველოში კიბოს ინციდენტობა შესწავლილი იქნა პოპულაციური რეგისტრის 5 წლის (2015-2019) მონაცემთა ელექტრონული ბაზის საფუძველზე. გაანალიზდა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის კიბოს პოპულაციურ რეგისტრის 2015-2019 წლების მონაცემთა ელექტრონული ბაზა კიბოს 52178 რეგისტრირებული შემთხვევის შესახებ (NCDC). სულ შესწავლილი იყო 5 წლის მონაცემები კიბოთი ავადობის შესახებ თბილისში და საქართველოს რეგიონებში მამაკაცთა და ქალთა მოსახლეობაში კიბოს ლოკაციებისა და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით. მონაცემთა ბაზები დამუშავდა სტატისტიკურად პროგრამული პაკეტის Microsoft Excel-ის გამოყენებით. ჩატარდა დესკრიპტული ეპიდემიოლოგიური კვლევა კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (IARC, Lyon), კიბოს რეგისტრთა საერთაშორისო ასოციაციის (IACR, Lyon), კიბოს რეგისტრთა ევროპის ქსელის (ENCR, Lyon) და კიბოს წინააღმდეგ ბრძოლის საერთაშორისო კავშირის (UICC, Geneva) მიერ რეკომენდებული მეთოდიკით (Ahlbom A., Norell S., 1984; Boyle P., Parkin D.M., 1988; Gardis L., 2004; Fos P., Fine D., 2005; Agostina R. et al., 2006; Bhopal R., 2008. აკლბომ ა., ნორელ ს. 1984; ბოილ პ., პარკინ დ. 1988; გარდასის ლ., 2004; ფოს ფ., ფაინ დ., 2005; აგოსტინა რ., 2006; ბჰოპალ რ. 2008). მიღებული სტატისტიკური მაჩვენებლები წარმოდგენილი იქნა ცხრილების სახით, ხოლო პროგრამული პაკეტის PowerPoint-ის საშუალებით გამოსახული იქნა გრაფიკულად. გამოანგარიშებული იქნა შემდეგი სტატისტიკური მაჩვენებლები:

1. ავადობისა და გარდაცვალების უხეში მაჩვენებელი (Crude Rate);
2. ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი (Age-Specific Rate);
3. ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Age-Standardized Rate - ASR);
4. ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI ASR);
5. ასაკით კორექტირებული მაჩვენებელი [Age-Adjusted Rate- AAR];
6. ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI AAR);
7. სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (Standardized Rate Ratio- SRR);

8. სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI SRR);
9. კუმულაციური რისკის მაჩვენებელი (Cumulative Risk-CR);
10. კუმულაციური რისკის (CR64, CR74) მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI CR).

ავადობისა და სიკვდილიანობის ინდიკატორების კალკულაციისას გამოყენებული იქნა შემდეგი ფორმულები:

უხეში მაჩვენებელი (Crude rate- C)

უხეში (ინტენსიური) მაჩვენებელი გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$C = (R/N) * 100,000 = (\sum_{Ai=1} ri / \sum_{Ai=1} ni) * 100,000$$

სადაც

1. R- არის რეგისტრირებული შემთხვევების (დაავადების, უუნარობის, გარდაცვალების) საერთო რაოდენობა,
2. N- არის ადამიანი-წელის საერთო რაოდენობა,
3. ri- არის i ასაკობრივ ჯგუფში რეგისტრირებული შემთხვევების (დაავადების, უუნარობის, გარდაცვალების) რაოდენობა,
4. ni- არის i ასაკობრივ ჯგუფში ადამიანი-წელის რაოდენობა.
5. i ასაკობრივი ჯგუფების საერთო რაოდენობა (A) ძირითადად შეადგენს 18 (A=18) შემდეგი 5-წლიანი ინტერვალებით: 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85 და მეტი.

ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირე (Age-specific rate - ai)

ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებელი (ai) თითოეული ასაკობრივი

ჯგუფისათვის (i) გამოთვლილი იქნა ფორმულით: $ai = (ri / ni) * 100,000$

ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Age-Standardized Rate - ASR)

ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$ASR = \sum_{Ai=1} ai * wi / \sum_{Ai=1} wi$ სადაც ai- არის ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი,

wi- არის i ასაკობრივი ჯგუფისათვის სტანდარტული (მსოფლიო სტანდარტი)

პოპულაციის რაოდენობა.

ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95%

CI ASR) 95% CI ASR გამოთვლილი იქნა ფორმულით: $95\% \text{ CI ASR} = ASR \pm 1.96 * SE (ASR)$

სადაც

SE – სტანდარტული ცდომილება (Standard Error) - გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$SE (ASR) = \sqrt{[\sum_{Ai=1} (a_i * w_{2i} * 100,000 / n_i)] / \sum_{Ai=1} w_i}$$

ასაკით კორექტირებული მაჩვენებელი [Age-Adjusted Rate- AAR]

ასაკით კორექტირებული მაჩვენებელი (AAR) გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$AAR = \sum_{Ai=1} a_i \times w_i$ სადაც a_i - არის i ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი, w_i - არის სტანდარტული პოპულაციის i ასაკობრივი ჯგუფის ხვედრითი წონა.

ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI AAR) 95% CI AAR გამოთვლილი იქნა ფორმულით: $95\% \text{ CI AAR} = AAR \pm (1.96 * SE \text{ AAR})$

სადაც SE – სტანდარტული ცდომილება (Standard Error) - გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$SE \text{ AAR} = AAR / \sqrt{R} \text{ სადაც } R \text{ არის შემთხვევების (ავადობის, გარდაცვალების)}$$

აბსოლუტური რაოდენობა.

სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (Standardized Rate Ratio- SRR)

სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) გამოითვალა ფორმულით: $SRR = ASR_1 / ASR_2$

სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების სარწმუნოების 95%-იანი

ინტერვალი (95% CI SRR) 95% CI SRR გამოთვლილი იქნა ფორმულით: $95\% \text{ CI SRR} = (ASR_1/ASR_2) \pm 1.96 / \sqrt{\chi^2}$ სადაც $\chi = (ASR_1 - ASR_2) / \sqrt{(SE(ASR_1))^2 + SE(ASR_2)^2}$

კუმულაციური რისკი (Cumulative Risk- CR)

0-74 წლის პერიოდისთვის, კუმულაციური რისკის (CR0-74) მაჩვენებელი

გამოთვლილი იქნა ფორმულით: $CR(0-74) = 100 * [1 - \exp (-\text{Cum. Rate} (0-74) / 100)]$

სადაც Cum. Rate (0-74) არის კუმულაციური სიხშირე 0-74 წლის პერიოდისათვის და

გამოთვლილი იქნა ფორმულით: $\text{Cum. Rate} (0-74) = \sum_{15i=1} a_i * t_i / 1000$ სადაც a_i – არის

ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი i ასაკობრივი ჯგუფისათვის t_i პერიოდში

(წლებში). ვინაიდან ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებლები შეისწავლება 5 წლიანი

ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, როგორც წესი თითოეული ასაკობრივი

ჯგუფისათვის $t_i=5$.

კუმულაციური რისკის მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI CR)

კუმულაციური რისკის მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალის

მაჩვენებლები, კუმულაციური რისკის მაჩვენებლების ანალოგიურად გამოითვლება

კუმულაციური სიხშირის მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალის

მაჩვენებლებიდან. კუმულაციური სიხშირის მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი

ინტერვალი (95% CI Cum. Rate) გამოთვლილი იქნა ფორმულით: $95\% \text{ CI Cum. Rate} = \text{Cum. Rate} \pm (1,96 * \text{SE Cum. Rate})$ სადაც $\text{SE Cum. Rate} = \sqrt{[\sum_{i=1}^n (a_i * t_i^2 / n_i) / 1000]} * 10$ გადარჩენის მაჩვენებელი. მის გასათვლელად გამოიყენება როგორც პირდაპირი, ისე არაპირდაპირი მეთოდები (NCDC.ge). გადარჩენის მაჩვენებლების გასათვლელად ყველაზე მარტივია პირდაპირი მეთოდის გამოყენება; იგი აჩვენებს იმ პაციენტების პროცენტულ რიცხვს, რომლებიც მკურნალობის შედეგად გადარჩენ დაინტერესებული პერიოდის ბოლომდე (მაგ., ხუთწლიანი ან ათწლიანი პერიოდი). მეთოდი არ ითვალისწინებს დაკვირვების პერიოდში (მაგ. ხუთწლიანი) პაციენტების ჯგუფში გადარჩენის არსებულ განსხვავებებს; კაპლან-მეიერის მეთოდი ყველაზე პოპულარულია გადარჩენის ალბათობის შეფასების არაპირდაპირი მეთოდებიდან. თითოეული შემთხვევისთვის (სიკვდილისთვის) ის ითვალისწინებს გამოვლენის მომენტს (რაც სავარაუდოდ შემთხვევით მოხდება) კვლევის დროს (მაგალითად, 5 წელი) და აერთიანებს გადარჩენის ალბათობას, რაც გამოითვლება შემდგომი დროის ინტერვალებისთვის. ყოველი დროის ინტერვალი, რომელიც უმეტესად არათანაბარია, განისაზღვრება, როგორც დროის მონაკვეთი ორ მომდევნო მოვლენას (სიკვდილს) შორის (<https://test.ncdc.ge/>). გადარჩენის კონცეფციის მიხედვით, 1 ან 5 წლის შემდეგ პაციენტი ცოცხალი იქნება, თუმცა დაავადება შეიძლება განმეორდეს ან არ განმეორდეს. გადარჩენის მერიდიანის პერიოდი არის დროის საშუალო ხანგრძლივობა (მკურნალობის დაწყებიდან ან დიაგნოსტიკის დროიდან), რომლის დროსაც პაციენტი გადარჩებიან.

2.2. რეტროსპექტული კვლევის სამიზნე ჯგუფები და მეთოდები

რეტროსპექტული კვლევის მიზანი იყო ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკვილის სიხშირის, ტკვილის სიმძლიერის შეფასების საშუალებების, დანიშნული ანალგეტიკების ადეკვატურობის და ეფექტურობის შესწავლა, აგრეთვე ტკვილის მართვის ხელშემშლელი ფაქტორების გამოვლენა.

კვლევის პროექტმა ბიოეთიკური შეფასება გაიარა საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის ბიოსამედიცინო კვლევების ეთიკის საკითხთა საბჭოს მიერ, მიიღო დადებითი შეფასება და დამტკიცდა ცვლილებების გარეშე; კვლევის კოდი: UGREC-08-20 (დანართი N1).

საქართველოს ონკოლოგიური პროფილის სამედიცინო დაწესებულებებში ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკვილის სიხშირის, მისი

სიძლიერის განსაზღვრის საშუალებების, დანიშნული ტკვილგამაყუჩებელი მედიკამენტების და მიღებული შედეგების არსებული მდგომარეობის დასადგენად შესწავლილი იქნა თბილისისა და ბათუმის 6 სხვადასხვა კლინიკის არქივში დაცული 354 ნამკურნალევი ონკოლოგიური პაციენტის სამედიცინო ბარათი (იხ. ცხრილი 3).

ცხრილი 3.

სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებშიც ჩატარდა ონკოლოგიურ პაციენტთა რეტროსპექტული კვლევა

| სად იმკურნალა | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square | df | Asymp. Sig. |
|--------------------------------|------------|------|------------|----------|------------|----|-------------|
| უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი | 95 | 26.8 | 59 | 36 | 97.13 | 4 | .000 |
| კავკასიის სამედიცინო ცენტრი | 1 | 0.3 | 59 | -58 | | | |
| მედცენტრი (ბათუმი) | 97 | 27.4 | 59 | 38 | | | |
| ნეომედი | 97 | 27.4 | 59 | 38 | | | |
| სხივური მედიცინის ცენტრი | 0 | 0.0 | 59 | -59 | | | |
| ავერსის ცენტრალური კლინიკა | 64 | 18.1 | 59 | 5 | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

რეტროსპექტულ კვლევაში ჩართული 354 ონკოლოგიური პაციენტი დაავადებული იყო 36 სხვადასხვა ლოკაციის ორგანოს ავთვისებიანი სიმსივნით, რომელიც ასახავს ქვეყანაში ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურას, რაც ასახულია დანართში 2 და 3. ყველა პაციენტს ჩატარებული ჰქონდა გარკვეული რადიკალური ან პალიატიური სპეციალური მკურნალობა (ქირურგიული, მედიკამენტური და/ან სხვური თერაპია ცალკე ან კომბინაციაში), რომელიც წარმოდგენილია დანართი 4-ში. რეტროსპექტულ კვლევაში ჩართული ონკოლოგიური პაციენტები წარმომადგენდენ საქართველოს ყველა რეგიონს (იხ. დანართი 5). კერძოდ, კიბოს მქონე 168 (47.5%) პაციენტი იყო დასავლეთ საქართველოს სხვადასხვა რაიონიდან, 98 (27.7%) პაციენტი იყო აღმოსავლეთ საქართველოდან, 88 (24.0%) პაციენტი - თბილისიდან.

კვლევაში ჩართული 354 ონკოლოგიური პაციენტები წარმოადგენდა ყველა ასაკობრივ ჯგუფს (იხ. დანართი 6); მათი ასაკი მერყეობდა 22–94 წლის ფარგლებში. საშუალო ასაკი იყო 63.2 წელი. 51 წლამდე იყო 36 (10.2%) პაციენტი, 51-70 წლის ფარგლებში - 234 (66.1%), 70 წლის ზემოთ იყო 84 (23.7%) ავადმყოფი (Chi-Square 214.33; $p < 0.05$). კვლევა დაიწყო 2019 წლის ბოლოს უნივერსალური სამედიცინო ცენტრიდან, ყოფილი ა. ღვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის არქივში დაცული სამედიცინო ბარათების კვლევით; კერძოდ, იმ პაციენტთა ისტორიების შესწავლით, რომლებმაც კიბოს გამო ჩაიტარეს რადიკალური და/ან პალიატიური მკურნალობა სხვადასხვა მეთოდით. არქივში დაცული სამედიცინო ბარათების შესასწავლად შემუშავდა სპეციალური კითხვარი 1. (იხ. დანართი 7); მის შედეგაში მონაწილეობდნენ უნივერსალური სამედიცინო ცენტრის (ყოფილი პროფესორ ა. ღვამიჩავას ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის) ონკოლოგები და პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტები. კითხვარის ადაპტირება აპრობაციით მოხდა 2019 წლის დეკემბერში უნივერსალურ სამედიცინო ცენტრის ქიმიო- და სხივური თერაპიის დეპარტამენტში.

კვლევაში პაციენტთა ჩაერთვის კრიტერიუმები იყო: ნებისმიერი ლოკაციის ორგანოს ავთვისებიანი სიმსივნის გამო ნამკურნალები პაციენტის სამედიცინო ბარათი; საქართველოს მოქალაქე, ქართულ ენის მცოდნე და კოგნიტური; ქალი და მამაკაცი; ასაკი 18 წელი და მეტი; პაციენტის ფუნქციური მდგომარეობა ECOG-ის გრადაციათა შუალით უნდა 1 და 2.

კვლევაში ჩართვის უკუჩვენება: ონკოლოგიური ინკურაბელური პაციენტი, COVID-19-ის მქონე პაციენტი (ან გადატანილი თუ ჰქონდა).

რეტროსპექტული კვლევის მეორე ნაწილს წარმოადგენდა იმ პაციენტთა სატელეფონო გამოკითხვა, ვისაც სამედიცინო ბარათები ეკუთვნოდა, რათა მიღებული ინფორმაცია გადაგვემოწმებინა. პაციენტთა ტელეფონით გამოკითხვა ხდებოდა კითხვარი 3-ით (იხ. დანართი N8); კითხვარი 3, ისევე როგორც კითხვარი 1 შეიქმნა უნივერსალური სამედიცინო ცენტრის კლინიკური ონკოლოგების მონაწილეობით. აპრობირებული იყო ქიმიოთერაპიული დეპარტამენტის 10 პაციენტის ბაზაზე 2019 წელს დეკემბერ-იანვარში; ტელეფონით გამოკითხვა გაგრძელდა 2020 წლის ივლისამდე ანუ მანამდე, სანამ სრულად არ შეგროვდა იმდენივე ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებული პაციენტი (354), რამდენიც სამედიცინო ბარათებით იყო შესწავლილი. ტელეფონით გამოკითხვის დასაწყებად მკურნალობის დასრულებიდან გასული უნდა ყოფილიყო

მინიმუმ 1 თვე. რეტროსპექტულად მოპოვებული მონაცემების საფუძველზე შეიქმნა მონაცემთა ელექტრონული ბაზა - dBase 1; მასში A-დან 0-ასოს ჩათვლით შეყვანილი იქნა 354 პაციენტის სამედიცინო ბარათის მონაცემი, ხოლო შემდგომ პაციენტთა ტელეფონით გამოკითხვისას მიღებული ინფორმაცია. მასალა დამუშავებული იქნა პროგრამული პაკეტის SPSS-ის საშუალებით. კვლევის შედეგები მკურნალობის დროს ტკვილის მიხედვით III კითხვარით ტელეფონით გამოკითხული პაციენტები კითხვაზე გკონდათ თუ არა მკურნალობისას ტკვილი დიქტომური პასუხის მიხედვით (კი/არა) დაიყო ორ ჯგუფად: ჯგუფი 1 - პაციენტები, რომელთა პასუხი იყო „კი“ (n=235); ჯგუფი 2 - პაციენტები, რომელთა პასუხი იყო „არა“ (n=119). Chi2-ტესტის საშუალებით სტატისტიკურად გაანალიზდა მათ მიერ პირველი კითხვარის სხვა კითხვებზე გაცემული პასუხების განაწილება; ასევე გამოთვლილ იქნა როგორც პასუხების შანსთა ფარდობები (Odds Ratio - OR) და 95% სანდოობის ინტერვალები (95% Confidence Intervals - 95%CI), ისე ამა თუ იმ პასუხის შემთხვევაში ტკვილის არსებობის OR და 95%CI.

სამედიცინო ბარათში ფიქსირებული კიბოსმიერი ტკვილის სიძლიერე რიცხობრივი შკალით (სრშ) ფასდებოდა თავად პაციენტის მიერ. ბარათში ჩაწერილი ანალგეზიური საშუალების ეფექტიანობა ფასდებოდა ტკვილის მართვის ინდექსით (ტმი).

2.3. პროსპექტული კვლევის სამიზნე ჯგუფები და მეთოდები

პროსპექტული კვლევის მიზანი იყო სამედიცინო ბარათებიდან და ონკოლოგიურ პაციენტთა ტელეფონით გამოკითხვის შედეგად მიღებული ინფორმაციის სანდოობის გადამოწმება იმ ონკოლოგიურ პაციენტებთან, რომლებიც მკურნალობდნენ (ქიმიო-, ჰორმონო-, იმუნურ- ან სხივურ თერაპიას გადიოდნენ), რადგან რეტროსპექტული კვლევა ეფუძნება ადრე მომხდარი ფაქტების გახსენებას, რის გამოც შესაძლებელია იყო შეცდომების დაშვება.

პროსპექტული კვლევა წარიმართა 2 ნაწილად:

1. ონკოლოგთან ვიზიტისას ტკვილის შესახებ გამოკითხვა ხდებოდა იმ ონკოლოგიურ პაციენტთა, რომლებიც გადიოდნენ მედიკამენტურ ან სხივურ თერაპიას; გამოიკითხა 354 პაციენტი ანუ იმდენი, რამდენიც რეტროსპექტული კვლევისას. თუ პაციენტს ჰქონდა ტკვილი, მის სიძლიერეს აფასებდა თავად 10 ქულიანი შკალით მას შემდეგ, რაც მიიღებდა ინფორმაციას ტკვილის შეფასების შესახებ. გამოკითხვა მიმდინარეობდა ერთ გვერდიანი კითხვარი 2-დან (იხ. დანართი

9); პაციენტები პროსპექტული კვლევის დროს გამოიკითხნენ იმავე კლინიკაში, რომლებშიც რეტროსპექტული კვლევა ჩატარდა. პაციენტთა გამოკითხვა ექიმების მიერ მიმდინარეობდა 2020 წლის იანვარიდან 2020 წლის ივლისის ბოლომდე. სულ გამოიკითხა 354 კიბოს მქონე პაციენტი.

2. პროსპექტული კვლევის ამ ნაწილში გამოწმდით სამედიცინო ბარათებს, თუ რამდენად სწორად ჩაწერა მასში ონკოლოგმა ან რადიოლოგმა პაციენტის ტკივილის შესახებ ჩატარებული გამოკითხვით მიღებული ინფორმაცია. პაციენტის სამედიცინო ბარათების შესწავლა ხდებოდა კითხვარი 4-ით (იხ. დანართი 10). გამოკითხვიდან 1 თვეში შემოწმდა გამოკითხული პაციენტების ბარათები; პროსპექტულ კვლევაში ჩართული ონკოლოგიური პაციენტები წარმომადგენდნენ საქართველოს ყველა რეგიონს (იხ. დანართი 11). კიბოს მქონე 179 (50.6%) პაციენტი იყო დასავლეთ საქართველოდან, 73 (20.6%) პაციენტი - აღმოსავლეთ საქართველოდან, 102 (28.8%) პაციენტი - თბილისიდან. პაციენტების იყვნენ ქვეყნის თითქმის ყველა რაიონიდან (იხ. დანართი 12). კვლევაში ჩართული ონკოლოგიური პაციენტები წარმოდგენდნენ ყველა ასაკობრივ ჯგუფს (იხ. დანართი 13), რომელთა ასაკი 33–94 წლის ფარგლებში მერყეობდა. საშუალო ასაკი იყო 62.1 წელი. 51 წლამდე იყო 52 (14.8%) პაციენტი, 51-70 წლის ფარგლებში - 228 (64.4%), 70 წლის ზემოთ იყო 74 (20.9%) ავადმყოფი (Chi-Square 196.81; $p < 0.05$). პროსპექტულ კვლევაში ჩართულ პაციენტებს 31 სხვადასხვა ლოკაციის ორგანოს ავთვისებიანი სიმსივნე ჰქონდათ, რომელიც საქართველოს ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურის მსგავსია (იხ. დანართი 14). ონკოლოგიურ პაციენტებს უტარდებოდათ სხვადასხვა რადიკალური და/ან პალიატიური მკურნალობა (მედიკამენტური და/ან სხვური თერაპია ცალკე ან ერთად), რომელიც მოყვანილია დანართში 15. კითხვარის შესწავლის დროს, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემთა ელექტრონულ ბაზაში მოწმდებოდა იყო თუ არა იმ მომენტისთვის პაციენტი ცოცხალი. ონკოლოგიურ პაციენტების გამოკითხვის (კითხვარი 2), ასევე სამედიცინო ბარათების (კითხვარი 4) კვლევით მიღებული მონაცემების საფუძველზე შეიქმნა მონაცემთა ელექტრონული ბაზა. DBase-2; მასში ასო A-დან P- ს ჩათვლით შევიდა კითხვარი 2-დან მოპოვებული ინფორმაცია, ხოლო ასო O-დან X-ჩათვლით კითხვარი 4-დან მიღებული მონაცემები. ამგვარად ჩამოყალიბებული მონაცემთა ელექტრონული ბაზა DBase-2 დამუშავებულ იქნა პროგრამული პაკეტის SPSS-ის საშუალებით.

2.4. ქრონიკული ტკვილის შეფასების ინსტრუმენტები

ქრონიკულ ტკვილს ყველაზე კარგად აფასებენ პაციენტები. ამიტომ, პაციენტები გამოკითვისას თავად აფასებდნენ ტკვილის სიმძლიერეს. როგორც რეტროსპექტული, ისე პროსპექტული კვლევის დროს. ტკვილის შეფასება ხდებოდა ტკვილის სიმძლიერის რიცხოვრივი შეფასების შკალით (სრშ, NRS), რომელსაც საერთაშორისო აღიარება აქვს (18). ტკვილი ფასდებოდა 10 ქულით: 1-3 ქულა - სუსტი, 4-6 საშუალო, 7 და მეტი - ძლიერი (109). ჯანმო-ს მიერ რეკომენდებულია ტკვილის მართვის 3-საფეხურიანი ანალგეზიის კიბე, რომლის შესაბამისად მკურნალობა, 90%-ზე მეტ შემთხვევებში შედეგიანია (20,29).

ტკვილის სამართავად დანიშნული ანალგეზიური საშუალებების ადეკვატურობის დასადგენად ვიყენებდით ტკვილის ანალგეზიის კიბეს.

ქრონიკული ტკვილის მართვის ეფექტურობის შესაფასებლად პრაქტიკაში ყველაზე მეტი აღიარება მოიპოვა ტკვილის მართვის ინდექსის (ტმი, PMI) დადგენამ (18).

ამისთვის გამოითვლება ტკვილის ქულა, შემდეგ მკურნალობის ქულა. ქულები გაანგარიშდება შემდეგი სახით:

სუსტი ტკვილი = 1 ქულას (NRS >4),

საშუალო = 2 (NRS 4,5,6),

ძლიერი 3 (NRS 7-10);

მკურნალობის ქულა: არაოპიოიდი = 1, სუსტი ოპიოიდი = 2, ძლიერი ოპიოიდი = 3.

შემდეგ გამოითვლება ტკვილისა და მკურნალობის ქულების შეფარდება. თუ

ტკვილის მართვის ინდექსის (ტმი) დადებითია, შედეგი მიუთითებს ადეკვატურ

მკურნალობაზე, თუ ტმი-ის შედეგი უარყოფითია - პირიქით. კვლევის ბოლოს,

ექიმები, რომლებიც საარქივო მასალის მოძიებაში და მათ შესახებ დაავადებათა

კონტროლის ერთიან ბაზაში (ცოცხალი იყო თუ არა) გადამოწმებაში, ასევე

კითხვარის პილოტურ აპრობაციაში, გამოთქვამდნენ თავიანთ მოსაზრებებს კვლევის

შედეგად მიღებულ მონაცემებზე, გამოიკითხენ სხვა ექიმებთან (იხ. დანართი 16)

ერთად (60 ექიმი) ტკვილის მართვის შესახებ. ტესტირება მოიცავდა 7 კითხვას (იხ.

დანართი 7), რომელიც შედარდა 2006 წელს იგივე კითხვარით 138 პროფესიონალის

შედეგს (110).

2.5. ოპიოიდების მოქმედი მარეგულირებელი დოკუმენტები საქართველოში

ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის დასადგენად გაანალიზდა მის მოხმარების მოქმედი ყველა რეგულაციური დოკუმენტი:

საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრისა და შინაგან საქმეთა მინისტრის 15/03/2000-ის ერთობლივი ბრძანება (N32/ო-N102) „ნარკოტიკული ანალგეტიკებით სიმპტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტიგენტის საჭიროებისთვის ნარკოტიკული საშუალებების შენახვის, აღრიცხვის, დანიშვნის, გამოწერის, გაცემისა და გამოყენების დროებითი წესების“ (111),

კანონები:

პაციენტის უფლებებს (2000წ.),

ჯანმრთელობის დაცვის (2002წ.),

საექიმო საქმიანობის შესახებ (2005წ.);

„ნარკოტიკული საშუალებების ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების (2012წ.), მასში შესული ცვლილებები.

ასევე გაანალიზდა ფ. ძოწენიძის ნაშრომი (112), „ქრონიკული ტკვილის მართვაში არსებული ბარიერების შეფასება და მათი ზემოქმედება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე“,

მ. ჩხაიძეს ნაშრომი (113) „ტერმინალურ ფაზაში კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში სიკვდილის მექანიზმების შეფასება“ და

საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს გაიდლაინი ქრონიკული ტკვილის მართვა (ფ. ძოწენიძე, თ. რუხაძე, ი. აბესაძე (114).

განხილული დოკუმენტაციის ჩამონათვალი მოყვანილია ქვემოთ.

| | | |
|--|--|--|
| კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ; 2000 | აპრილი, 2007 | საქართველოს პარლამენტი |
| კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ; 2002 | აპრილი, 2007 | საქართველოს პარლამენტი |
| კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ; 2005 | აპრილი, 2007 | საქართველოს პარლამენტი |
| კანონი „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქო-ტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ (კონსოლიდირებული 2012) | აპრილი, 2007 ივლისი, 2012 | საქართველოს პარლამენტი |
| ბრძანება N32/ო-102, 2000, „ნარკოტიკული ანალგეტიკებით სიმპტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტინგენტის საჭიროებისათვის ნარკოტიკული საშუალებების შენახვის, აღრიცხვის, დანიშვნის, გამოწერის, გაცემის და გამოყენების დროებითი წესის დამტკიცების შესახებ | 25.08.2008 (N 199/ი - 883) 28.01.2010 (N18/ი - N96) | საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და შინაგან საქმეთა სამინისტრო |
| ბრძანება N465/ო, 1999 სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების, ამ ნივთიერებათა წამლის ფორმების, მათი შემცველი კომბინირებული პრეპარატების გამოსაწერი რეცეპტის ბლანკის ფორმების დამტკიცების, მათი დანიშვნისა და გამოწერის დროებითი წესების შესახებ | 28.01.2010 (N17/ი) | საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო |
| ბრძანება N157/ნ, 2008 ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე | 26.02.2010 (N 55/ი) | საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო |
| სახელმწიფო პროგრამა "პალიატიური მზრუნველობა ინკურაბელურ პაციენტებში" | 15.02. 2011 (N77) 31.10. 2013(N279) | საქართველოს მთავრობა |

თავი 3.

კიბოს ეპიდემიოლოგიური დახასიათების კვლევის შედეგები

3.1. კიბოს ზოგადი ეპიდემიოლოგიური დახასიათება საქართველოში

ავთვისებიანი სიმსივნეების ინციდენტობის კვლევას საქართველოს რესპუბლიკაში, საბჭოთა პერიოდიდან დაწყებული, ხანგრძლივი ისტორია აქვს; იმ დროს, სიმსივნის ყოველი ახალი შემთხვევა ექვემდებარებოდა აუცილებელ რეგისტრაციას.

სამწუხაროდ, საქართველოს ახალ პოლიტიკურ და ეკონომიკურ ფორმაციაში გადასვლის პროცესში, როცა ქვეყანამ მოიპოვა დამოუკიდებლობა, კიბოს მქონე პაციენტთა აღრიცხვიანობა თითქმის სრულად მოიშალა.

01/01/2015 წლიდან, საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC) ბაზაზე, შეიქმნა პერსონალიზებულ მონაცემთა სისტემა - კიბოს მოსახლეობის რეგისტრი (109).

შესაბამისად, საქართველოში ავთვისებიანი სიმსივნეების ეპიდემიოლოგიური კვლევების აღდგენა შესაძლებელი გახდა მხოლოდ 2015 წლის 1 იანვრიდან.

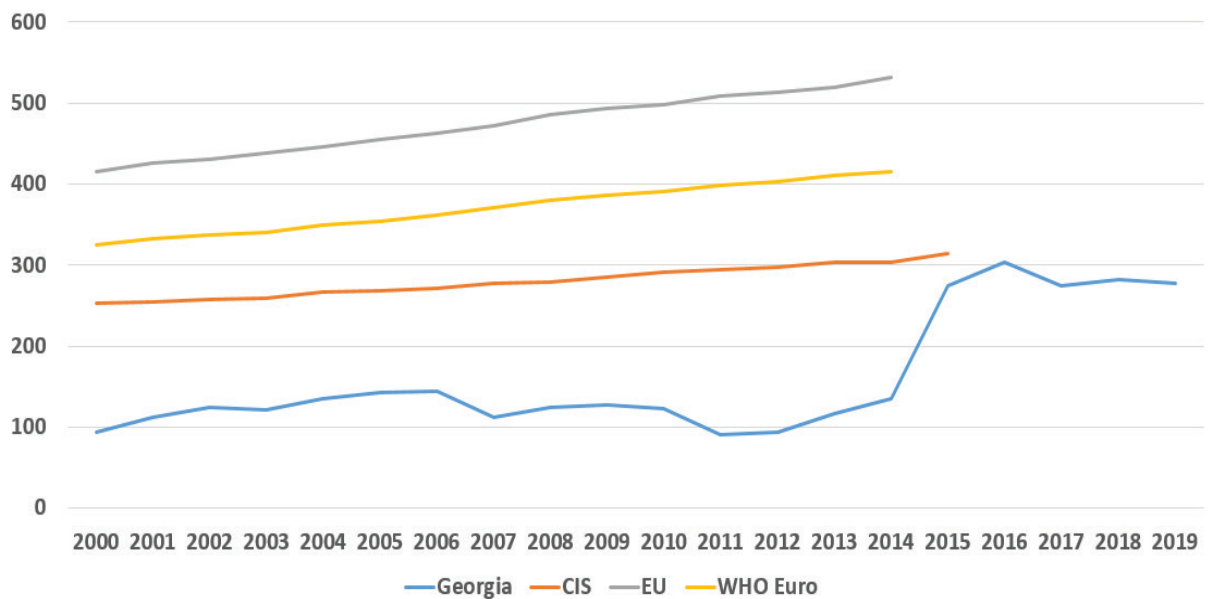
საქართველოში კიბოს რეგისტრის ორგანიზებით, შესაძლებელი გახდა ავთვისებიანი სიმსივნეების შესახებ ხარისხიანი მონაცემების მიღება; მოცემული დოკუმენტი მოიცავს, საქართველოს მასშტაბით 2015-2019 წლებში რეგისტრირებული ყველა ლოკაციის ორგანოს კიბოს სტატისტიკურ მონაცემებს.

კიბოს რეგისტრის შექმნის პოზიტიური შედეგები კარგად ჩანს 2015-2019 წლებისა და მანამდე არსებული სტატისტიკური მონაცემების შედარებით. სახელდობრ, 2015-2019 წლებში საქართველოში ავთვისებიანი სიმსივნეების ყველა ახალი შემთხვევის საერთო რაოდენობა მერყეობდა 10.000-11.000-ის ფარგლებში, ხოლო 2008 წლის მონაცემებით, როცა მოსახლეობა მეტი იყო, რეგისტრირდებოდა მხოლოდ 7.000 ახალი შემთხვევა (118) ანუ 1.5-ჯერ ნაკლები. საქართველოში 2008 წელს კიბოს ინციდენტობამ 100.000 მოსახლეზე შეადგინა 143,0, ხოლო 2019 წელს, როცა დაფიქსირდა კიბოს 10.339 ახალი შემთხვევა, ინციდენტობამ 100.000 მოსახლეზე 277.9 შეადგინა (იხ. დიაგრამა 1).

საქართველოში კიბოს ახალი შემთხვევების 68% მოდის ყველაზე შრომისუნარიან ასაკობრივ ჯგუფზე (30-70 წელი), 70 წლისა და უფროსი ასაკის ჯგუფზე მოდის - 28%. 2019 წელს კიბოს ყველა ახალი შემთხვევის 43% დადგინდა დაავადების I-II სტადიაზე, რაც შესამჩნევი გაუმჯობესებაა საბჭოთა საქართველოს იგივე სტადიაზე გამოვლენილ პაციენტებთან შედარებით, როცა მათი წილი 1/3 იყო. ონკოლოგიური პათოლოგიების 41% გამოვლინდა III-IV სტადიებზე, 16% კი სტადია ვერ დაუზუსტდა.

დიაგრამა 1.

კიბოს ინციდენტობა 100.000 მოსახლეზე საქართველოში და სხვა ქვეყნებში



კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (IARC) რჩევით კანის სხვა კიბოს (გარდა მელანომისა) და in situ კიბოს შემთხვევები არ შედის. Source: WHO HFA DB, N CDC

ცხრილი 4.

2015-2019 წწ.-ში კიბოს ავადობისა და სიკვდილიანობის ძირითადი მაჩვენებლები საქართველოში

| მაჩვენებლები | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| ყველა ლოკაციის კიბოს რაოდენობა | 11099 | 10699 | 10149 | 10417 | 10339 |
| ინციდენტობა 100.000 მოსახლეზე | 297.9 | 287.0 | 272.2 | 279.5 | 277.9 |
| ყველა ლოკაციის კიბოს რაოდენობა, მელანომისა და in Situ-ს გარდა | 10173 | 9863 | 9491 | 9666 | 9476 |
| ინციდენტობა 100.000 მოსახლეზე | 273.1 | 264.6 | 254.6 | 259.4 | 254.7 |
| სიკვდილიანობის რაოდენობა | 6268 | 6829 | 7095 | 7329 | 7873 |
| სიკვდილიანობა 100.000 მოსახლეზე | 168.3 | 183.2 | 190.3 | 196.7 | 211.6 |

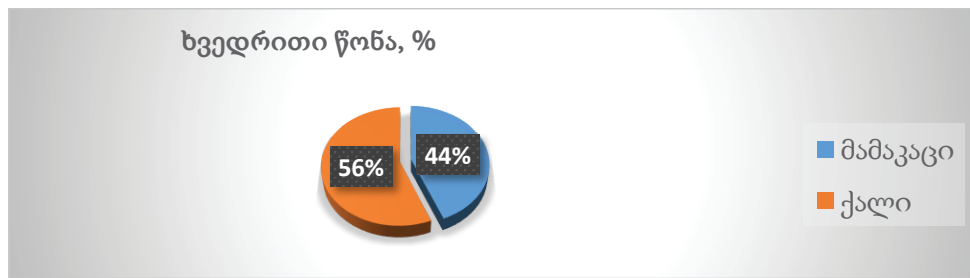
ცხრილი 4-დან ჩანს, რომ საქართველოში კიბოს სიხშირის დინამიკა თანაბარია, თუმცა დროში შეინიშნება ავადობის კლების ტენდენცია, სიკვდილიანობის - პირიქით.

საქართველოში კიბოს ინციდენტობის დასაზუსტებლად გაანალიზდა პოპულაციური რეგისტრის 5 წლის მონაცემთა ელექტრონული ბაზა. შესწავლილი იქნა ავთვისებიანი

სიმსივნეების ავადობის 5 წლის (2015-2019 წწ.) მონაცემები, თბილისში და რეგიონებში, მამაკაცთა და ქალთა პოპულაციებში კიბოს ლოკაციების მიხედვით.

დიაგრამა 2.

კიბოს ინციდენტობის ხვედრითი წონა (%) სქესის მიხედვით 2015-2019 წლებში საქართველოში



წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წწ.-ში რეგისტრირებული იქნა კიბოს 52,178 შემთხვევა, მათ შორის 29,303 (56%) შემთხვევა ქალებში და 22,875 (44%) - მამაკაცებში (იხ. დიაგრამა 2).

ცხრილი 5.

კიბოთი ინციდენტობა სქესის მიხედვით 2015-2019 წლებში საქართველოში

Events in exposed group (Females): 29303 (1.53%)

Non-events in exposed group (Females): 1914750 (98.47%)

Events in the control group (Males): 22875 (1.31%)

Non-events in the control group (Males): 1750709 (98.69%)

Confidence level 95%

| | |
|--------------------------|---------------|
| Odds Ratio (Exp/Control) | 1.17 |
| 95% Confidence Interval | [1.15 , 1.19] |
| 95% Left-Sided Interval | [1.15 , +∞] |
| 95% Right-Sided Interval | [-∞ , 1.19] |
| Chi2 (Mantel-Haenszel) | 317.2 |
| Z-score | 17.8 |
| P-value | < 0.001 |

ცხრილი 5-ის მონაცემებით დასტურდება, რომ ქალები უფრო ხშირად ავადდებიან კიბოთი, ვიდრე მამაკაცები (Z=17,8; P<0,001).

3.1.2. კიბოთი ინციდენტობა მამაკაცთა მოსახლეობაში 2008 და 2015-2019 წლებში თბილისსა და რეგიონებში

2015-2019 წლებში საქართველოში დარეგისტრირდა მამაკაცთა კიბოთი დაავადების 22,875 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით, საქართველოში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 258.

ცხრილი 6.

კიბოთი ავადობის აბსოლუტური და უხეში მაჩვენებლები 100,000 მამაკაცზე 2008 (118) და 2015-2019 წლებში, საქართველოში

| # | ლოკაცია | ICD-10 | აბსოლუტურ რიცხვებში | | უხეში მაჩვენებელი | |
|---------------|--------------|-------------|---------------------|-----------|-------------------|-----------|
| | | | 2008 | 2015-2019 | 2008 | 2015-2019 |
| 1 | ფილტვი | C34.0-34.9 | 688 | 3446 | 33,1 | 38,8 |
| 2 | პროსტატა | C61.9 | 231 | 2745 | 11,1 | 30,9 |
| 3 | შარდის ბუშტი | C67.0-67.9 | 123 | 2065 | 5,9 | 23,3 |
| 4 | კოლორექტული | C18.0-C21.8 | 246 | 2054 | 11,8 | 23,1 |
| 5 | კანი | C44.0-44.9 | 127 | 2055 | 6,1 | 23,2 |
| ყველა ლოკაცია | | | 2468 | 22,875 | 143,0 | 257,7 |

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წლებში ყოველ 100.000 მამაკაცზე ავადობის მონაცემების საქართველოში (იხ. ცხრილი 6) შედარებამ 2008 წლის იგივე მონაცემებთან აჩვენა (118), რომ გაიზარდა ყველა ლოკაციის კიბოს სიხშირე და ეს ეხება როგორც აბსოლუტურ რიცხვებს, ისე უხეში მაჩვენებლებს (100,000 მამაკაცზე). მამაკაცებში 2008 წელს დარეგისტრირდა ყველა ლოკაციის 2904 ახალი შემთხვევა, რამაც 100.000 მამაკაცზე შეადგინა 139.7, ხოლო 2015-2019 წლებში (სულ 22.875) საშუალოდ რეგისტრირდებოდა 4575 ახალი შემთხვევა; ინციდენტობამ 100.000 მამაკაცზე კი 257.7 შედგინა; ცვლილებებია დროში იყო კიბოთი ინციდენტობის სტრუქტურაშიც; კერძოდ, პროსტატის კიბო III რანგიდან ავიდა II, შარდის ბუშტის კიბო X ადგილიდან ავიდა II და სხვა; 2015-2019 წლებში მხოლოდ ფილტვის კიბო დარჩა პირველ ადგილზე. ასევე აღინიშნა ყველა ლოკაციის კიბოთი ინციდენტობის ზრდაც; ფილტვის კიბო ყოველ 100.000 მამაკაცზე 2008 წლის

33.1-დან 2015-2019 წწ.-ის გაიზარდა 38,8-მდე, პროსტატის კიბო - 11,1-დან 30,9-მდე, შარდის ბუშტის კიბო კი - 5,9-დან 23,3-მდე და სხვა (იხ. ცხრილი 6).

ცხრილი 7.

კიბოთი ინციდენტობა 100,000 მამაკაცზე ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში საქართველოში

| # | ლოკაცია | ICD-10 | ASR | 95% CI ASR | |
|---------------|---------------------|-------------|-------|------------|-------|
| 1 | ფილტვი | C34.0-34.9 | 27,3 | 26,4 | 28,2 |
| 2 | წინამდებარე ჯირკვლი | C61.9 | 20,4 | 19,6 | 21,1 |
| 3 | შარდის ბუშტი | C67.0-67.9 | 16,0 | 15,3 | 16,7 |
| 4 | კოლორექტული | C18.0-C21.8 | 15,8 | 15,1 | 16,5 |
| 5 | კანი | C44.0-44.9 | 14,8 | 14,1 | 15,4 |
| ყველა ლოკაცია | | | 183,3 | 180,8 | 185,7 |

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 183 (იხ. ცხრილი 7). კიბოს სხვადასხვა ლოკაციებს შორის რანგით პირველი იყო ფილტვის კიბო (ASR=27,3; 95% CI ASR= 26,4-28,2), II - პროსტატის (ASR=20,4; 95% CI ASR= 19,6-21,1), III - შარდის ბუშტის (ASR=16,0; 95% CI ASR= 15,3-16,7), IV - კოლორექტუმის (ASR=15,8; 95% CI ASR= 15,1-16,5), V - კანის კიბოს (ASR=14,8; 95% CI ASR= 14,1-15,4).

ცხრილი 8.

კიბოთი ინციდენტობა მამაკაცთა პოპულაციაში ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით ყოველ 100,000 მამაკაცზე 2015-2019 წლებში საქართველოში

| # | ლოკაცია | ICD-10 | AAR | 95% CI AAR | |
|---------------|--------------|-------------|-------|------------|-------|
| 1 | ფილტვი | C34.0-34.9 | 38,8 | 37,9 | 39,8 |
| 2 | პროსტატა | C61.9 | 30,9 | 30,1 | 31,7 |
| 3 | შარდის ბუშტი | C67.0-67.9 | 23,3 | 22,5 | 24,0 |
| 4 | კოლორექტული | C18.0-C21.8 | 23,1 | 22,4 | 23,8 |
| 5 | კანი | C44.0-44.9 | 23,2 | 22,5 | 23,8 |
| ყველა ლოკაცია | | | 257,7 | 255,2 | 260,2 |

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 258 (იხ. ცხრილი 8). კიბოს ლოკაციების მიხედვით რანგით I ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (AAR=38,8; 95% CI AAR= 37,9-39,8), II - წინამდებარე ჯირკვლის (AAR=30,9; 95% CI AAR= 30,1-31,7), III - შარდის ბუშტის (ASR=23,3; 95% CI ASR= 22,5-24,0), IV - კანის (AAR=23,2; 95% CI AAR= 22,5-23,8), V- კოლორექტულის კიბოს (AAR=23,1; 95% CI AAR= 22,4-23,8). AAR მაჩვენებლებით ძალზე მცირე განსხვავებაა შარდის ბუშტის, მსხვილი ნაწლავის და კანის კიბოს გავრცელების სიხშირეებს შორის საქართველოს მამაკაცთა პოპულაციაში. ამასთან ერთად, ASR-თან შედარებით AAR მაჩვენებლებით მეოთხე და მეხუთე სარანგო ადგლებს ცვლიან კოლორექტუმისა და კანის კიბოს ინციდენტობები.

ცხრილი 9.

კიბოი ინციდენტობის კუმულაციური რისკის (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლები მამაკაცთა პოპულაციაში 2015-2019 წლებში საქართველოში

| # | ლოკაცია | CR ₆₄ | 95% CI CR ₆₄ | | CR ₇₄ | 95% CI CR ₇₄ | |
|---------------|--------------|------------------|-------------------------|------|------------------|-------------------------|------|
| 1 | ფილტვი | 1,8 | 1,7 | 1,9 | 3,5 | 3,4 | 3,7 |
| 2 | პროსტატა | 0,8 | 0,7 | 0,8 | 2,8 | 2,7 | 3,0 |
| 3 | შარდის ბუშტი | 0,9 | 0,9 | 1,0 | 2,0 | 1,9 | 2,1 |
| 4 | კოლორექტული | 0,9 | 0,8 | 1,0 | 2,0 | 1,9 | 2,1 |
| 5 | კანი | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 1,6 | 1,5 | 1,7 |
| ყველა ლოკაცია | | 10,5 | 10,3 | 10,7 | 20,0 | 19,7 | 20,4 |

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წლებში საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი დაავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგინა 10,5 (95% CI CR₆₄= 10,3-10,7), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის ორჯერ იზრდება და შეადგენს 20,0 (95% CI CR₇₄= 19,7-20,4). 2015-2019 წლებში საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი დაავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკაციების მიხედვით ჰქონდა ფილტვის კიბოს (CR₆₄=1,8; 95% CI CR₆₄= 1,7-1,9), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის ორჯერ იმატებს (CR₇₄=3,5; 95% CI CR₇₄= 3,4-3,7).

ცხრილი 10.

კიბოთი ავადობის აბსოლუტური და უხეში მაჩვენებლები ყოველ 100,000 მამაკაცზე 2015-2019 წლებში თბილისში

| # | ლოკაცია | ICD-10 | აბსოლუტური რიცხვებში | უხეში მაჩვენებელი 100,000 მამაკაცზე |
|---------------|--------------|-------------|----------------------|-------------------------------------|
| 1 | ფილტვი | C34.0-34.9 | 1071 | 42,6 |
| 2 | პროსტატა | C61.9 | 1038 | 41,3 |
| 3 | კოლორექტული | C18.0-C21.8 | 769 | 30,6 |
| 4 | შარდის ბუშტი | C67.0-67.9 | 731 | 29,1 |
| 5 | კანი | C44.0-44.9 | 570 | 22,7 |
| ყველა ლოკაცია | | | 7,597 | 302,1 |

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წწ.-ში თბილისში დარეგისტრირდა მამაკაცთა კიბოთი დაავადების 7,595 შემთხვევა. საანალიზო 5 წლიან პერიოდში, თბილისში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი უხეში მაჩვენებლებით ავადდებოდა 302 (იხ. ცხრილი 10).

ცხრილი 11.

კიბოთი ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით ყოველ 100,000 მამაკაცზე 2015-2019 წწ.ში თბილისში

| # | ლოკაცია | ICD-10 | ASR | 95% CI ASR | |
|---------------|--------------|-------------|-------|------------|------|
| 1 | ფილტვი | C34.0-34.9 | 34,1 | 32,1 | 36,2 |
| 2 | პროსტატა | C61.9 | 32,5 | 30,5 | 34,6 |
| 3 | კოლორექტული | C18.0-C21.8 | 24,1 | 22,3 | 25,8 |
| 4 | შარდის ბუშტი | C67.0-67.9 | 22,7 | 21,0 | 24,4 |
| 5 | კანი | C44.0-44.9 | 17,3 | 15,9 | 18,8 |
| ყველა ლოკაცია | | | 243.9 | 238.3 | 249 |

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში თბილისში 100,000 მამაკაცზე წლიურად კიბოთი ავადდებოდა 244 მამაკაცი (იხ. ცხრილი 11). კიბოს სტრუქტურაში I ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (ASR=34,1; 95% CI ASR= 32,1-36,2), II - პროსტატის (ASR=32,5; 95% CI ASR= 30,5-34,6), III - მსხვილი ნაწლავის (ASR=24,1; 95%

CI ASR= 22,3-25,8), IV - შარდის ბუშტის (ASR=22,7; 95% CI ASR= 21,0-24,4), V - კანის კიბოს (ASR=17,3; 95% CI ASR= 15,9-18,8).

ცხრილი 12

კიბოთი ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით ყოველ 100,000 მამაკაცზე 2015-2019 წლებში თბილისში

| # | ლოკაცია | ICD-10 | AAR | 95% CI AAR | |
|---------------|--------------|-------------|-------|------------|-------|
| 1 | ფილტვი | C34.0-34.9 | 34,1 | 32,1 | 36,2 |
| 2 | პროსტატა | C61.9 | 32,5 | 30,5 | 34,6 |
| 3 | კოლორექტული | C18.0-C21.8 | 24,1 | 22,3 | 25,8 |
| 4 | შარდის ბუშტი | C67.0-67.9 | 22,7 | 21,0 | 24,4 |
| 5 | კანი | C44.0-44.9 | 17,3 | 15,9 | 18,8 |
| ყველა ლოკაცია | | | 243,9 | 238,3 | 249,5 |

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლებით, 2015-2019 წწ.-ში თბილისში 100,000 მამაკაცზე კიბოთი ავადდებოდა 244 მამაკაცი (ცხრილი 12). I ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (AAR=34,1; 95% CI AAR= 32,5-36,2), II - პროსტატის (AAR=32,5; 95% CI AAR= 30,5-34,6), III - კოლორექტულის (ASR=24,1; 95% CI ASR= 22,3-25,8), IV - შარდის ბუშტის (AAR=22,7; 95% CI AAR= 21,0-24,4), V - კანის კიბოს (AAR=17,3; 95% CI AAR=15,9-18,8).

ცხრილი 13.

კიბოთი ინციდენტობის კუმულაციური რისკი (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლები მამაკაცთა პოპულაციაში 2015-2019 წლებში თბილისში

| # | ლოკაცია | CR ₆₄ | 95% CI CR ₆₄ | | CR ₇₄ | 95% CI CR ₇₄ | |
|---------------|--------------|------------------|-------------------------|------|------------------|-------------------------|------|
| 1 | ფილტვი | 2,2 | 2,0 | 2,3 | 4,4 | 4,1 | 4,7 |
| 2 | პროსტატა | 1,1 | 1,0 | 1,3 | 4,6 | 4,2 | 4,9 |
| 3 | კოლორექტული | 1,2 | 1,0 | 1,3 | 3,0 | 2,8 | 3,3 |
| 4 | შარდის ბუშტი | 1,3 | 1,1 | 1,4 | 2,7 | 2,5 | 3,0 |
| 5 | კანი | 0,7 | 0,6 | 0,8 | 1,8 | 1,6 | 2,1 |
| ყველა ლოკაცია | | 13,0 | 12,5 | 13,4 | 25,8 | 25,0 | 26,7 |

წყარო: კვლევის შედეგები.

2015-2019 წწ.-ში თბილისში მამაკაცთა კიბოთი დაავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგინა 13,0 (95% CI CR₆₄= 12,5-13,4), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის 2-ჯერ იზრდება და შეადგენს 25,8 (95% CI CR₇₄= 25,0-26,7).

2015-2019 წწ.-ში თბილისში მამაკაცთა კიბოთი დაავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკაციების მიხედვით ჰქონდა ფილტვის კიბოს (CR₆₄=2,2; 95% CI CR₆₄=2,0-2,3), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ორჯერ იმატებს (CR₇₄=4,4; 95% CI CR₇₄= 4,1-4,7).

კუმულაციური რისკის მაჩვენებლების მიხედვით თბილისში მამაკაცთა 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში აღინიშნა მცირე განსხვავება შარდის ბუშტის (CR₆₄=1,3), მსხვილი ნაწლავის (CR₆₄=1,2) და პროსტატის (CR₆₄=1,1) კიბოთი დაავადების კუმულაციურ რისკებს შორის. ამავე დროს, 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში უკვე პროსტატის კიბოს კუმულაციური რისკი იზრდება 4-ჯერ (CR₇₄=4,6; 95% CI CR₇₄=4,2-4,9) და აღნიშნული ლოკაციების კიბოს გარდა ასევე აჭარბებს ფილტვის კიბოს განვითარების რისკს (CR₇₄=4,4; 95% CI CR₇₄= 4,1-4,7).

ცხრილი 14.

კიბოთი ავადობის აბსოლუტური და უხეში მაჩვენებლები 100,000 მამაკაცზე 2015-2019 წლებში რეგიონებში

| # | ლოკაცია | ICD-10 | აბსოლუტურ რიცხვებში | უხეში მაჩვენებელი 100,000 მამაკაცზე |
|---------------|--------------|-------------|---------------------|-------------------------------------|
| 1 | ფილტვი | C34.0-34.9 | 2375 | 37,4 |
| 2 | პროსტატა | C61.9 | 1707 | 26,9 |
| 3 | კანი | C44.0-44.9 | 1485 | 23,4 |
| 4 | შარდის ბუშტი | C67.0-67.9 | 1334 | 21,0 |
| 5 | კოლორექტული | C18.0-C21.8 | 1285 | 20,2 |
| ყველა ლოკაცია | | | 15,225 | 240,5 |

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წწ.-ში რეგიონებში რეგისტრირებული იქნა მამაკაცთა კიბოთი დაავადების 15,225 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლებით, რეგიონებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 240 (იხ. ცხრილი 14).

ცხრილი 15.

კიბოთი ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 100,000 მამაკაცზე 2015-2019 წლებში რეგიონებში

| # | ლოკაცია | ICD-10 | ASR | 95% CI ASR | |
|---------------|--------------|-------------|-------|------------|-------|
| 1 | ფილტვი | C34.0-34.9 | 25,6 | 24,5 | 26,7 |
| 2 | პროსტატა | C61.9 | 16,8 | 16,0 | 17,7 |
| 3 | კანი | C44.0-44.9 | 14,3 | 13,5 | 15,1 |
| 4 | შარდის ბუშტი | C67.0-67.9 | 14,1 | 13,3 | 14,9 |
| 5 | კოლორექტული | C18.0-C21.8 | 13,5 | 12,7 | 14,2 |
| ყველა ლოკაცია | | | 166,1 | 163,3 | 168,9 |

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით, 2015-2019 წწ.-ში რეგიონებში 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 166 მამაკაცი (იხ. ცხრილი 15).

კიბოს ლოკაციებით რანგით I ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (ASR=25,6; 95% CI ASR= 24,5-26,7), II - პროსტატის (ASR=16,8; 95% CI ASR=16,0-17,7), III - კანის (ASR=14,3; 95% CI ASR= 13,5-15,1), IV - შარდის ბუშტის კოლორექტუმის (ASR=14,1; 95% CI ASR= 13,3-14,9), V - კოლორექტულის კიბოს (ASR=13,5; 95% CI ASR= 12,7-14,2).

ცხრილი 16.

კიბოთი ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით 100,000 ყოველ მამაკაცზე 2015-2019 წწ.-ში რეგიონებში

| # | ლოკაცია | ICD-10 | AAR | 95% CI AAR | |
|---------------|--------------|-------------|-------|------------|-------|
| 1 | ფილტვი | C34.0-34.9 | 37,4 | 36,3 | 38,4 |
| 2 | პროსტატა | C61.9 | 26,9 | 26,0 | 27,7 |
| 3 | კანი | C44.0-44.9 | 23,4 | 22,6 | 24,1 |
| 4 | შარდის ბუშტი | C67.0-67.9 | 21,0 | 20,2 | 21,8 |
| 5 | კოლორექტუმი | C18.0-C21.8 | 20,2 | 19,5 | 21,0 |
| ყველა ლოკაცია | | | 240,5 | 237,7 | 243,2 |

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წწ.-ში რეგიონებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 240 მამაკაცი (იხ. ცხრილი

16). კიბოს ლოკაციებით რანგით I ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (AAR=37,4; 95% CI AAR=36,3-38,4), II - პროსტატის (AAR=26,9; 95% CI AAR=26,0-27,7), III - კანის (ASR=23,4; 95% CI ASR= 22,6-24,1), IV - შარდის ბუშტის (AAR=21,0; 95% CI AAR= 20,2-21,8), V- კოლორექტულის კიბოს (AAR=20,2; 95% CI AAR=19,5-21,0).

ცხრილი 17.

კიბოთი ინციდენტობის კუმულაციური რისკი (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლები

მამაკაცთა პოპულაციაში 2015-2019 წწ. რეგიონებში

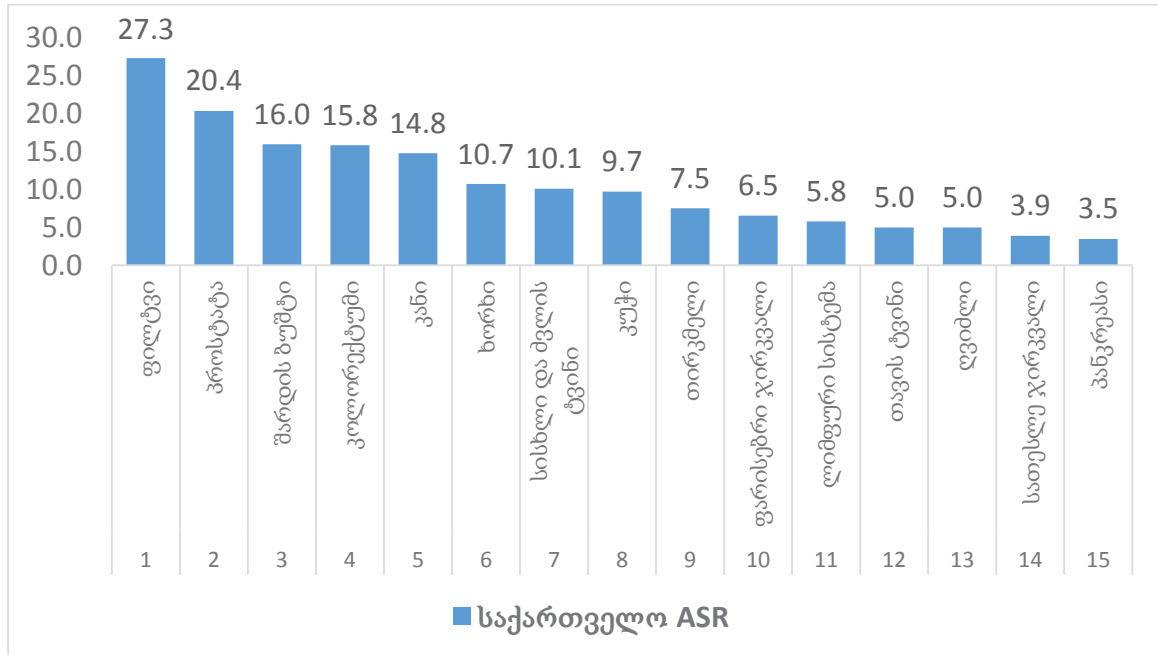
| # | ლოკაცია | CR ₆₄ | 95% CI CR ₆₄ | | CR ₇₄ | 95% CI CR ₇₄ | |
|---------------|--------------|------------------|-------------------------|-----|------------------|-------------------------|------|
| | | | 1,6 | 1,8 | | 3,1 | 3,4 |
| 1 | ფილტვი | 1,7 | 1,6 | 1,8 | 3,3 | 3,1 | 3,4 |
| 2 | პროსტატა | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 2,3 | 2,2 | 2,4 |
| 3 | კანი | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 1,6 | 1,4 | 1,7 |
| 4 | შარდის ბუშტი | 0,8 | 0,7 | 0,9 | 1,7 | 1,6 | 1,9 |
| 5 | კოლორექტული | 0,8 | 0,7 | 0,9 | 1,7 | 1,6 | 1,8 |
| ყველა ლოკაცია | | 9,7 | 9,5 | 9,9 | 18,2 | 17,9 | 18,6 |

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წწ.-ში რეგიონებში მამაკაცთა კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი (იხ. ცხრილი 17) 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგინა 9,7 (95% CI CR₆₄=9,5-9,9), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ჯგუფში თითქმის 2-ჯერ იზრდება და შეადგენს 18,2 (95% CI CR₇₄=17,9-18,6). 2015-2019 წწ.-ში რეგიონებში მამაკაცთა კიბოთი დავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკაციების მიხედვით ჰქონდა ფილტვის კიბოს (CR₆₄=1,7; 95% CI CR₆₄= 1,6-1,8), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის ორჯერ იმატებს (CR₇₄=3,3; 95% CI CR₇₄= 3,1-3,4). კუმულაციური რისკის მაჩვენებლებით რეგიონებში მამაკაცთა 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში აღინიშნა მცირე განსხვავება შარდის ბუშტის (CR₆₄=0,8), მსხვილი ნაწლავის (CR₆₄=0,8), პროსტატის (CR₆₄=0,6) და კანის (CR₆₄=0,6) კიბოთი დავადების კუმულაციურ რისკებს შორის. ამასთან, 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში პროსტატის კიბოს კუმულაციური რისკი იზრდება თითქმის 4-ჯერ (CR₇₄=2,3; 95% CI CR₇₄=2,2-2,4) და აჭარბებს აღნიშნული ლოკაციების კიბოს განვითარების რისკს და ჩამორჩება მხოლოდ ფილტვის კიბოს რისკის მაჩვენებლებს (CR₇₄=3,3; 95% CI CR₇₄= 3,1-3,4).

დიაგრამა 2.

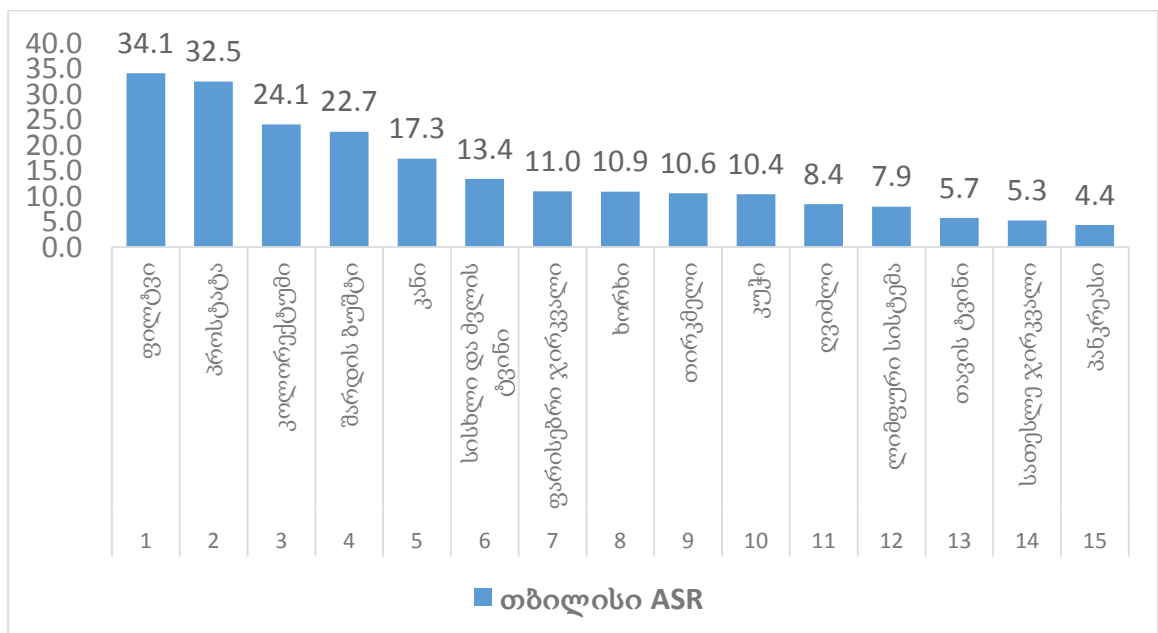
კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (ASR) ყოველ 100,000 მამაკაცზე საქართველოში



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 3.

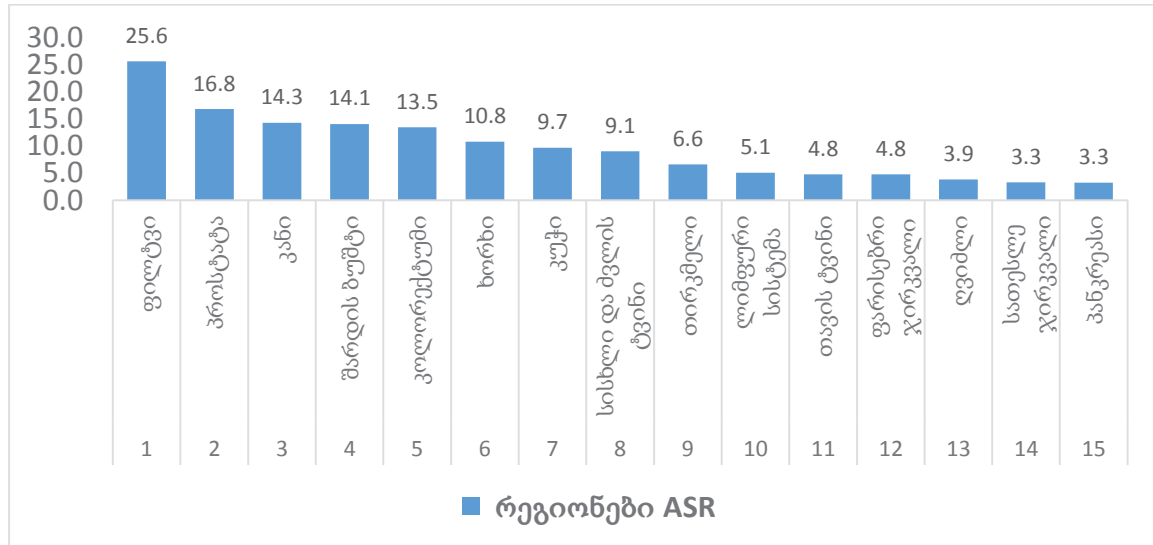
კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (ASR) 100,000 მამაკაცზე თბილისში



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 4.

კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (ASR) ყოველ 100,000 მამაკაცზე რეგიონებში



წყარო: კვლევის შედეგები

საინტერესოა მამაკაცთა ძირითადი ლოკაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურისა და ინციდენტობის ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) ოდენობების შედარებითი ანალიზის შედეგები, საქართველოში, თბილისში და რეგიონებში (იხ. დიაგრამები 2, 3 და 4).

საქართველოში მამაკაცთა 5 ძირითადი ლოკაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით I ადგილზეა ფილტვის კიბო (ASR=27,3), ისევე როგორც თბილისში (ASR=34,1) და რეგიონებში (ASR=25,6). ინციდენტობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) გვიჩვენებს, რომ თბილისში ფილტვის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,3-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,3) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით II ადგილზეა პროსტატის კიბო (ASR=20,4), რომელიც მეორე ადგილზეა თბილისშიც (ASR=32,5) და რეგიონებშიც (ASR=16,8). SRR-ის მიხედვით თბილისში პროსტატის კიბოს ავადობის სიხშირე 1,9-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,9) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით III ადგილზეა შარდის ბუშტის კიბოს (ASR=16,0), რომელსაც IV ადგილზეა თბილისშიც (ASR=24,1) და რეგიონებშიც (ASR=14,1). SRR-ის მიხედვით თბილისში შარდის ბუშტის კიბოს

ინციდენტობის სიხშირე 1,7-ჯერ აღემატებოდა ($SRR=1,7$) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობას.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით IV ადგილზეა კოლორექტულის კიბოს ($ASR=15,8$). მაშინ როდესაც ამ ლოკაციის კიბოს თბილისში უკავია III სარანგო ადგილი ($ASR=24,1$), რეგიონებში - V ($ASR=13,5$). SRR -ის მიხედვით თბილისში მსხვილი ნაწლავის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,8-ჯერ აღემატებოდა ($SRR=1,8$) ს რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის სიხშირეს.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით V ადგილი უკავია კანის კიბოს ($ASR=14,8$), რომელიც ასევე V სარანგო ადგილი უკავია თბილისში ($ASR=17,3$), მაშინ როდესაც რეგიონებში კანის კიბო III სადგილზეა ($ASR=14,3$). SRR -ის მიხედვით თბილისში შარდის ბუშტის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,2-ჯერ აღემატებოდა ($SRR=1,2$) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში მე-6-დან მე-10 ადგილები უკავიათ, შესაბამისად, შემდეგ ლოკაციების კიბოს: ხორხის ($ASR=10,7$), სისხლისა და ძვლის ტვინის ($ASR=17,3$), კუჭის ($ASR=9,7$), თირკმლისა ($ASR=7,5$) და ფარისებრი ჯირკვლის ($ASR=6,5$) კიბოს.

თბილისში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში მე-6-დან მე-10 ადგილები უკავიათ, შესაბამისად, შემდეგ ლოკაციების კიბოს: სისხლისა და ძვლის ტვინის ($ASR=13,4$), ფარისებრი ჯირკვლის ($ASR=11,0$), ხორხის ($ASR=10,9$), თირკმლისა ($ASR=10,6$) და კუჭის ($ASR=10,4$) კიბოს.

რეგიონებში მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-6-დან მე-10 ადგილები უკავიათ, შესაბამისად, შემდეგ ლოკაციების კიბოს: ხორხის ($ASR=10,8$), კუჭის ($ASR=9,7$), სისხლისა და ძვლის ტვინის ($ASR=9,1$), თირკმლისა ($ASR=6,6$) და ლიმფური სისტემის ($ASR=5,1$) კიბოს.

3.1.3. კიბოთი ინციდენტობა ქალთა მოსახლეობაში 2015-2019 წლებში თბილისსა და რეგიონებში

2015-2019 წწ.-ში საქართველოში დარეგისტრირდა ქალთა კიბოთი დაავადების 29,303 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, საქართველოში ყოველ 100,000 ქალზე კიბოთი ავადდების უხეშმა მაჩვენებელმა შეადგინა 301 (იხ. ცხრილი 18).

ცხრილი 18.

კიბოთი ავადობის აბსოლუტური და უხეში მაჩვენებლები 100,000 ქალზე 2008 (118) და 2015-2019 წლებში საქართველოში

| # | ლოკაცია | ICD-10 | აბს. რიცხვებში | | უხეში მაჩვენებელი | |
|---------------|--------------------|-------------|----------------|-----------|-------------------|-----------|
| | | | 2008 | 2015-2019 | 2008 | 2015-2019 |
| 1 | ძუძუ | C50.0-50.9 | 1211 | 9298 | 52.6 | 95,7 |
| 2 | ფარისებრი ჯირკვალი | C73.9 | 68 | 3989 | 3.0 | 41,0 |
| 3 | საშვილოსნოს ყელი | C53.0-C53.9 | 310 | 1811 | 13.5 | 18,6 |
| 4 | საშვილოსნოს ტანი | C54.0-C54.9 | 281 | 1800 | 12.2 | 18,5 |
| 5 | კოლორექტული | C18.0-C21.8 | 190 | 1840 | 8.2 | 18,9 |
| ყველა ლოკაცია | | | 3364 | 29,303 | 146 | 301 |

წყარო: კვლევის შედეგები

2008-დან 2015-2019 წლამდე შეიცვალა ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურა, ძუძუს კიბოთი ავადობა 52,6-დან 95.7-მდე გაიზარდა, ხოლო ფარისებრი ჯირკვლი XII ადგილიდან გადავიდა II-ზე.

ცხრილი 19.

კიბოთი ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით ყოველ 100,000 ქალზე 2015-2019 წლებში საქართველოში

| # | ლოკაცია | ICD-10 | ASR | 95% CI ASR | |
|---------------|--------------------|-------------|-------|------------|-------|
| 1 | ძუძუ | C50.0-50.9 | 63,2 | 61,8 | 64,5 |
| 2 | ფარისებრი ჯირკვალი | C73.9 | 34,4 | 33,3 | 35,5 |
| 3 | საშვილოსნოს ყელი | C53.0-C53.9 | 13,4 | 12,8 | 14,1 |
| 4 | საშვილოსნოს ტანი | C54.0-C54.9 | 11,3 | 10,8 | 11,9 |
| 5 | კოლორექტული | C18.0-C21.8 | 10,3 | 9,7 | 10,8 |
| ყველა ლოკაცია | | | 196,7 | 195,9 | 197,5 |

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 197 (ცხრილი 19).

კიბოს ლოკაციების მიხედვით რანგით I ადგილი ეკავა ძუძუს კიბოს (ASR=63,2; 95% CI ASR= 61,8-64,5), II - ფარისებრი ჯირკვალის (ASR=34,4; 95% CI ASR= 33,3-35,5), III -

საშვილოსნოს ყელის (ASR=13,4; 95% CI ASR= 12,8-14,1), IV - საშვილოსნოს ტანის (ASR=11,3; 95% CI ASR= 10,8-11,9), V- კოლორექტულის (ASR=10,3; 95% CI ASR= 9,7-10,8), მეექვსე-საკვერცხის (ASR=9,8; 95% CI ASR= 9,3-10,3).

ცხრილი 20.

კიბოთი ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით ყოველ 100,000 ქალზე 2015-2019 წლებში საქართველოში

| # | ლოკაცია | ICD-10 | AAR | 95% CI AAR | |
|---------------|--------------------|-------------|-------|------------|-------|
| 1 | ძუძუ | C50.0-50.9 | 95,7 | 94,3 | 97,0 |
| 2 | ფარისებრი ჯირკვალი | C73.9 | 41,0 | 39,9 | 42,1 |
| 3 | საშვილოსნოს ყელი | C53.0-C53.9 | 18,6 | 18,0 | 19,3 |
| 4 | საშვილოსნოს ტანი | C54.0-C54.9 | 18,5 | 18,0 | 19,1 |
| 5 | კოლორექტული | C18.0-C21.8 | 18,9 | 18,4 | 19,4 |
| ყველა ლოკაცია | | | 301,5 | 300,6 | 302,3 |

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 301 (ცხრილი 20).

კიბოს ლოკაციების მიხედვით რანგით:

I ადგილი ეკავა ძუძუს კიბოს (AAR=95,7; 95% CI AAR= 94,3-97,0), II - ფარისებრი ჯირკვალის (AAR=41,0; 95% CI AAR= 39,9-42,1), III - კოლორექტულის (AAR=18,9; 95% CI ASR= 18,4-19,4), IV - საშვილოსნოს ყელის (AAR=18,6; 95% CI AAR= 18,0-19,3), V- საშვილოსნოს ტანის (AAR=18,5; 95% CI AAR= 18,0-19,1), VI- საკვერცხის (AAR=15,1; 95% CI AAR= 14,6-15,6) კიბოს.

ASR-თან შედარებით AAR მაჩვენებლებით მე-3 და მე-5 სარანგო ადგლებს ცვლიან კოლორექტუმისა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობები.

ცხრილი 21.

კიბოთი ინციდენტობის კუმულაციური რისკის (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლები ქალთა პოპულაციაში 2015-2019 წლებში საქართველოში

| # | ლოკაცია | CR ₆₄ | 95% CI CR ₆₄ | | CR ₇₄ | 95% CI CR ₇₄ | |
|---------------|--------------------|------------------|-------------------------|------|------------------|-------------------------|------|
| 1 | ძუძუ | 4,8 | 4,7 | 4,9 | 7,0 | 6,8 | 7,1 |
| 2 | ფარისებრი ჯირკვალი | 2,7 | 2,6 | 2,8 | 3,1 | 3,0 | 3,2 |
| 3 | საშვილოსნოს ყელი | 1,1 | 1,1 | 1,2 | 1,4 | 1,4 | 1,5 |
| 4 | საშვილოსნოს ტანი | 0,8 | 0,8 | 0,9 | 1,5 | 1,4 | 1,5 |
| 5 | კოლორექტული | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 1,3 | 1,2 | 1,3 |
| ყველა ლოკაცია | | 13,3 | 13,1 | 13,5 | 19,5 | 19,3 | 19,8 |

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წწ.ში საქართველოში ქალთა კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ჯგუფში შეადგინა 13,3 (95% CI CR₆₄= 13,1-13,5), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იზრდება და შეადგენს 19,5 (95% CI CR₇₄= 19,3-19,8) (ცხრილი 21).

2015-2019 წწ.-ში საქართველოში ქალთა კიბოთი დავადების მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკაციების მიხედვით ჰქონდა ძუძუს კიბოს (CR₆₄=4,8; 95% CI CR₆₄= 4,7-4,9), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში მატულობს (CR₇₄=7,0; 95% CI CR₇₄= 6,8-7,1).

ცხრილი 22.

ავადობის აბსოლუტური და უხეში მაჩვენებლები ყოველ 100,000 ქალზე 2015-2019 წლებში თბილისში

| # | ლოკაცია | ICD-10 | აბსოლუტურ რივხვებში | უხეში მაჩვენებელი 100,000 ქალზე |
|---------------|--------------------|-------------|---------------------|---------------------------------|
| 1 | ძუძუ | C50.0-50.9 | 3743 | 123,6 |
| 2 | ფარისებრი ჯირკვალი | C73.9 | 1942 | 64,1 |
| 3 | საშვილოსნოს ყელი | C53.0-C53.9 | 648 | 18,6 |
| 4 | საშვილოსნოს ტანი | C54.0-C54.9 | 714 | 18,5 |
| 5 | კოლორექტული | C18.0-C21.8 | 775 | 25,6 |
| ყველა ლოკაცია | | | 11,695 | 386,1 |

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წწ.ში თბილისში რეგისტრირებული იქნა ქალთა კიბოთი დაავადების 11,695 შემთხვევა ანუ 100,000 ქალზე კიბოთი ავადდებოდა 386 ქალი (იხ. ცხრილი 22).

ცხრილი 23.

კიბოთი ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით ყოველ 100,000 ქალზე 2015-2019 წლებში თბილისში

| # | ლოკაცია | ICD-10 | ASR | 95%CI | |
|---------------|--------------------|-------------|-------|-------|-------|
| 1 | ძუძუ | C50.0-50.9 | 85,3 | 82,5 | 88,1 |
| 2 | ფარისებრი ჯირკვალი | C73.9 | 52,4 | 50,1 | 54,8 |
| 3 | საშვილოსნოს ყელი | C53.0-C53.9 | 16,0 | 14,7 | 17,3 |
| 4 | საშვილოსნოს ტანი | C54.0-C54.9 | 15,2 | 14,1 | 16,4 |
| 5 | კოლორექტული | C18.0-C21.8 | 14,9 | 13,8 | 16,0 |
| ყველა ლოკაცია | | | 264,5 | 262,3 | 266,7 |

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით, 2015-2019 წწ.-ში თბილისში 100,000 ქალზე წლიურად კიბოთი ავადდებოდა 265 ქალი (იხ. ცხრილი 23). ლოკაციებით რანგით პირველია ძუძუს კიბო (ASR=85,3; 95% CI ASR= 82,5-88,1), II - ფარისებრი ჯირკვალის (ASR=52,4; 95% CI ASR= 50,1-54,8), III - საშვილოსნოს ყელის (ASR=16,0; 95% CI ASR= 14,7-17,3), IV - საშვილოსნოს ტანის (ASR=15,2; 95% CI ASR= 14,1-16,4), V- კოლორექტულის (ASR=14,9; 95% CI ASR= 13,8-16,0).

ცხრილი 24.

კიბოთი ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით ყოველ 100,000 ქალზე 2015-2019 წლებში თბილისში

| # | ლოკაცია | ICD-10 | AAR | 95%CI | |
|---------------|--------------------|-------------|-------|-------|-------|
| 1 | ძუძუ | C50.0-50.9 | 123,6 | 120,7 | 126,4 |
| 2 | ფარისებრი ჯირკვალი | C73.9 | 64,1 | 61,7 | 66,5 |
| 3 | საშვილოსნოს ყელი | C53.0-C53.9 | 21,4 | 20,1 | 22,7 |
| 4 | საშვილოსნოს ტანი | C54.0-C54.9 | 23,6 | 22,4 | 24,7 |
| 5 | კოლორექტული | C18.0-C21.8 | 25,6 | 24,5 | 26,7 |
| ყველა ლოკაცია | | | 386,1 | 383,9 | 388,3 |

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში თბილისში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 386 ქალი (იხ. ცხრილი 24). კიბოს ლოკაციებით რანგით პირველია ეკავა ძუძუს კიბო (AAR=123,6; 95% CI AAR= 120,7-126,4), II - ფარისებრი ჯირკვალის (AAR=64,1; 95% CI AAR= 61,7-66,5), III - მსხვილი ნაწლავის (AAR=25,6; 95% CI ASR= 24,5-26,7), IV - საშვილოსნოს ტანის (AAR=23,6; 95% CI AAR= 22,4-24,7), V - საშვილოსნოს ყელის კიბოს (AAR=21,4; 95% CI AAR= 20,1-22,7).

ASR-თან შედარებით AAR მაჩვენებლებით III და V ადგილებს ცვლიან მსხვილი ნაწლავის, საშვილოსნოს ყელისა და ტანის კიბოს ინციდენტობები, კერძოდ საშვილოსნოს ტანის კიბო რჩება IV ადგილზე, კოლორექტულის კიბო V ინაცვლებს III-ზე, საშვილოსნოს ყელის კიბო - III-დან ქვეითდება V ადგილზე.

ცხრილი 25.

კიბოთი ინციდენტობის კუმულაციური რისკი (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლები ქალთა პოპულაციაში 2015-2019 წლებში თბილისში

| # | ლოკაცია | CR ₆₄ | 95% CI CR ₆₄ | | CR ₇₄ | 95% CI CR ₇₄ | |
|---------------|--------------------|------------------|-------------------------|------|------------------|-------------------------|------|
| 1 | ძუძუ | 6,2 | 6,0 | 6,5 | 9,5 | 9,2 | 9,8 |
| 2 | ფარისებრი ჯირკვალი | 4,1 | 3,9 | 4,3 | 4,8 | 4,6 | 5,0 |
| 3 | საშვილოსნოს ყელი | 1,3 | 1,2 | 1,4 | 1,7 | 1,6 | 1,8 |
| 4 | საშვილოსნოს ტანი | 1,0 | 0,9 | 1,1 | 2,0 | 1,9 | 2,2 |
| 5 | კოლორექტული | 0,8 | 0,7 | 0,9 | 1,8 | 1,7 | 2,0 |
| ყველა ლოკაცია | | 17,0 | 16,6 | 17,4 | 25,7 | 25,1 | 26,2 |

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წლებში თბილისში ქალთა კიბოთი დაავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგინა 17,0 (95% CI CR₆₄= 16,6-17,4), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იზრდება და შეადგენს 25,7 (95% CI CR₇₄= 25,1-26,2) (ცხრილი 25).

2015-2019 წლებში საქართველოში ქალთა ონკოლოგიური დაავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკაციების მიხედვით ჰქონდა ძუძუს კიბოს (CR₆₄=6,2; 95% CI CR₆₄= 6,0-6,0), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში მატულობს (CR₇₄=9,5; 95% CI CR₇₄= 9,2-9,8).

ცხრილი 26.

კიბოთი ავადობის აბსოლუტური და უხეში მაჩვენებლები ყოველ 100,000 ქალზე 2015-2019 წლებში რეგიონებში

| # | ლოკაცია | ICD-10 | აბსოლუტურ რიცხვებში | უხეში მაჩვენებელი 100,000 ქალზე |
|---------------|--------------------|-------------|---------------------|---------------------------------|
| 1 | ძუძუ | C50.0-50.9 | 5555 | 83,0 |
| 2 | ფარისებრი ჯირკვალი | C73.9 | 2047 | 30,6 |
| 3 | საშვილოსნოს ყელი | C53.0-C53.9 | 1163 | 18,6 |
| 4 | საშვილოსნოს ტანი | C54.0-C54.9 | 1086 | 18,5 |
| 5 | საკვერცხე | C56.9 | 971 | 15,1 |
| ყველა ლოკაცია | | | 17,608 | 263,2 |

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წწ.-ში რეგიონებში რეგისტრირებული იქნა ქალთა კიბოთი დაავადების 17,608 შემთხვევა. საკვლევ 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლებით, საქართველოში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 263 ქალი (იხ. ცხრილი 26).

ცხრილი 27.

კიბოთი ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 100,000 ქალზე 2015-2019 წწ.-ში რეგიონებში

| # | ლოკაცია | ICD-10 | ASR | 95% CI ASR | |
|---------------|--------------------|-------------|-------|------------|-------|
| 1 | ძუძუ | C50.0-50.9 | 54,0 | 52,5 | 55,5 |
| 2 | ფარისებრი ჯირკვალი | C73.9 | 25,9 | 24,7 | 27,0 |
| 3 | საშვილოსნოს ყელი | C53.0-C53.9 | 12,3 | 11,6 | 13,0 |
| 4 | საშვილოსნოს ტანი | C54.0-C54.9 | 9,7 | 9,1 | 10,4 |
| 5 | საკვერცხე | C56.9 | 9,3 | 8,7 | 10,0 |
| ყველა ლოკაცია | | | 168,1 | 167,2 | 168,9 |

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით, 2015-2019 წწ.-ში რეგიონებში 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 168 ქალი (იხ. ცხრილი 27). I ადგილი ეკავა ძუძუს კიბოს (ASR=54,0; 95% CI ASR= 52,5-55,5), II - ფარისებრი ჯირკვალის (ASR=25,9; 95% CI ASR= 24,7-27,0), III - საშვილოსნოს ყელის (ASR=12,3; 95% CI ASR= 11,6-13,0), IV - საშვილოსნოს ტანის (ASR=9,7; 95% CI ASR= 9,1-10,4), V- საკვერცხის კიბოს (ASR=11,0; 95% CI ASR= 8,7-10,0), კოლორექტუმის კიბო რეგიონებში ამოვარდა 5 ძირითადი ლოკაციიდან (ASR=8,5; 95% CI ASR= 7,9-9,0) და გადავიდა VII ადგილზე.

ცხრილი 28.

კიბოთი ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით 100,000 ქალზე 2015-2019 წლებში რეგიონებში

| # | ლოკაცია | ICD-10 | AAR | 95% CI AAR | |
|---------------|--------------------|-------------|-------|------------|-------|
| 1 | ძუძუ | C50.0-50.9 | 83,0 | 81,5 | 84,5 |
| 2 | ფარისებრი ჯირკვალი | C73.9 | 30,6 | 29,4 | 31,8 |
| 3 | საშვილოსნოს ყელი | C53.0-C53.9 | 17,4 | 16,6 | 18,1 |
| 4 | საშვილოსნოს ტანი | C54.0-C54.9 | 16,2 | 15,6 | 16,8 |
| 5 | საკვერცხე | C56.9 | 14,5 | 13,9 | 15,1 |
| ყველა ლოკაცია | | | 263,2 | 262,3 | 264,0 |

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლებით, 2015-2019 წწ.-ში რეგიონებში 100,000 ქალზე კიბოთი ავადდებოდა 363 ქალი (იხ. ცხრილი 28). I ადგილზეა ძუძუს კიბო (AAR=83,0; 95% CI AAR= 81,5-84,5), II - ფარისებრი ჯირკვალის (AAR=30,6; 95% CI AAR= 29,4-31,8), III - კანის (AAR=21,1; 95% CI ASR= 20,6-21,7), IV - საშვილოსნოს ყელის (AAR=17,4; 95% CI AAR=16,6-18,1), V - საშვილოსნოს ტანის (AAR=16,2; 95% CI AAR= 15,6-16,8). ASR-თან შედარებით AAR მაჩვენებლებით რეგიონებში კანის კიბო VI-დან ინაცვლებს III-ზე, კოლორექტუმის VII-დან მე-V-ზე.

ცხრილი 29.

კიბოთი ინციდენტობის კუმულაციური რისკი (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლები ქალთა პოპულაციაში 2015-2019 წწ. რეგიონებში

| # | ლოკაცია | CR ₆₄ | 95% CI CR ₆₄ | | CR ₇₄ | 95% CI CR ₇₄ | |
|---------------|--------------------|------------------|-------------------------|------|------------------|-------------------------|------|
| 1 | ძუძუ | 4,2 | 4,0 | 4,3 | 5,9 | 5,8 | 6,1 |
| 2 | ფარისებრი ჯირკვალი | 2,1 | 2,0 | 2,2 | 2,4 | 2,3 | 2,5 |
| 3 | საშვილოსნოს ყელი | 1,0 | 1,0 | 1,1 | 1,3 | 1,2 | 1,4 |
| 4 | საშვილოსნოს ტანი | 0,8 | 0,7 | 0,8 | 1,2 | 1,2 | 1,3 |
| 5 | საკვერცხე | 0,7 | 0,7 | 0,8 | 1,1 | 1,0 | 1,1 |
| ყველა ლოკაცია | | 11,6 | 11,4 | 11,9 | 16,8 | 16,6 | 17,1 |

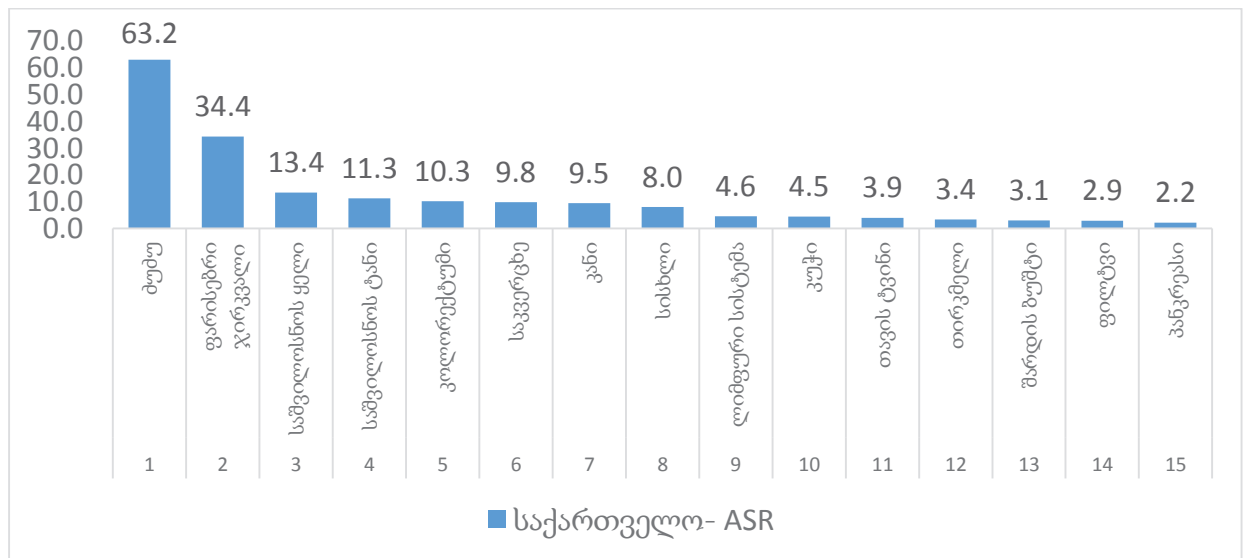
წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წწ.-ში რეგიონებში ქალთა კიბოთი დაავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე იყო 11,6 (95% CI CR₆₄= 11,4-11,9), რომლის ოდენობა 75 წლამდე იზრდება 16,8 (95% CI CR₇₄= 16,6-17,1) (ცხრილი 29). 2015-2019 წწ.-ში საქართველოში ქალთა კიბოთი დაავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში

ჰქონდა ძუძუს კიბოს (CR₆₄=4,2; 95% CI CR₆₄= 4,0-4,3), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ოდნავ მატულობს (CR₇₄=5,9; 95% CI CR₇₄= 5,8-6,1).

დიაგრამა 6.

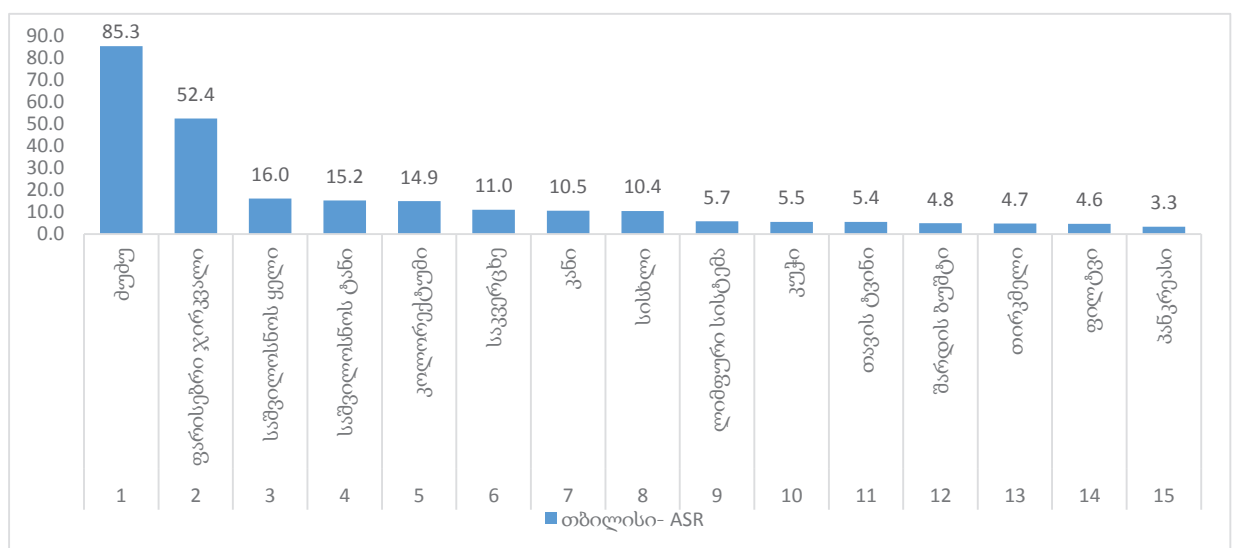
კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (ASR) 100,000 ქალზე 2015-2019 წწ. საქართველოში



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 7.

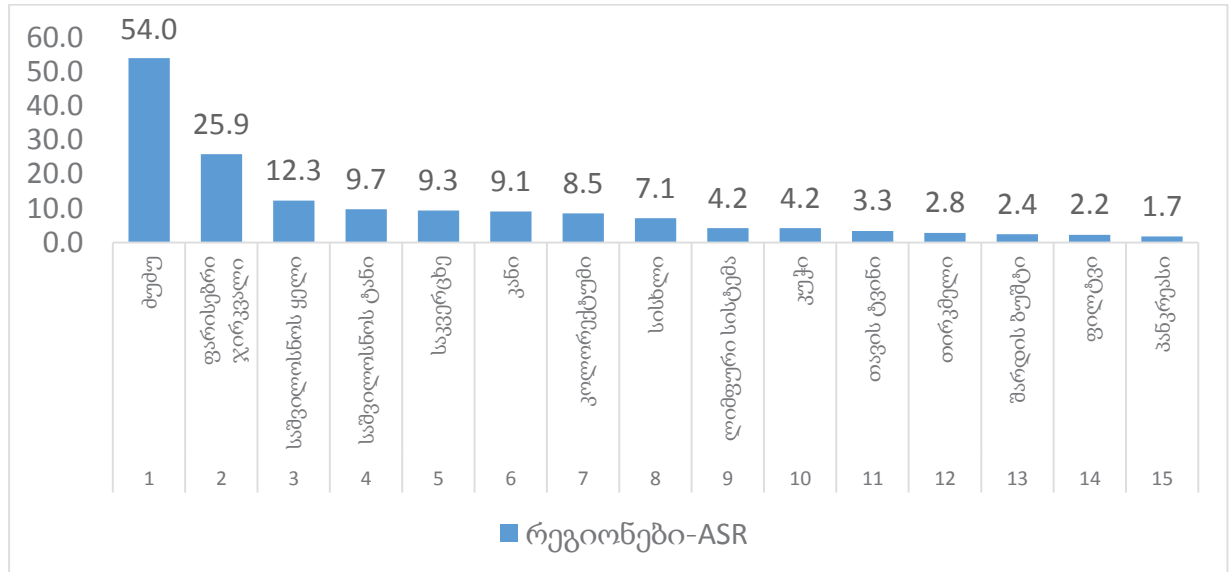
კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (ASR) ყოველ 100,000 ქალზე 2015-2019 წწ. თბილისში



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 8.

კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (ASR) ყოველ 100,000 ქალზე 2015-2019 წწ. რეგიონებში.



წყარო: კვლევის შედეგები

საინტერესოა ქალთა 5 ლოკაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურისა და ავადობის ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების ოდენობების შედარებითი ანალიზის შედეგები, საქართველოში, თბილისში და რეგიონებში (დიაგრამები 6,7, 8).

საქართველოში ქალთა 5 ლოკაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში პირველი იყო ძუძუს კიბო (ASR=63,2); ასევე იყო თბილისშიც (ASR=85,3) და რეგიონებშიც (ASR=54,0). ავადობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) გვიჩვენებს, რომ თბილისში ძუძუს კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,6-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,6) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

ავადობის სტრუქტურაში II ადგილი უკავია თიროიდულ კიბოს (ASR=34,4). ასევეა თბილისში (ASR=52,4) და რეგიონებში (ASR=25,9). ამასთან, SRR-ით თბილისში თიროიდულ კიბოს ავადობის სიხშირე 2-ჯერ აღემატებოდა (SRR=2,0) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში III ადგილი უკავია საშვილოსნოს ყელის კიბოს (ASR=13,4), ასევეა თბილისში (ASR=16,0) და რეგიონებში (ASR=12,3). SRR-ის მიხედვით თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ავადობის სიხშირე 1,3-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,3) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში IV ადგილი უკავია საშვილოსნოს ტანის კიბოს (ASR=11,3). იგივეა თბილისში (ASR=15,2) და რეგიონებში (ASR=9,7). SRR-ის

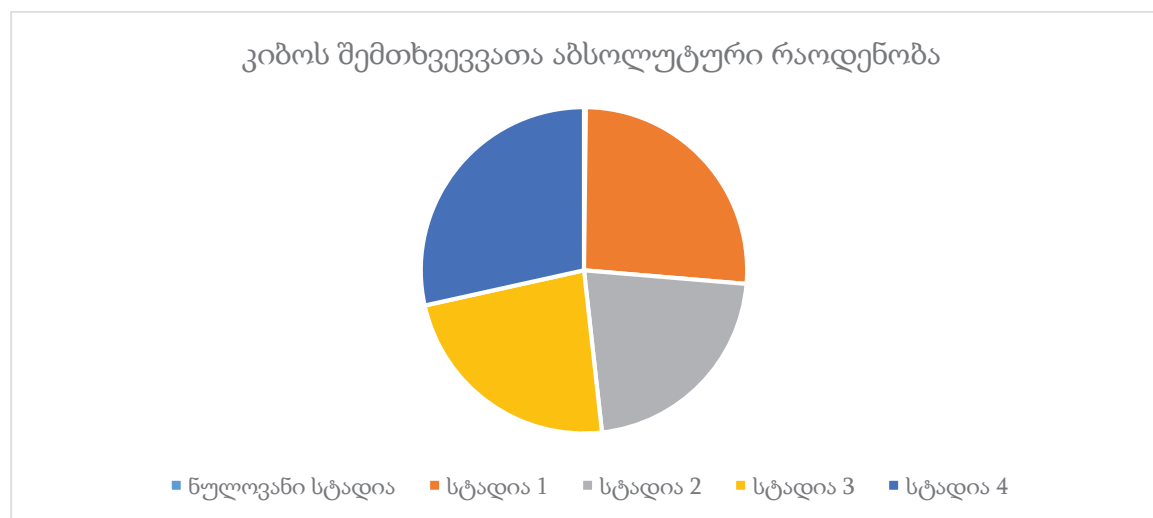
მიხედვით თბილისში საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,6-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,6) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეს. ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში V ადგილზეა კოლორექტუმი (ASR=10,3), ასევეა თბილისში (ASR=14,9), მაშინ როცა რეგიონებში კოლორექტუმის კიბო VII ადგილზეა (ASR=8,5). SRR-ის მიხედვით თბილისში კოლორექტუმის კიბოთი ავადობის სიხშირე 1,8-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,8) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

3.2. დიაგნოსტირებული კიბოს კლინიკური სტადიები 2015-2019 წლებში თბილისისა და რეგიონების მოსახლეობაში

როგორც მე-9 და მე-10 დიგრამებიდან ჩანს, 2015-2019 წლებში საქართველოს მოსახლეობის ორივე სქესში ავთვისებიანი სიმსივნეების დიაგნოსტირება ნულოვან სტადიაში ისეთი მიზერულია (0.2%), რომ არც კი აისახება გრაფიკულად. დიაგნოსტირებული ავთვისებიანი სიმსივნეების შემთხვევათა ნახევარზე მეტი გამოვლენილი იქნა III-IV კლინიკურ სტადიაში. განსაკუთრებით საყურადღებო და საგანგაშო იყო ავთვისებიანი სიმსივნეების ვერიფიკაციის ყველაზე მაღალი სიხშირე IV კლინიკურ სტადიაში.

დიაგრამა 9.

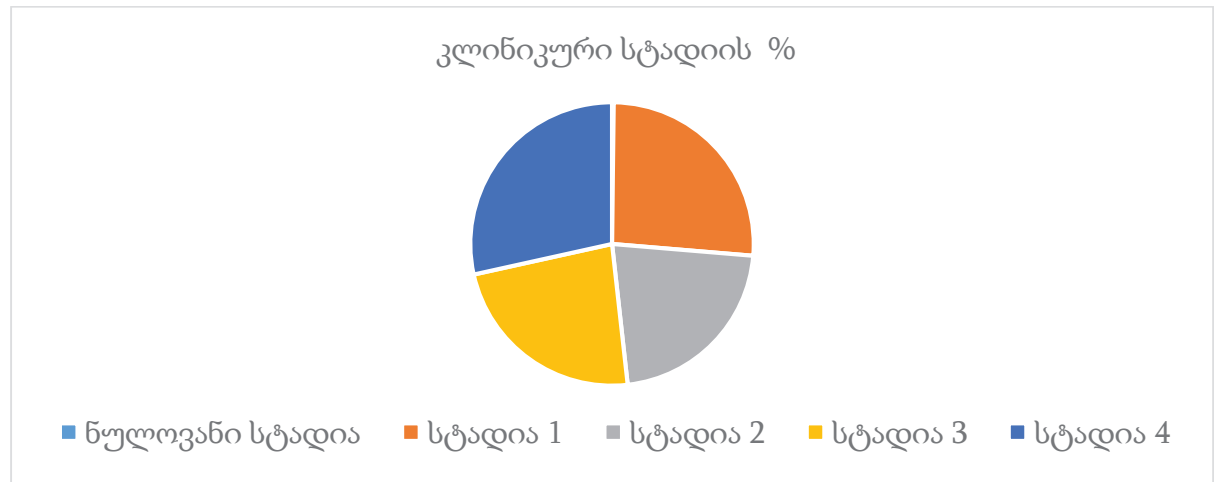
2015-2019 წლებში საქართველოს მოსახლეობის ორივე სქესში კიბოს შემთხვევათა განაწილება სტადიების მიხედვით. აბსოლუტური მაჩვენებლები



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 10.

2015-2019 წლებში საქართველოს მოსახლეობის ორივე სქესში კიბოს შემთვევათა განაწილება სტადიების მიხედვით. პროცენტული მაჩვენებლები



წყარო: კვლევის შედეგები

კიბოს სტადიების განაწილება ლოკაციების ნაჩვენებია ცხრილებში 30.1 და 30.2.

ცხრილი 30.1.

კიბოს კლინიკური სტადიების განაწილება ლოკაციების მიხედვით

| # | კოდი | ორგანო | აბს. რიცხვი | I სტადია | % | II სტადია | % | III სტადია | % | IV სტადია | % |
|---|----------------|-----------------------|----------------|-------------|------|--------------|------|---------------|------|--------------|------|
| 1 | C50.0-50.9 | ძუძუ | 9379 | 1746 | 18,6 | 3027 | 32,3 | 2071 | 22,1 | 1255 | 13,4 |
| 2 | C73.9 | ფარისებრი ჯირკვალი | 4591 | 3403 | 74,1 | 230 | 5,0 | 638 | 13,9 | 166 | 3,6 |
| 3 | C44.0-44.9 | კანი | 4072 | 1717 | 42,2 | 1279 | 31,4 | 399 | 9,8 | 282 | 6,9 |
| 4 | C34.0-34.9 | ფილტვი | 3962 | 113 | 2,9 | 226 | 5,7 | 826 | 20,8 | 2425 | 61,2 |
| 5 | C18.0 C21.8 | კოლორე ქტუმი | 3894 | 185 | 4,8 | 765 | 19,6 | 1376 | 35,3 | 1154 | 29,6 |
| 6 | C61.9 | პროსტატა | 2745 | 267 | 9,7 | 571 | 20,8 | 539 | 19,6 | 1025 | 37,3 |
| 7 | C67.0-67.9 | შარდის ბუშტი | 2648 | 1097 | 41,4 | 588 | 22,2 | 190 | 7,2 | 231 | 8,7 |
| 8 | C42.0-42.4 | სისხლი/ ძვლისტვინი | 2220 | 73 | 3,3 | 250 | 11,3 | 235 | 10,6 | 188 | 8,5 |
| 9 | C16.0 C16.9 | კუჭი | 2069 | 96 | 4,6 | 219 | 10,6 | 573 | 27,7 | 906 | 43,8 |

| | | | | | | | | | | | |
|----|---|--------------------------------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|
| 10 | C53.0 -53.9 | საშვილოსნ ოს ყელი | 1789 | 451 | 25,2 | 420 | 23,5 | 436 | 24,4 | 222 | 12,4 |
| 11 | C54.0 -54.9 | საშვილოსნ ოს ტანი | 1743 | 910 | 52,2 | 255 | 14,6 | 225 | 12,9 | 140 | 8,0 |
| 12 | C56.9 | საკვერცხე | 1413 | 245 | 17,3 | 115 | 8,1 | 605 | 42,8 | 324 | 22,9 |
| 13 | C32.0 C33.9 | ხორხი | 1391 | 193 | 13,9 | 243 | 17,5 | 542 | 39,0 | 305 | 21,9 |
| 14 | C64.9 -65.9 | თირკმელი | 1388 | 389 | 28,0 | 314 | 22,6 | 165 | 11,9 | 318 | 22,9 |
| 15 | C77.0 -77.9 | ლიმფური სისტემა | 1248 | 47 | 3,8 | 252 | 20,2 | 237 | 19,0 | 279 | 22,4 |
| 16 | C71.0 -71.9 | თავის ტვინი | 1039 | 32 | 3,1 | 68 | 6,5 | 109 | 10,5 | 387 | 37,2 |
| 17 | C76.0 C76.9; C80.9 | უცნობი/ არამკაფიო | 989 | 19 | 1,9 | 28 | 2,8 | 44 | 4,4 | 737 | 74,5 |
| 18 | C22.0 -22.1 | ღვიძლი | 850 | 27 | 3,2 | 38 | 4,5 | 95 | 11,2 | 551 | 64,8 |
| 19 | C25.0 -25.9 | პანკრეასი | 835 | 28 | 3,4 | 66 | 7,9 | 127 | 15,2 | 514 | 61,6 |
| 20 | C23.9 -24.9 | ნაღვლის ბუშტი | 426 | 24 | 5,6 | 60 | 14,1 | 72 | 16,9 | 218 | 51,2 |
| 21 | C10.0 -14.8; C30.0 -31.9 | ცხვირ-ხახა | 421 | 25 | 5,9 | 40 | 9,5 | 153 | 36,3 | 156 | 37,1 |
| 22 | C62.0 C63.2 | სათესლე ჯირკვალი | 392 | 103 | 26,3 | 137 | 34,9 | 53 | 13,5 | 33 | 8,4 |
| 23 | C49.0 -49.9 | შემაერთებელ ი ქსოვილი | 390 | 47 | 12,1 | 98 | 25,1 | 89 | 22,8 | 93 | 23,8 |
| 24 | C0.0- 9.9 | ყბა-სახე | 369 | 72 | 19,5 | 89 | 24,1 | 92 | 24,9 | 86 | 23,3 |
| 25 | C51.0 -52.9; C55.9; C57.0 C58.9 | სხვა გინეკოლოგი ური | 343 | 106 | 30,9 | 62 | 18,1 | 73 | 21,3 | 49 | 14,3 |
| 26 | C40.0 -41.9 | ძვალ- სახსროვანი სისტემა | 299 | 21 | 7,0 | 34 | 11,4 | 43 | 14,4 | 130 | 43,5 |
| 27 | C15.0 C15.9 | საყლაპავი | 271 | 7 | 2,6 | 43 | 15,9 | 108 | 39,9 | 74 | 27,3 |
| 28 | C48.0 -48.9 | რეტროპერიტ ონეუმი | 217 | 5 | 2,3 | 22 | 10,1 | 47 | 21,7 | 90 | 41,5 |

| | | | | | | | | | | | |
|------------|--|--|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| 29 | C17.0 C17.9; C26.0 C26.9 | წვრილი ნაწლავი | 157 | 6 | 3,8 | 17 | 10,8 | 28 | 17,8 | 66 | 42,0 |
| 30 | C37.0 -39.9 | გულ-მკერდი | 149 | 8 | 5,4 | 14 | 9,4 | 26 | 17,4 | 61 | 40,9 |
| 31 | C60.0 C60.9; C63.8 C63.9 | მამაკაცის სასქესო | 126 | 35 | 27,8 | 31 | 24,6 | 25 | 19,8 | 19 | 15,1 |
| 32 | C47.0 -47.9; C70.0 -70.9; C72.0 -72.9 | ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა | 119 | 6 | 5,0 | 11 | 9,2 | 11 | 9,2 | 29 | 24,4 |
| 33 | C69.0 -69.9 | თვალი | 115 | 11 | 9,6 | 33 | 28,7 | 17 | 14,8 | 9 | 7,8 |
| 34 | C74.0 -75.9 | ენდოკრინულ ლი სისტემა | 71 | 11 | 15,5 | 10 | 14,1 | 4 | 5,6 | 25 | 35,2 |
| 35 | C66.9; C68.0 -68.9 | საშარდე სისტემა | 49 | 8 | 16,3 | 9 | 18,4 | 7 | 14,3 | 11 | 22,4 |
| სულ | | | 52179 | 11533 | 22,1 | 9664 | 18,5 | 10280 | 19,7 | 12558 | 24,1 |

წყარო: კვლევის შედეგები

ცხრილი 30.2.

კიბოს სტადიების განაწილება ლოკაციების მიხედვით (გაგრძელება)

| # | კოდი | ორგანო | აბს. რიცხვი | გაშ ლი სტა დია | % | 0 სტა დია | % | სტა დია არაა | % | სტა დია უცნ ობია | % | სტა დია არ წე რია | % |
|---|-------------|-----------------------|----------------|-------------------------|-----|-----------------|-----|--------------------|-----|---------------------------|-----|-------------------------------|-----|
| 1 | C50.0-50.9 | ძუძუ | 9379 | 2 | 0,0 | 17 | 0,2 | 22 | 0,2 | 478 | 5,1 | 761 | 8,1 |
| 2 | C73.9 | ფარისებრი ჯირკვალი | 4591 | 0 | 0,0 | 2 | 0,0 | 2 | 0,0 | 37 | 0,8 | 113 | 2,5 |
| 3 | C44.0-44.9 | კანი | 4072 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 12 | 0,3 | 149 | 3,7 | 234 | 5,7 |
| 4 | C34.0-34.9 | ფილტვი | 3962 | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 1 | 0,0 | 121 | 3,1 | 249 | 6,3 |
| 5 | C18.0-C21.8 | კოლორექ ტუმი | 3894 | 0 | 0,0 | 2 | 0,1 | 6 | 0,2 | 164 | 4,2 | 242 | 6,2 |
| 6 | C61.9 | პროსტატა | 2745 | 8 | 0,3 | 0 | 0,0 | 1 | 0,0 | 139 | 5,1 | 195 | 7,1 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------------------------------------|--|------|----|-----|----|-----|-----|------|-----|------|-----|------|
| 7 | C67.0-67.9 | შარდის ბუმბტი | 2648 | 4 | 0,2 | 41 | 1,5 | 5 | 0,2 | 127 | 4,8 | 365 | 13,8 |
| 8 | C42.0-42.4 | სისხლი და ძვლის ტვინი | 2220 | 86 | 3,9 | 13 | 0,6 | 253 | 11,4 | 264 | 11,9 | 858 | 38,6 |
| 9 | C16.0-C16.9 | კუჭი | 2069 | 2 | 0,1 | 1 | 0,0 | 1 | 0,0 | 99 | 4,8 | 172 | 8,3 |
| 10 | C53.0-53.9 | საშვილოსნოს ყელი | 1789 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 7 | 0,4 | 55 | 3,1 | 198 | 11,1 |
| 11 | C54.0-54.9 | საშვილოსნოს ტანი | 1743 | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 6 | 0,3 | 81 | 4,6 | 125 | 7,2 |
| 12 | C56.9 | საკვერცხე | 1413 | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 2 | 0,1 | 51 | 3,6 | 70 | 5,0 |
| 13 | C32.0-C33.9 | ხორხი | 1391 | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 | 36 | 2,6 | 70 | 5,0 |
| 14 | C64.9-65.9 | თირკმელი | 1388 | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 48 | 3,5 | 152 | 11,0 |
| 15 | C77.0-77.9 | ლიმფური სისტემა | 1248 | 2 | 0,2 | 1 | 0,1 | 7 | 0,6 | 90 | 7,2 | 333 | 26,7 |
| 16 | C71.0-71.9 | თავის ტვინი | 1039 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 33 | 3,2 | 106 | 10,2 | 304 | 29,3 |
| 17 | C76.0-C76.9; C80.9 | უცნობი/ არამკაფიო დ განსაზღვრული ლოკაცია | 989 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 38 | 3,8 | 123 | 12,4 |
| 18 | C22.0-22.1 | ღვიძლი | 850 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 0,4 | 60 | 7,1 | 76 | 8,9 |
| 19 | C25.0-25.9 | პანკრეასი | 835 | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 50 | 6,0 | 48 | 5,7 |
| 20 | C23.9-24.9 | ნაღვლის ბუმბტი | 426 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 25 | 5,9 | 27 | 6,3 |
| 21 | C10.0-14.8; C30.0-31.9 | ცხვირ-ხახა | 421 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 0,5 | 21 | 5,0 | 24 | 5,7 |
| 22 | C62.0-C63.2 | სათესლე ჯირკვალი | 392 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 23 | 5,9 | 43 | 11,0 |
| 23 | C49.0-49.9 | შემაერთებელი ქსოვილი | 390 | 0 | 0,0 | 1 | 0,3 | 0 | 0,0 | 24 | 6,2 | 38 | 9,7 |
| 24 | C0.0-9.9 | ყბა-სახე | 369 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 0,5 | 18 | 4,9 | 10 | 2,7 |
| 25 | C51.0-52.9; C55.9; C57.0- C58.9 | სხვა გინეკოლოგიური | 343 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 30 | 8,7 | 23 | 6,7 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--|---------------------------------|-------|-----|-----|----|-----|-----|------|------|------|------|------|
| 26 | C40.0-41.9 | ძვალ-სახ-სროვანი | 299 | 1 | 0,3 | 0 | 0,0 | 3 | 1,0 | 23 | 7,7 | 44 | 14,7 |
| 27 | C15.0-C15.9 | საყლაპავი | 271 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 19 | 7,0 | 20 | 7,4 |
| 28 | C48.0-48.9 | რეტროპერიტონეუმი | 217 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 0,9 | 25 | 11,5 | 26 | 12,0 |
| 29 | C17.0-C17.9; C26.0-C26.9 | წვრილი ნაწლავი | 157 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,6 | 11 | 7,0 | 28 | 17,8 |
| 30 | C37.0-39.9 | გულ-მკერდი | 149 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 15 | 10,1 | 25 | 16,8 |
| 31 | C60.0-C60.9; C63.8-C63.9 | მამაკაცის სასქესო | 126 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,8 | 7 | 5,6 | 8 | 6,3 |
| 32 | C47.0-47.9; C70.0-70.9; C72.0-72.9 | ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა | 119 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4 | 3,4 | 12 | 10,1 | 46 | 38,7 |
| 33 | C69.0-69.9 | თვალი | 115 | 0 | 0,0 | 1 | 0,9 | 22 | 19,1 | 5 | 4,3 | 17 | 14,8 |
| 34 | C74.0-75.9 | ენდოკრინული | 71 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,4 | 4 | 5,6 | 16 | 22,5 |
| 35 | C66.9;C68.0-68.9 | საშარდე სისტემა | 49 | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 | 0 | 0,0 | 8 | 16,3 | 5 | 10,2 |
| სულ | | | 52179 | 107 | 0,2 | 84 | 0,2 | 402 | 0,8 | 2463 | 4,7 | 5088 | 9,8 |

წყარო: კვლევის შედეგები

კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მიერ, 2015-2019 წლებში საქართველოს მოსახლეობის ორივე სქესში, სულ რეგისტრირებული იქნა 35 ლოკაციის კიბოს 52,179 შემთვევა, მათ შორის უცნობი და არამკაფიოდ განსაზღვრული ლოკაციების 989 შემთხვევა, მათგან 737 (74.5%) - IV სტადიაში. კიბოს ლოკაციებიდან IV სტადიაში დიაგნოსტირების ყველაზე მაღალი სიხშირე აღინიშნა ღვიძლის (64.8%), პანკრეასის (61.6%), ფილტვის (61.2%), ნაღვლის ბუშტის (51.2%), კუჭის (43.8%), ძვალ-სახსროვანი სისტემის (43.5%), წვრილი ნაწლავისა (42.0%) და რეტროპერიტონეუმის (41.5%) კიბოს დროს.

31-ე და 32-ე ცხრილებში ნაჩვენებია ორივე სქესში ერთად კიბოს სტადიების განაწილება აბსოლუტური რაოდენობის, უხეში, ასაკით სტანდარტიზებული (ASR), ასაკით კორექტირებული (AAR) და კუმულაციური რისკის (CR₆₄, CR₇₄) მიხედვით.

ცხრილი 31.

ორივე სქესში კიბოს სტადიების განაწილება აბსოლუტური რიცხვების, უბეში და ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით 100,000 მოსახლეზე

| # | სტადია | კიბოს აბს. რაოდენობა | % | უბეში მაჩვენებელი 100,000 პირზე | ASR | 95%CI | |
|------------|----------------------------------|----------------------|--------------|---------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| 1 | სტადია 1 | 11533 | 22,1 | 62,0 | 44,6 | 43,7 | 45,4 |
| 2 | სტადია 2 | 9664 | 18,5 | 52,0 | 34,0 | 33,3 | 34,7 |
| 3 | სტადია 3 | 10280 | 19,7 | 55,3 | 36,4 | 35,7 | 37,1 |
| 4 | სტადია 4 | 12558 | 24,1 | 67,6 | 42,1 | 41,4 | 42,9 |
| 5 | გაშლილი სტადია | 107 | 0,2 | 0,6 | 0,4 | 0,3 | 0,4 |
| 6 | ნულოვანი სტადია | 84 | 0,2 | 0,5 | 0,3 | 0,2 | 0,4 |
| 7 | სტადია არ აქვს | 402 | 0,8 | 2,2 | 1,8 | 1,6 | 2,0 |
| 8 | უცნობია / არ არის რეგისტრირებული | 7550 | 14,5 | 40,6 | 28,2 | 27,5 | 28,9 |
| სულ | | 52178 | 100,0 | 280,7 | 187,8 | 183,7 | 191,9 |

წყარო: კვლევის შედეგები

ცხრილი 32.

ორივე სქესში ერთად კიბოს სტადიების განაწილების ასაკით კორექტირებული და კუმულაციური რისკის მაჩვენებლების მიხედვით

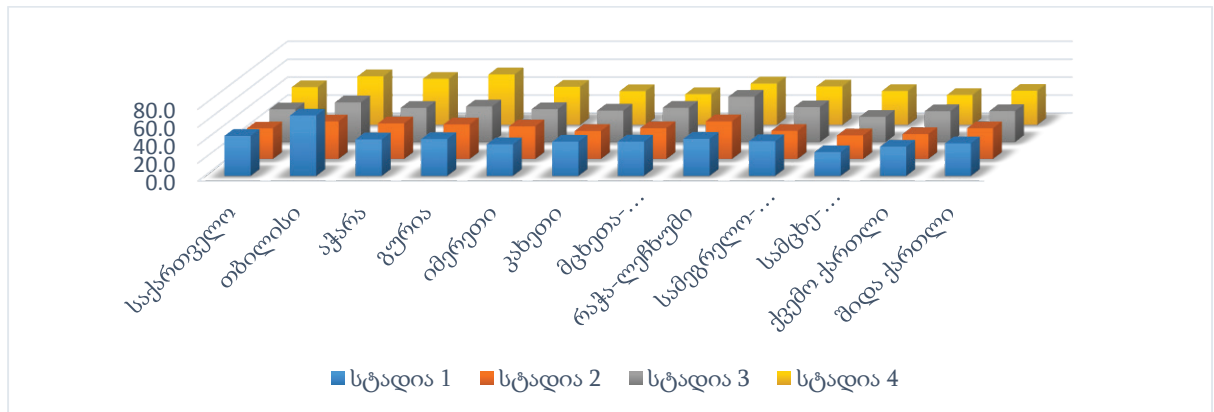
| # | სტადია | AAR | 95%CI | | CR 0-64 | 95%CI | | CR 0-74 | 95%CI | |
|------------|---|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1 | სტადია 1 | 62,0 | 61,2 | 62,9 | 3,2 | 3,1 | 3,2 | 4,7 | 4,6 | 4,8 |
| 2 | სტადია 2 | 52,0 | 51,3 | 52,7 | 2,2 | 2,2 | 2,3 | 3,9 | 3,8 | 4,0 |
| 3 | სტადია 3 | 55,3 | 54,6 | 56,0 | 2,5 | 2,4 | 2,6 | 4,3 | 4,2 | 4,4 |
| 4 | სტადია 4 | 67,6 | 66,8 | 68,3 | 2,7 | 2,6 | 2,7 | 5,0 | 4,9 | 5,1 |
| 5 | გაშლილი სტადია | 0,6 | 0,5 | 0,6 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 |
| 6 | ნულოვანი სტადია | 0,5 | 0,4 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 7 | სტადია არ აქვს | 2,2 | 2,0 | 2,4 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| 8 | სტადია უცნობია / არ არის რეგისტრირებული | 40,6 | 39,9 | 41,3 | 1,9 | 1,8 | 1,9 | 3,1 | 3,0 | 3,2 |
| სულ | | 280,7 | 276,6 | 284,8 | 12,6 | 12,2 | 12,9 | 21,3 | 20,7 | 21,8 |

წყარო: კვლევის შედეგები

14.5%-ში კიბოს სტადია უცნობია /არ არის რეგისტრირებული! 0.8%-ს არ აქვს სტადია, 0.2%-ში არის გაშლილი სტადია. დიაგრამებზე 11 და 12 ნაჩვენებია 2015-2019 წწ. რეგიონებში კიბოს სტადიების განაწილება ასაკით სტანდარტიზებული, ასაკით კორექტირებული: საქართველოს და თბილისის სტანდარტები, 2014, კუმულაციური რისკის (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლებით.

დიაგრამა 11.

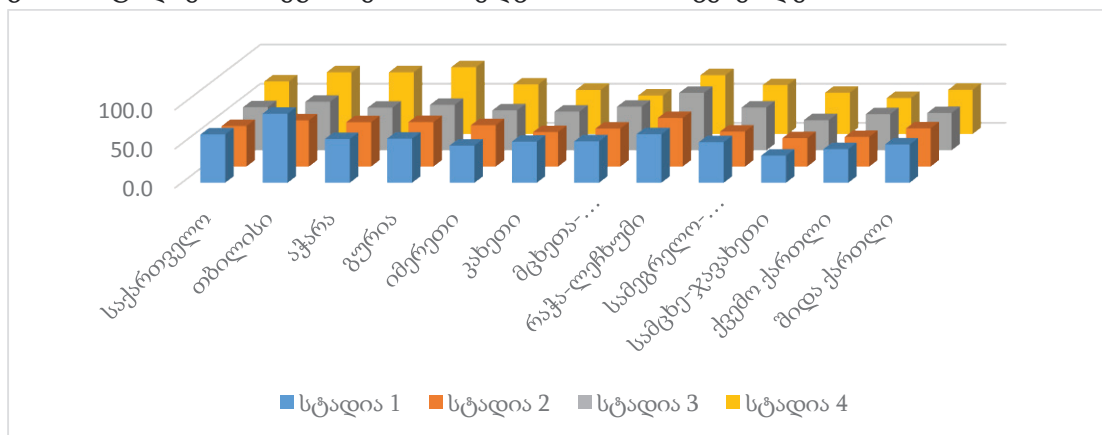
კიბოს სტადიები რეგიონების მიხედვით ASR მაჩვენებლებით



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 12.

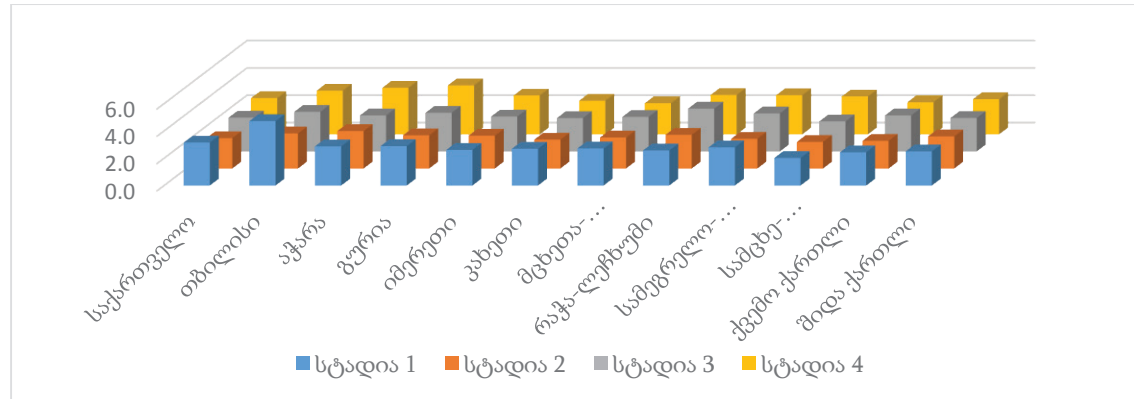
კიბოს სტადიები ს რეგიონების მიხედვით AAR მაჩვენებლებით



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 13.

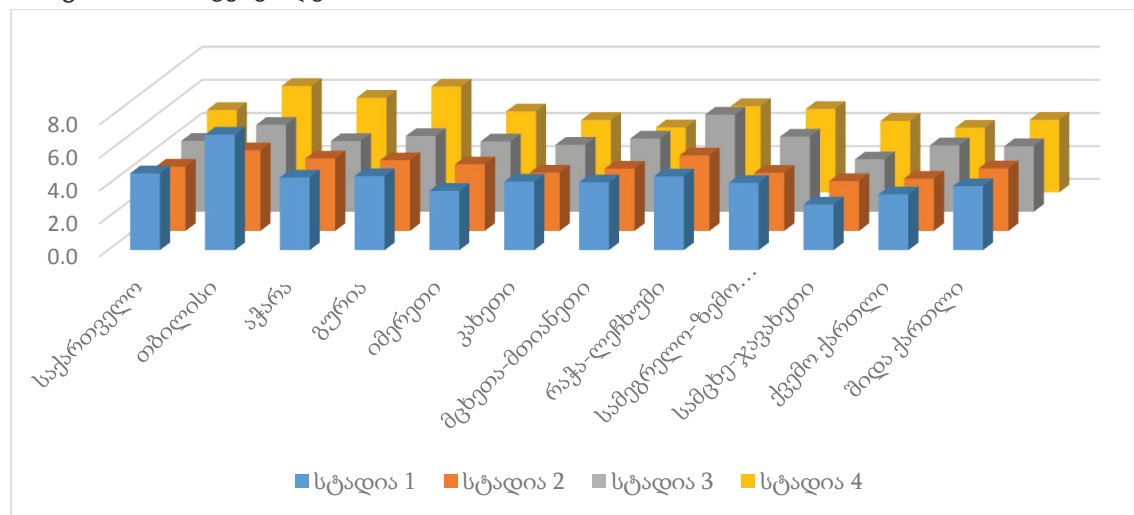
კიბოს სტადიები რეგიონების მიხედვით კუმულაციური რისკის CR₆₄ მაჩვენებლებით



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 14.

კიბოს კლინიკური სტადიები საქართველოს რეგიონების მიხედვით კუმულაციური რისკის CR₇₄ მაჩვენებლებით



წყარო: კვლევის შედეგები

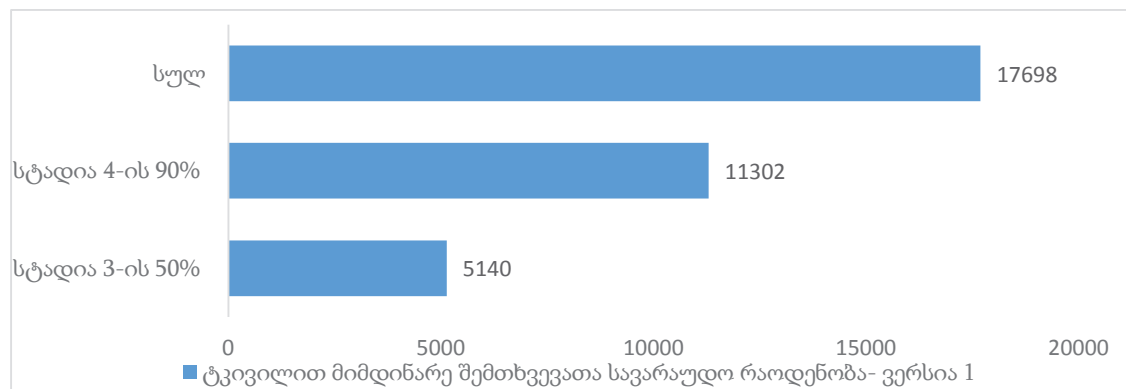
2025-2019 წლებში საქართველოს მოსახლეობის ორივე სქესში კიბო 1-ლ სტადიაში დიაგნოსტირებული იყო 22.1%-ში, II-ში 18.5%-ში, III-ში-19.7%-ში, IV-ში 24.1%-ში. რეგიონებიდან მაღალი სიხშირით IV სტადიაში კიბო დიაგნოსტირებული იქნა გურიაში (ASR=56,2‰⁰⁰⁰⁰; AAR=85.7‰⁰⁰⁰⁰; CR₆₄=3.6. CR₇₄= 6.4), თბილისში (ASR=54,2‰⁰⁰⁰⁰; AAR=79.2‰⁰⁰⁰⁰; CR₆₄=3.2; CR₇₄= 6.5), აჭარაში (ASR=54,2‰⁰⁰⁰⁰; AAR=79.2‰⁰⁰⁰⁰; CR₆₄=3.4; CR₇₄= 5.7), რაჭა-ლეჩხუმში (ASR=46,2‰⁰⁰⁰⁰; AAR=75.5‰⁰⁰⁰⁰; CR₆₄=2.9; CR₇₄= 5.2) და სამეგრელო-ზემო სვანეთში (ASR=43,0‰⁰⁰⁰⁰; AAR=62,9.5‰⁰⁰⁰⁰; CR₆₄=2.9; CR₇₄= 5.1).

აღსანიშნავი ის გარემოება, რომ კიბოს პოპულაციური რეგისტრი ონკოლოგიურ პაციენტებში დღემდე არ არეგისტრირებს ტკვილის სინდრომის შემთხვევებს, მათ სიმღიერეს და არ უწევს Follow-up მონიტორინგს. არ რეგისტრირდება კლინიკური ჯგუფები, რომლის მიხედვითაც საქართველოში წარმოებს ონკოლოგიურ პაციენტებში ტკვილის სინდრომის მართვა.

ჩვენს მიერ განხორციელდა კიბოს მქონე III-IV სტადიის პაციენტებში ტკვილის სიხშირის მოდელირება. კლინიკური სტადიების მქონე 44,119 პაციენტში 8 ვერსიის მიხედვით (იხ. დიაგრამა 15-22) განისაზღვრა ტკვილის სინდრომის სავარაუდო ოდენობები.

დიაგრამა 15.

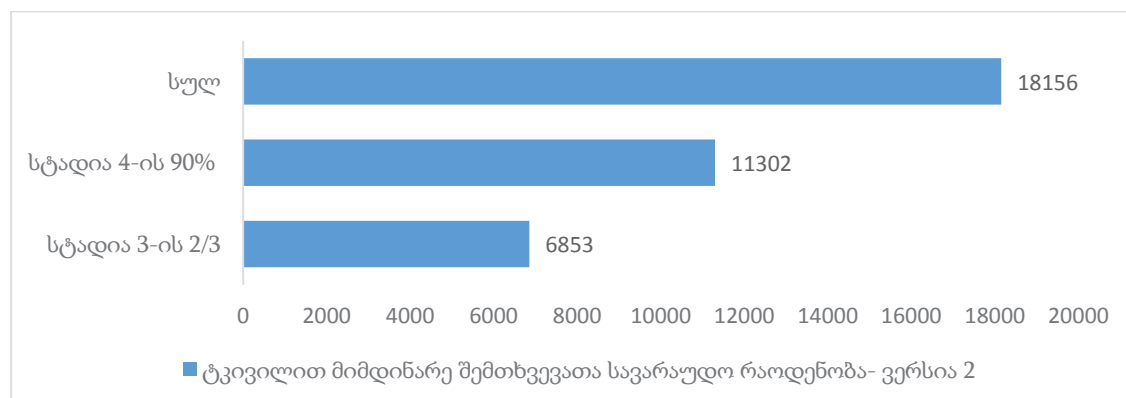
ტკვილით მიმდინარე შემთხვევათა სავარაუდო რაოდენობა. ვერსია 1



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 16.

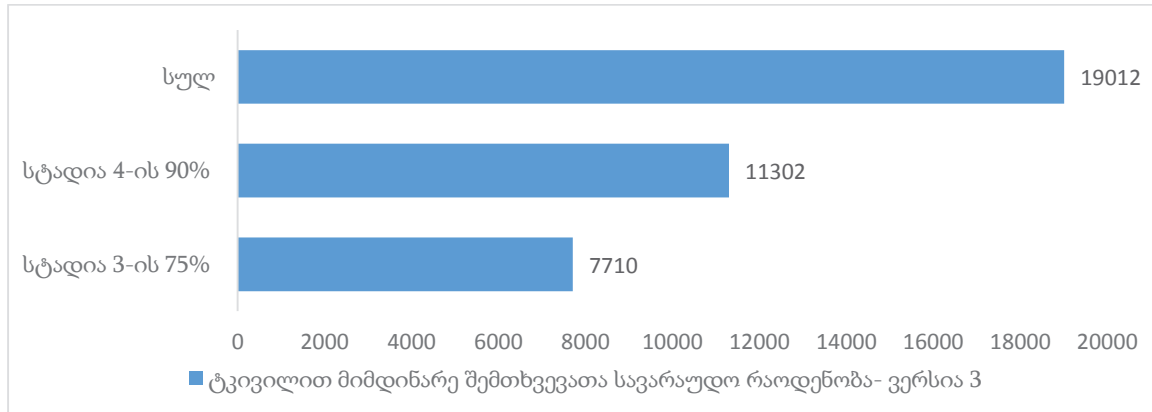
ტკვილით მიმდინარე შემთხვევათა სავარაუდო რაოდენობა. ვერსია 2



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 17.

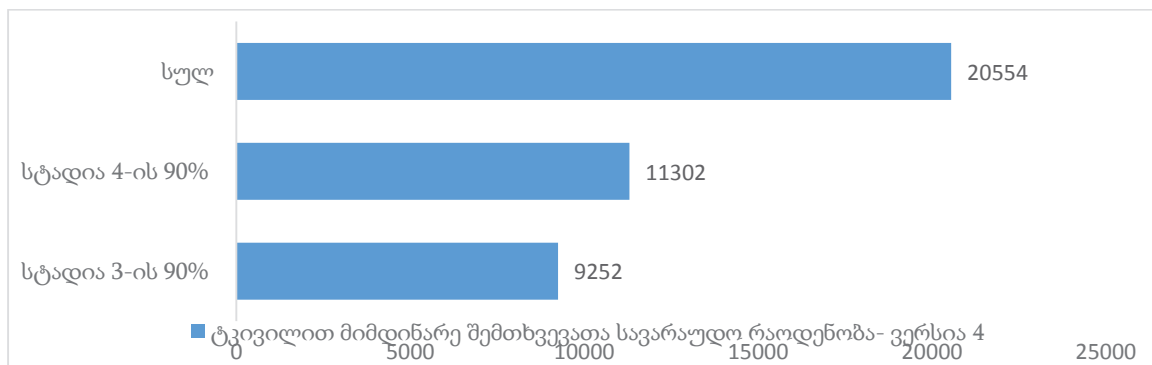
ტკვილით მიმდინარე შემთხვევათა სავარაუდო რაოდენობა. ვერსია 3



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 18.

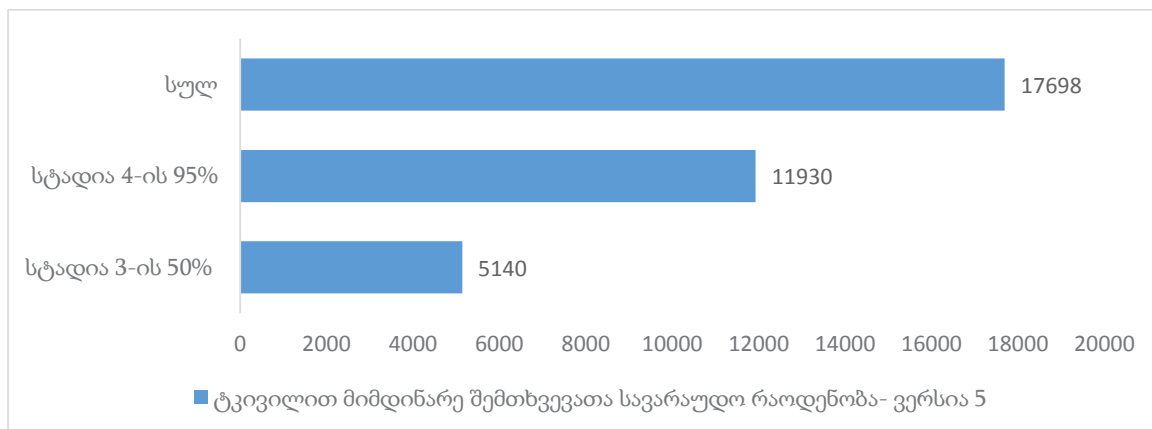
ტკვილით მიმდინარე შემთხვევათა სავარაუდო რაოდენობა. ვერსია 4



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 19.

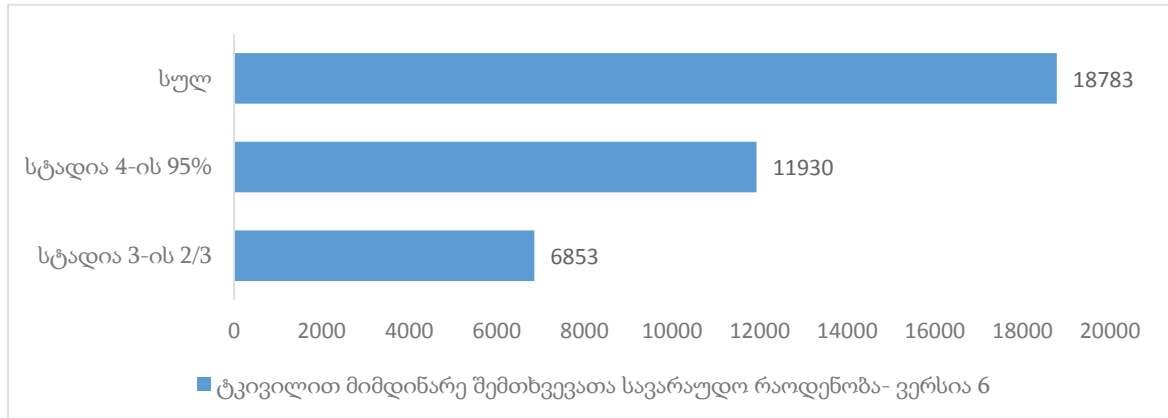
ტკვილით მიმდინარე შემთხვევათა სავარაუდო რაოდენობა. ვერსია 5



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 20.

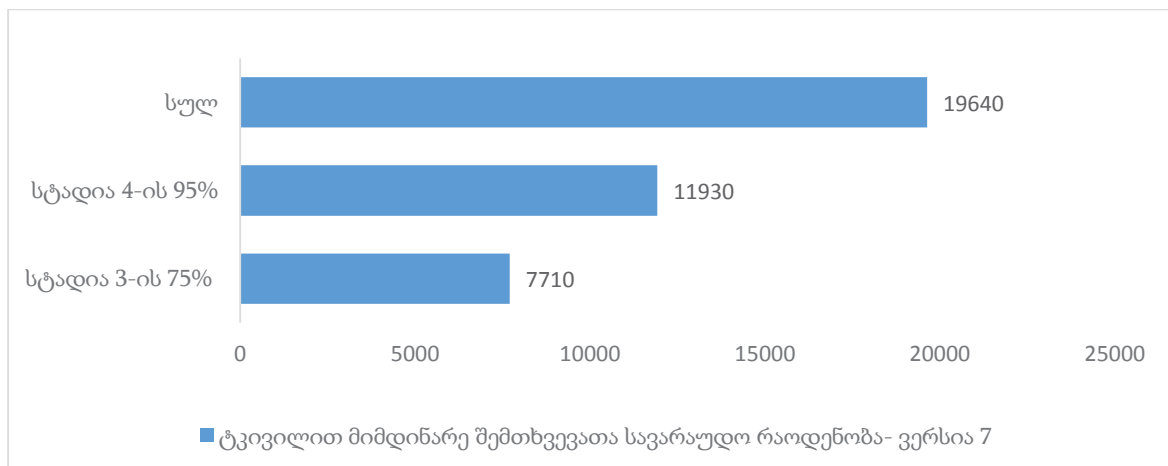
ტკვილით მიმდინარე შემთხვევათა სავარაუდო რაოდენობა. ვერსია 6



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 21.

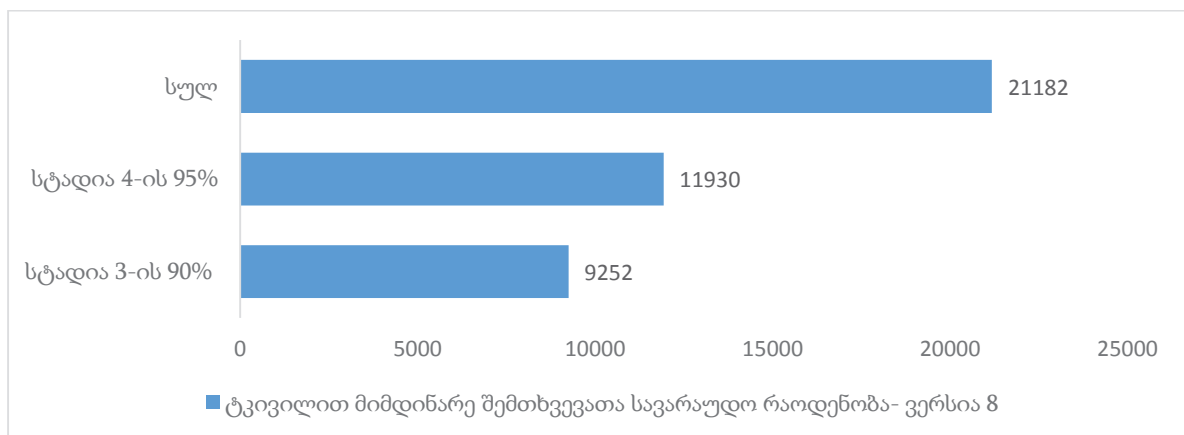
ტკვილით მიმდინარე შემთხვევათა სავარაუდო რაოდენობა. ვერსია 7



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 22.

ტკვილით მიმდინარე შემთხვევათა სავარაუდო რაოდენობა. ვერსია 8



წყარო: კვლევის შედეგები

კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემებით დადგენილი იქნა საქართველოში კიბოს მქონე III და IV კლინიკური სტადიის მქონე პაციენტებში ტკვილის სიხშირის მინიმალური (19,000 შემთხვევა, 43.1%) და მაქსიმალური (29,000 შემთხვევა, 65.7%) სავარაუდო ოდენობები.

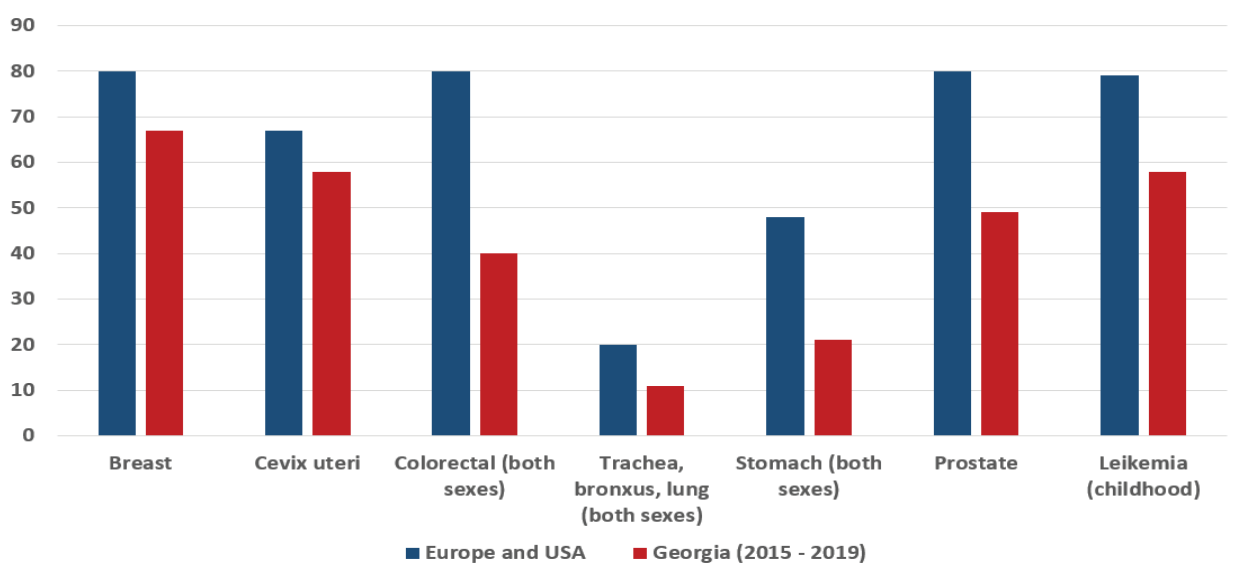
ამრიგად, ონკოლოგიურ პაციენტებში ტკვილის სიხშირე და სიძლიერე საჭიროებს შესწავლას, სავალდებულო რეგისტრაციას და აქტიურ Follow-up მონიტორინგს.

3.3. კიბოს ხუთწლიანი გადარჩენადობა საქართველოში

კიბოს პრევენცია, ადრეული დიაგნოსტიკა, მკურნალობის მეთოდების დახვეწა და ტექნოლოგიების განვითარება/დანერგვა არის ის ქვაკუთხედი, რომელიც კიბოს მქონე პაციენტების სიცოცხლის გადარჩენის პერიოდის ზრდას განაპირობებს. ამ მიზნით გამოიყენება კიბოსგან გადარჩენის მაჩვენებლები. მისი დახმარებით შესაძლებელია შეფასდეს ონკოლოგიური პაციენტებისთვის მკურნალობის ეფექტიანობა. კიბოს გადარჩენის მაჩვენებელი მიუთითებს იმ პაციენტთა პროცენტულ რაოდენობაზე, რომლებმაც იმკურნალეს ან მკუნალობენ ან აქვთ კიბოს დიაგნოზი და ცოცხალები არიან. ამჟამად, მსოფლიოში კიბოს დიაგნოზის დადგენიდან 5 წლის შემდეგ 43,8 მილიონი ადამიანი გადარჩენილი.

დიაგრამა 23.

საქართველოში ზოგიერთი ორგანოს კიბოს 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი



წყარო: საქართველოს მოსახლეობის კიბოს რეესტრი.

ხშირად გადარჩენის მაჩვენებელი გაანგარიშდება 1, 5 ან 10-წლიანი სიცოცხლის მაჩვენებლის სახით. მათში მოიაზრება ის ონკოლოგიური პაციენტები, რომლებიც დიაგნოზის დადგენიდან ან მკურნალობიდან 1 ან 5 წლის შემდეგაც ცოცხლები არიან. ამიტომ, მოვიძიეთ NCDC მონაცემები, რათა შეგვეფასებინა საქართველოში კიბოს მქონე პაციენტების მკურნალობის შემდგომი სიცოცხლის გადარჩენადობა.

ცხრილი 33.

საქართველოში კიბოს ხუთწლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები ორივე სქესისთვის ლოკაციების მიხედვით (%) 2015-2019 წლები

| N | ყველა ლოკაციის კიბო | 3-წლიანი გადარჩენის % |
|----|-----------------------------|-----------------------|
| 1 | ფარისებრი ჯირკვალი | 92,8 |
| 2 | In situ | 89,1 |
| 3 | ჰოჯკინის ლიმფომა | 74.5 |
| 4 | თირკმელი/თირკმლის მენჯი | 69.3 |
| 5 | საშვილოსნოს ტანი | 66.7 |
| 6 | კანის სხვა სიმსივნეები | 66.5 |
| 7 | ძუძუ (ქალებში) | 66.0 |
| 8 | შარდის ბუშტი | 56.9 |
| 9 | საშვილოსნოს ყელი | 56.9 |
| 10 | ხორხი | 50,8 |
| 11 | არაჰოჯკინის ლიმფომა | 47,9 |
| 12 | პროსტატა | 46,6 |
| 13 | ლეიკემია | 43,9 |
| 14 | მეზოთელიური/რბილი ქსოვილები | 43,2 |
| 15 | კოლორექტული | 41,4 |

საშუალო გადარჩენის მაჩვენებელი ყველა ლოკაციისთვის - 50,1%; წყარო: საქართველოს მოსახლეობის კიბოს რეესტრი.

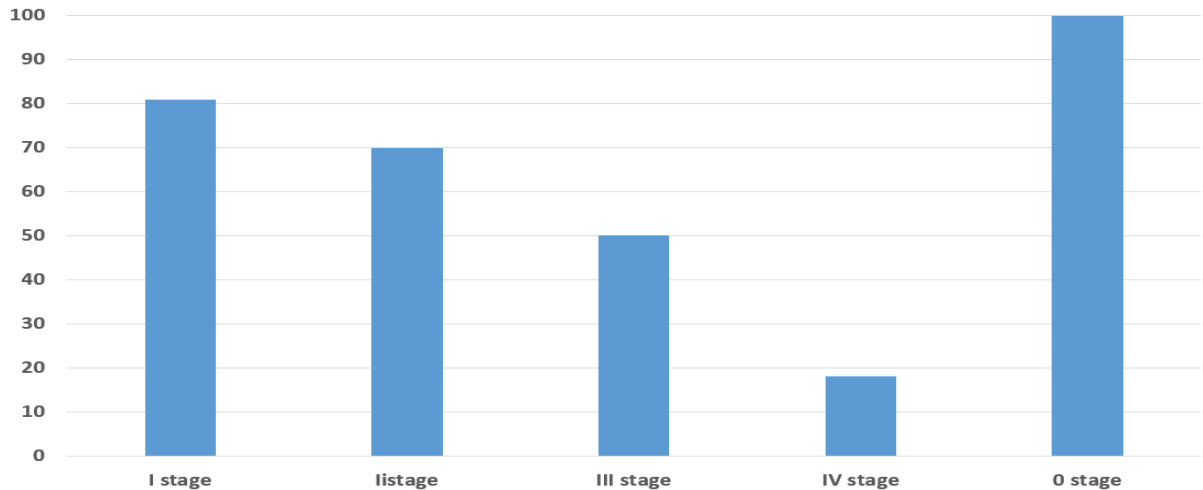
33-ე ცხრილიდან ჩანს, რომ საქართველოში ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის მკურნალობის თვალსაზრისით ყველაზე მაღალი 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები აქვთ ფარისებრ ჯირკვალს (92,8%), Cancer In situ (89,1%), ჰოჯკინის ლიმფომას (74.5%), თირკმელისა და თირკმლის მენჯს (69.3%) და საშვილოსნოს ტანს (66,7%).

დადგინდა, რომ საქართველოში კიბოს პოპულაციის რეესტრის გამოთვლით ხუთწლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი კიბოს ყველა ლოკაციისთვის საშუალოდ შეადგენს 50.1%-ს (გამოთვლილია პირდაპირი გაანგარიშებით). მოსახლეობის კიბოს რეესტრით, კიბოს დიაგნოზის დადგენა ადრეულ სტადიაზე დადებითად კორელირებს

ხუთწლიანი გადარჩენის მაჩვენებლთან და პირიქით, თუ კიბო დიაგნოსტირდება დაგვიანებულ სტადიაზე, გადარჩენის მაჩვენებელი მცირდება (იხ. დიაგრამა 24).

დიაგრამა 24.

კიბოს 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი სტადიების მიხედვით 2015-2019 წწ.-ში საქართველოში



საქართველოში 2019 წელს ყველა ლოკაციის კიბოს ახალი შემთხვევების 43% (სისხლმზადი და მასთან დაკავშირებული ქსოვილების გარდა) I-II სტადიაზე გამოვლინდა, III-IV სტადიაზე კი - 41%. დანარჩენ შემთხვევებში სტადია არ იყო დადგენილი (117).

ცხრილი 34.

ძუძუს (ქალებში) და საშვილოსნოს ყელის კიბოს (15 წლის და მეტი) ხუთწლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები 2010-2014 წწ.

| N | ქვეყანა | ძუძუ | ქვეყანა | საშვილოსნოს ყელი |
|---|---------------------|------|---------------------|------------------|
| | მალალი მაჩვენებლები | % | მალალი მაჩვენებლები | % |
| 1 | აშშ | 90.2 | ისლანდია | 80.1 |
| 2 | ავსტრალია | 89.5 | კორეა | 77.3 |
| 3 | იაპონია | 89.4 | ნორვეგია | 73.2 |
| 4 | ისლანდია | 89.1 | იაპონია | 71.4 |
| 5 | შვედეთი | 88.8 | შვეიცარია | 71.4 |
| 6 | კანადა | 88.6 | დანია | 69.5 |
| 7 | ფინეთი | 88.5 | შვედეთი | 68.3 |
| 8 | ისრაელი | 88.0 | ჩინეთი | 67.6 |

| | | | | |
|----|---------------------|------|---------------------|------|
| 9 | ახალი ზელანდია | 87.6 | ჰოლანდია | 67.5 |
| 10 | პორტუგალია | 87.6 | ახალი ზელანდია | 67.4 |
| 11 | ნორვეგია | 87.2 | ფინეთი | 67.4 |
| | დაბალი მაჩვენებლები | | დაბალი მაჩვენებლები | |
| 27 | ჩეხეთი | 81.4 | ჩეხეთი | 61.0 |
| 28 | ესტონეთი | 78.1 | თურქეთი | 60.7 |
| 29 | ლატვია | 76.9 | სლოვაკეთი | 60.5 |
| 30 | პოლონეთი | 76.5 | ლიტუანა | 59.2 |
| 31 | სლოვაკეთი | 76.5 | რუსეთი | 57.7 |
| 32 | ლიტუანა | 73.5 | საქართველო | 56.9 |
| 33 | რუსეთი | 70.8 | პოლონეთი | 55.1 |
| 34 | საქართველო | 66.0 | ლატვია | 53.9 |

[https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId= High survival rate 51882](https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=High%20survival%20rate%2051882); NCDC

ცხრილი 34-დან ჩანს, რომ საქართველოში ძუძუს კიბოს ხუთწლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი 66.0%-ა, რაც არ არის ცუდი, მაგრამ სხვა ქვეყნებთან შედარებით დაბალია. ამიტომ საჭიროა მაჩვენებლების შემდგომი გაუმჯობესება, რადგან სხვა ქვეყნების მაგალითზე შესაძლებელია.

მსგავსი მდგომარეობა არის საშვილოსნოს ყელის კიბოს ხუთწლიანი გადარჩენის დროსაც, რომელიც 32-ე ადგილზეა; საშვილოსნოს ყელის კიბოს ხუთწლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი 56.9%-ია; ამ მაჩვენებლით საქართველო დაბალი გადარჩენის ქვეყნების ჯგუფში მიეკუთვნება.

ცხრილი 3.

სხვადასხვა ქვეყნებში ხუთწლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები კოლორექტული და ფილტვის კიბოსთვის (15 წლის და უფროსი) 2010-2014 წწ.

| N | ქვეყანა | კოლორექტული | ქვეყანა | ფილტვი/ბრონქები |
|---|---------------------|-------------|---------------------|-----------------|
| | მაღალი მაჩვენებლები | % | მაღალი მაჩვენებლები | % |
| 1 | ავსტრალია | 80.1 | იაპონია | 32.9 |
| 2 | ისრაელი | 79.9 | ისრაელი | 26.6 |
| 3 | კორეა | 79.2 | კორეა | 25.1 |
| 4 | ისლანდია | 78.7 | კანადა | 21.3 |
| 5 | იაპონია | 78.6 | აშშ | 21.2 |
| 6 | კანადა | 77.8 | შვეიცარია | 20.4 |
| 7 | აშშ | 77.6 | ისლანდია | 20.2 |
| 8 | ბელგია | 77.2 | ჩინეთი | 19.8 |

| | | | | |
|----|------------------------|------|------------------------|------|
| 9 | შვედეთი | 76.9 | ავსტრია | 19.7 |
| 10 | შვეიცარია | 76.8 | შვედეთი | 19.5 |
| 11 | ფინეთი | 76.7 | ავსტრალია | 19.4 |
| | დაბალი მაჩვენებლები | | დაბალი მაჩვენებლები | |
| 27 | ლიტუანა | 65.2 | რუსეთი | 13.7 |
| 28 | პოლონეთი | 64.7 | ესპანეთი | 13.5 |
| 29 | სლოვაკეთი | 63.7 | დიდი ბრიტანეთი | 13.3 |
| 30 | ლატვია | 62.9 | ფინეთი | 13.0 |
| 31 | ჩეხეთი | 62.7 | საქართველო | 12.3 |
| 32 | დანია | 60.3 | სლოვაკეთი | 11.2 |
| 33 | რუსეთი | 57.9 | ჩეხეთი | 10.6 |
| 34 | საქართველო | 41.0 | ლიტვა | 9.9 |

[https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId= High survival rate 51882; NCDC](https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=High%20survival%20rate%2051882)

ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს 5-წლიანი გადარჩენის (იხ. ცხრილი 35) მაჩვენებლების მსგავსად, სხვადასხვა ქვეყნების კიბოს 5-წლიანი გადარჩენადობის მაჩვენებლების რეიტინგში, მსხვილი ნაწლავის კიბო 34 ადგილზეა, ხოლო მისი გადარჩენადობა 41.0%-ია; დაახლოებით იგივე სიტუაციაა ფილტვის კიბოს დროსაც, რომელიც გამოირჩევა მკურნალობის დაბალი ეფექტურობით და მიკუთვნებულია დაბალი გადარჩენადობის ქვეყნების ჯგუფს (31 ადგილი) და მისი ხუთწლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი 12.3%-ს შეადგენს.

ამრიგად, დინამიკაში საქართველოში გაუმჯობესდა კიბოს ადრეული სტადიებზე გამოვლენა, რამაც 2015-2019 წლების მონაცემებით გაზარდა კიბოს ხუთწლიანი სიცოცხლის გადარჩენის პროცენტული მაჩვენებლებიც, თუმცა საერთაშორისო მონაცემებთან შედარები დაბალია; ეს მიანიშნებს, რომ საქართველოში საჭიროა კიბოს მკურნალობის ეფექტურობის გაუმჯობესება. ქვეყანაში კიბოს უმრავლესი ლოკაციების ხუთწლიანი გადარჩენის დაბალი მაჩვენებლების პირობებში, სავარაუდოა, რომ ხშირი იყოს ტკივილიც, მითუმეტე, რომ მკვლევართა აზრით (118,119) ტკივილი გვხვდება კიბოს გადარჩენილთა დაახლოებით 20%-50%-ში, რომელიც შეიძლება გაგრძელდეს კიბოს დიაგნოზის დადგენიდან წლების განმავლობაში და არ იყოს სათანადოდ კონტროლირებადი (120). ტკივილის მართვის ყველაზე შესაფერისი დაგეგმვისა და სტრატეგიების შესახებ ცოდნის გაზრდა კიბოს გადარჩენილთა შორის ხანმოკლე და გრძელვადიანი ქრონიკული ტკივილის კონტროლისთვის შეიძლება დაეხმაროს ტკივილის გავრცელების შემცირებას. ამ

მიზნით განვიხილავთ საქართველოში კიბოს მკურნალობის მეთოდებს და მათ სიხშირეს.

3.4. კიბოს მკურნალობის მეთოდები საქართველოში

მედიკამენტური და სხივური თერაპიის დროს გვერდითი მოვლენის სახით ვითარდება ტკივილი. კიბოს სამკურნალოდ გამოყენებული მეთოდების სიხშირის დადგენით, რომლის დროსაც 55%-ში (17) ვითარდება ტკივილი, შესაძლოა განისაზღვროს ტკივილის მქონეთა სავარაუდო რაოდენობა და მათზე დაფუძნებით სამიზნე ჯგუფებისთვის (ექიმებისა/პაციენტებისთვის) ტკივილის შესახებ შეიქმნას საგანმანათლებლო პროგრამები. ამისთვის გაანალიზდა საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიმოხილვა „კიბო საქართველოში 2015-2019 წწ“ (117). ქვეყნის პოპულაციური რეესტრისა და სოციალური მომსახურების სააგენტოს მონაცემთა ბაზების დამთხვევა გახდა საყრდენი კიბოს მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდების აღსაწერად, რომლის შედეგები წარმოდგენილია 36-ე ცხრილში.

ცხრილი 36.

საქართველოში 2019 წელს კიბოს სამკურნალოდ ჩატარებული მეთოდები ყველა ლოკაციის, ორივე სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფებისთვის

| ჩატარებული მკურნალობის მეთოდები და მათი რაოდენობა | | |
|---|-----------|----------|
| მკურნალობის მეთოდები | რაოდენობა | პროცენტი |
| ქირურგიული მკურნალობა | 7316 | 40.8 |
| ქიმიო- და ჰორმონოთერაპია | 5520 | 34.6 |
| რადიოთერაპია | 2736 | 17.1 |
| იოდოთერაპია | 529 | 3.3 |
| პალიატიური მკურნალობა | 336 | 2.1 |
| იმუნოთერაპია | 63 | 0.4 |
| ყველა მეთოდის ჯამი | 15971 | 100,0 |

წყარო: კვლევის შედეგები; ნეო/ადიუვანტური ქიმიო-სხივური თერაპია მიეკუთვნა რადიოთერაპიას;

36-ე ცხრილიდან ჩანს, რომ 2019 წელს ონკოლოგიური პაციენტებისთვის ჩატარებული 15971 მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდიდან ყველაზე მეტი - 7316 (40.8%) მოდიოდა

ქირურგიულ ოპერაციებზე; ამდენად, საქართველოში ქირურგიული მკურნალობა რჩება ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის ძირითად მეთოდს; მკურნალობის ეს მეთოდი შედარებით იშვიათად ასოცირდება ტკივილთან. კიბოს მკურნალობის მეთოდებიდან სიხშირით მეორეა ქიმიო- და ჰორმონოთერაპია, რომელთა წილად მოდიოდა შემთხვევათა 34.6%, ხოლო მესამეა რადიოთერაპია, რომლის წილად მოდის 17.1%. შევნიშნოთ, რომ ონკოლოგიურ პაციენტთა ჯამურმა რაოდენობამ, რომლებმაც ქიმიო- ჰორმონო-, იმუნო-, სხივური და პალიატიური თერაპია ჩაიტარეს შეადგინა 8655 პაციენტი ანუ შემთხვევათა 54,2%-ს, რომელიც 1,2 ჯერ მეტია კიბოს ქირურგიულ მკურნალობასთან შედარებით.

ამდენად, საქართველოში მედიკამენტური (ქიმიო-, ჰორმონო- და იმუნოთერაპია) და სხივური თერაპია რიცხობრივად უფრო მეტ პაციენტს უტარდება, ვიდრე ქირურგიულ ოპერაციები, რაც 2019 წელს პირველად დაფიქსირდა. ჰოლანდიელი მკვლევარების. (17) მიერ ტკივილის შესახებ 52 კვლევის ანალიზით დადგინდა, რომ მკურნალობის დროს კიბოს მქონე პაციენტთა 55%-ს ტკივილ ჰქონდა; ეს ნიშნავს, რომ საქართველოში 2019 წელს 8655 პაციენტიდან, რომლებმაც ქიმიო- ჰორმონო-, იმუნო- და სხივური თერაპია ჩაიტარეს, ნახევარს ანუ 4330 პაციენტს სავარაუდოდ მკურნალობის დროს ტკივილი აღენიშნებოდათ.

ცხრილი 37.

საქართველოში 2019 წელს 10 ყველაზე ხშირი ორგანოს კიბოს გამო ნამკურნალებ პაციენტთა სიხშირე

| სიმსივნის ლოკაცია | რაოდენობა | ნამკურნალები | პროცენტი |
|--------------------------|-----------|--------------|----------|
| ძუძუ | 1652 | 1477 | 89,4 |
| ფარისებრი ჯირკვალი | 997 | 895 | 89,8 |
| კოლორექტული | 711 | 575 | 80,9 |
| ფილტვები, ბრონქები | 697 | 262 | 37,6 |
| პროსტატა | 548 | 278 | 50,7 |
| სისხლმზადი | 515 | 456 | 88,5 |
| საშვილოსნოს ტანი და ყელი | 649 | 568 | 87,5 |
| კუჭი | 322 | 208 | 64,6 |
| ჯამი | 6091 | 4719 | 77,5 |

წყარო: კვლევის შედეგები

კიბოს პოპულაციური რეესტრის მონაცემებით განვითარებულ ქვეყნებში პირველადათ გამოვლენილ კიბოს მქონეთა შემთხვევათა 58%-ს 2019 წელს ჩაუტარდა მედიკამენტური თერაპია, სხივური თერაპია - 28%-ს, იოდითერაპია - 5%-ს, იმუნოთერაპია - 2%-ს; ამდენად, მედიკამენტური და სხივური თერაპია სულ ჩაუტარდა 93%-ს (117). აშშ-ის კიბოს ეროვნული ინსტიტუტის (NCI) შეფასებით, საქართველოში კიბოს ქირურგიულ ოპერაციებს საჭიროებს 51%, ქიმიოთერაპიას - 72%, რადიოთერაპიას - 57% (117). კიბოს ქიმიოთერაპია პროგნოზით გაიზრდება 18%-ით, ქირურგიული ოპერაციების - 10,2%-ით. შედეგად, მედიკამენტური და სხივური თერაპია ქირურგიულ მკურნალობას 21,2%-ით გადააჭარბებს. 37-ე ცხრილიდან ჩანს, რომ საქართველოში კიბოს გამო ნამკურნალებთა სტრუქტურაში წინა პოზიციებზეა ძუძუს, ფარისებრი ჯირკვლის, კოლორექტუმის, ფილტვის, პროსტატისა და სისხლმზადი ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეები. ამ სიმსივნეების მქონე ადამიანების უმრავლესობა, პროსტატის და ფილტვის გარდა, ყველაზე ხშირად იტარებენ მკურნალობას (80-90%). დასახლებული ლოკაციების კიბოს მედიკამენტური და სხივური მკურნალობისას ხშირია მათი პროლონგირებული და შერწყმული გამოყენება, რაც გვერდითი ეფექტების რაოდენობას, მათ შორის ტკივილის სიხშირესაც ზრდის.

საერთაშორისო ექსპერტების პროგნოზით, საქართველოში 2018-2030 წლებში, კიბოს ახალი შემთხვევების რიცხვი 6%-ით გაიზრდება (ქალებში - 5%-ით, კაცებში - 7%-ით). შესაბამისად, თუ თუ ტკივილის მართვის არსებული მიდგომები არ შეცვლება, მაშინ ტკივილის სიხშირე კიდევ უფრო მეტად მოიმატებს; ამიტომ, საჭიროა ადექვატური პრევენციული სტრატეგიების შემუშავება. საჭიროა, რომ ექიმებს მუდმივად ახსოვდეთ მკურნალობის პროცესში ტკივილის განვითარების რისკი, დროულად მოახდინონ იდენტიფიცირება და ადექვატურად მართონ, რათა შემცირდეს ტკივილით გამოწვეული ტვირთი (7) და მისი გავლენა (113) მკურნალობის ეფექტურობაზე.

თავი 4.

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკვილის რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის შედეგები

4.1. ტკვილის სიხშირე ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში (სამედიცინო ბარათებით)

მკურნალობის პროცესში ტკვილის სიხშირის დასადგენად შესწავლილი იყო 354 კიბოს გამო ნამკურნალები პაციენტის არქივში დაცული სამედიცინო ბარათები. საშუალო ასაკი იყო 63.2 წელი. 51 წლამდე იყო 52 (14.8%) პაციენტი, 51-70 წლის ასაკში - 228 (64.4%), 70 წლის ზემოთ - 74 (20.9%; Chi-Square 196.81; $p < 0.05$). სამედიცინო ბარათების ტკვილის შესახებ კვლევამ (იხ. ცხრილი 38) აჩვენა, რომ 354 კიბოს მქონე პაციენტიდან ტკვილი დაფიქსირებული ჰქონდა 138 პაციენტს ანუ შემთხვევათა 39%-ს (Chi-Square 17.19; $p < 0.001$).

ცხრილი 38.

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკვილის სიხშირე სამედიცინო ბარათების მიხედვით

| აქვს თუ არა ტკვილი | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square | df | Asymp. Sig. |
|--------------------|------------|------|------------|----------|------------|----|-------------|
| კი | 138 | 39.0 | 177.0 | -39 | 17.19 | 1 | .001 |
| არა | 216 | 61.0 | 177.0 | 39 | | | |
| სულ | 354 | 100 | | | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები

39-ე ცხრილიდან ჩანს, რომ 354 კიბოს მქონე პაციენტიდან 207 (58.5%) იყო ქალი, ხოლო 147 (41.5%) - მამაკაცი ანუ ქალები 1,4-ჯერ ჭარბობდნენ მამაკაცებს (Chi-Square 10.17; $p < 0.001$).

ცხრილი 39.

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკვილის სიხშირე და სტატისტიკური ანალიზი (სამედიცინო ბარათებით)

| სქესი | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|-------------|------------|-------|------------|----------|------------|
| მდედრობითი | 207 | 58.5 | 177.0 | 30 | 10.17 |
| მამრობითი | 147 | 41.5 | 177.0 | -30 | |
| ორივე სქესი | 354 | 100.0 | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები

ტკვილის სიხშირის კვლევამ სქესის მიხედვით აჩვენა, რომ 207 ქალიდან მკურნალობის დროს ტკვილი ისტორიების მიხედვით ჰქონდა 62-ს ანუ 30%-ს, 147 მამაკაციდან კი - 76 პაციენტს ანუ 51.7%-ს.

ცხრილი 40.

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობისას ტკვილის სიხშირე სტადიების მიხედვით (სამედიცინო ბარათებით)

| სტადია | Observed N | % | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|--------|------------|------|------------|------|------------|----------|------------|
| 1 | 19 | 5.4 | 5 | 3.6 | 88.50 | -69.5 | 126.32 |
| 2 | 59 | 16.7 | 11 | 8.0 | 88.50 | -29.5 | |
| 3 | 155 | 43.8 | 55 | 39.9 | 88.50 | 66.5 | |
| 4 | 121 | 34.2 | 67 | 48.6 | 88.50 | 32.5 | |
| სულ | 354 | 100 | 138 | 100 | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები

ამდენად, კიბოსმიერ ტკვილი მამაკაცებში 1,7-ჯერ უფრო (51,7%: 30%) ხშირია, ვიდრე ქალებში, რაც სარწმუნოა ($p < 0.001$).

კიბოს მქონე პაციენტთა უმრავლესობას (ცხრილი 40) - 233-ს ანუ 65.8%-ს ჰქონდა კიბოს (I-III სტადიები, IV სტადია კი - 121-ს ანუ 34.2% ჰქონდა (Chi-Square 126.32; $p < 0.001$). ცხრილიდან ასევე ჩანს, რომ 138 ტკვილის მქონე პაციენტიდან I-II სტადია ჰქონდა 16-ს (11,6%), III - 55-ს (40%), IV სტადია - 67-ს (48,6%). კიბოს ადრეულ და შუალედურ სტადიებზე (I-III სტადია) ტკვილი ჰქონდა 71 პაციენტს (51,4%), რაც აჭარბებს IV სტადიაზე მყოფ პაციენტთა რიცხვს - 67-ს (48,6%).

კვლევით დადგინდა, რომ I სტადიაზე ტკვილი ჰქონდა - 5-ს (26.3%), II-11-ს (18.6%), III-ზე - 55-ს (35.5%), IV- 67-ს (55.4%).

ამრიგად, კიბოს სტადიის ზრდასთან ერთად იზრდებოდა ტკვილის სიხშირეც. პაციენტთა მკურნალობისას ტკვილის სიხშირის სქესისა და სტადიით კვლევამ აჩვენა (ცხრილი 41), რომ ტკვილი ადრეულ და შუალედურ (I-III) სტადიებზე ქალებში უფრო ხშირია - 59,7%, ვიდრე - მამაკაცებში - 44.7% და პირიქით, მამაკაცებში ტკვილი IV სტადიაზე (55,3%) 1.4-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში ($p < 0.001$).

ცხრილი 41.

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკვილის სიხშირე ასაკის მიხედვით (სამედიცინო ბარათებით)

| ასაკი | პაციენტი | | ფიქსირებული ტკვილი | |
|--------------|----------|------|--------------------|-------|
| 50 წლამდე | 33 | 100% | 12 | 36,4% |
| 50 – 69 წელი | 226 | 100% | 96 | 42,5% |
| 70 და მეტი | 95 | 100% | 30 | 31,6% |
| ყველა ასაკი | 354 | 100% | 138 | 39% |

წყარო: კვლევის შედეგები

ონკოლოგიურ პაციენტების მკურნალობის დროს ტკვილი ხშირი იყო 50 – 69 წლის ასაკში - 42,5%, შემდეგ 70 წლისა და მეტი ასაკის პაციენტებში - 39% (იხ. ცხრილი 41). სამედიცინო ბარათებში ტკვილის სიძლიერის შესახებ ინფორმაციის კვლევით დადგინდა, რომ მკურნალობის დროს 138 ტკვილის მქონე პაციენტიდან ტკვილის სიძლიერის შესახებ ჩანაწერი ჰქონდა 81 პაციენტს ანუ 58,7%-ს, ხოლო 57 პაციენტს ანუ 41,3%-ს ტკვილის სიძლიერეზე მითითებაც კი არ ჰქონდა (იხ. ცხრილი 42).

ცხრილი 42.

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის დროს ტკვილის სიძლიერე (სამედიცინო ბარათებით)

| ტკვილის სიძლიერე | ფიქსირებული ტკვილი | |
|------------------|--------------------|-------|
| სუსტი | 30 | 21.7% |
| საშუალო | 34 | 24.6% |
| ძლიერი | 17 | 12.3% |
| უცნობია | 57 | 41,3% |
| სულ | 138 | 100% |

წყარო: კვლევის შედეგები

ტკვილის სიძლიერე, 30 პაციენტს ანუ 21.7%-ს ჰქონდა სუსტი (OR=5.7, 95%CI – 1.7-19.0, p=0.005 (II ჯგუფი - 12.8% vs. I ჯგუფი - 2.5%), 24.6% - საშუალო (OR=9.9, 95%CI – 2.3-41.9, p<0.001 (II ჯგუფი - 14.5% vs. I ჯგუფი - 1.7%), 12.3% - ძლიერი (OR=3.0, 95%CI – 0.9-10.5, p=0.086 (II ჯგუფი - 7.2% vs. I ჯგუფი - 2.5%) 57 პაციენტის ანუ 41.3%-ში ტკვილის სიძლიერე უცნობია, რაც სარწმუნოა (OR=7.3, 95%CI – 3.4-15.7, p<0.001 (I ჯგუფი - 93.3% vs. II ჯგუფი - 65.5%) (ცხრილი 43, დიაგრამა 25). მიღებული

მონაცემები აჩვენებს, რომ ტკვილის მართვა ხშირად ხდებოდა მისი სიძლიერის დადგენის გარეშე, რაც ტკვილის არაადეკვატური მართვის საფუძველია.

ცხრილი 43.

კიბოსმიერი ტკვილის სიძლიერის სიხშირე (სამედიცინო ბარათებით)

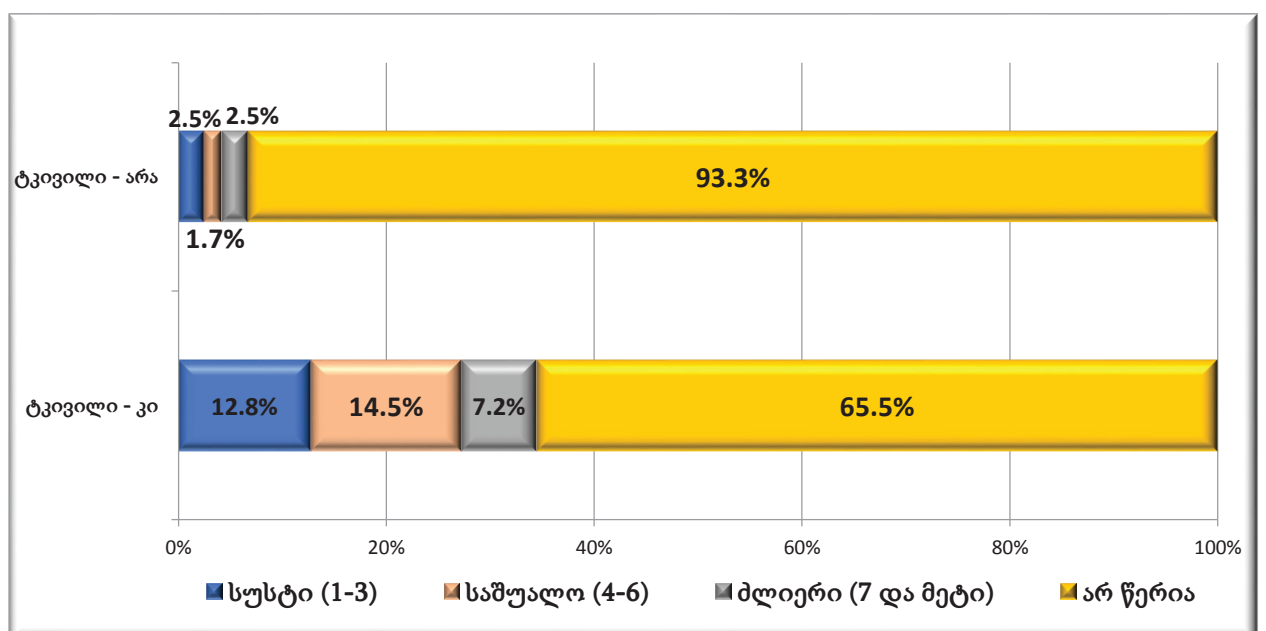
| ჯგუფი | n; % | ტკვილის სიძლიერე | | | | სულ |
|--------------|------|------------------|---------|--------|----------|-------|
| | | სუსტი | საშუალო | ძლიერი | არ წერია | |
| ტკვილი - კი | n= | 30 | 34 | 17 | 154 | 235 |
| | % | 12.8 | 14.5 | 7.2 | 65.5 | 100.0 |
| ტკვილი - არა | n= | 3 | 2 | 3 | 111 | 119 |
| | % | 2.5 | 1.7 | 2.5 | 93.3 | 100.0 |
| სულ | n= | 33 | 36 | 20 | 265 | 354 |
| | % | 9.3 | 10.2 | 5.6 | 74.9 | 100.0 |

| Test | Test value | P |
|------------------------------|------------|-------|
| Pearson Chi-Square | 9.29 | 0.026 |
| Likelihood Ratio | 13.32 | 0.004 |
| Linear-by-Linear Association | 8.11 | 0.004 |

წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 25.

კიბოსმიერი ტკვილის სიძლიერე სამედიცინო ბარათების მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

ცნობილია, რომ ტკვილის სიძლიერის დადგენა ხდება რიცხობრივი შეფასების შკალით. სამედიცინო ბარათებში 354 ონკოლოგიური პაციენტიდან ტკვილი რიცხობრივად შეფასებული ჰქონდა 2 პაციენტს ანუ 0.6%-ს (Chi-Square 346.05; $p < 0.001$), ხოლო 138 ტკვილის მქონე პაციენტიდან 1.5%-ში; ტკვილის 10 ქულიანი შეფასება პაციენტებს ბარათებში ექიმებმა ჩაუწერეს IV კლინიკურ ჯგუფში გადასაცვანად, რათა ოპიოიდოთერაპია დაენიშნათ.

როგორც აღინიშნა, კიბოს მკურნალობის პროცესში სუსტი ტკვილი აღმოაჩნდა 30 (21.7%) პაციენტს (იხ. ცხრილი 42, 43); სუსტი ტკვილის კუპირების მიზნით ჯანმო-ს ტკვილის მართვის სქემის პირველი საფეხურის მიხედვით ნაჩენებია არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალების (ასს) დანიშვნა, თუმცა, ასს ნაცვლად 30 პაციენტისა, დაენიშნა 3.5-ჯერ მეტს ანუ 114 პაციენტს, რაც 138 ტკვილის მქონე პაციენტის 82.6%-ია (იხ. ცხრილი 44).

ტკვილის სამართავად ანალგეზიური საშუალებები არაადეკვატურად ყველაზე ხშირად ინიშნება საშუალო/ძლიერი ტკვილის შემთხვევაში. კერძოდ, 34 კიბოს მქონე პაციენტს, რომლებსაც დადგენილი ჰქონდათ საშუალო სიძლიერის ტკვილის, ნაცვლად სუსტი ოპიოიდის დანიშვნისა, რომელიც ჯანმო-ს ტკვილის მართვის II საფეხურის შესაბამისად არის გათვალისწინებული, იგი მხოლოდ 4 პაციენტს ანუ შემთხვევათა 11.8%-ს დაენიშნა, ხოლო დანარჩენ 30 პაციენტს - ასს (იხ. ცხრილი 44). ამრიგად, სამედიცინო ბარათების მონაცემების მიხედვით კიბოსმიერი ტკვილის პროცესში ექიმები ანალგეტიკებს ძირითადად ნიშნავდნენ არამართებულად, რომლის მიზეზიც არის ტკვილის სიძლიერის არაადეკვატური განსაზღვრა.

ცხრილი 44.

კიბოსმიერი ტკვილის მართვისთვის დანიშნული ანალგეზიური საშუალებები (სამედიცინო ბარათებით)

| ტკვილის გამო დაინიშნა | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|-----------------------|------------|------|------------|----------|------------|
| ასს | 114 | 32.2 | 88.5 | 25.5 | 338.23 |
| სუსტი ოპიოიდი | 4 | 1.1 | 88.5 | -84.5 | |
| ძლიერი ოპიოიდი | 17 | 4.8 | 88.5 | -71.5 | |
| არ წერია | 219 | 61.9 | 88.5 | 130.5 | |

წყარო: კვლევის შედეგები

ტკივილის კუპირებისთვის დანიშნული ანალგეტიკების არაადეკვატურობა დადგინდა მიღებული შედეგებითაც. პაციენტებს დანიშნული ანალგეზიური პრეპარატებით ტკივილი სრულად მოეხსნა მხოლოდ შემთხვევათა 12.8%-ში, ხოლო ნაწილობრივ 33.6%-ში. უმრავლეს შემთხვევაში უცნობი (53.6%) დარჩა მიღებული შედეგი (იხ. დიაგრამა 26).

შანსთა ფარდობებით ჯგუფებში ტკივილი „სრულად მოეხსნა“ სარწმუნო იყო [OR=3.3, 95%CI – 1.3-8.8, p=0.016 (II ჯგუფი - 12.8% vs. II ჯგუფი - 4.2%)];

ტკივილის „ნაწილობრივი“ მოხსნა ასევე სარწმუნო იყო [OR=9.5, 95%CI – 4.0-22.6, p<0.001 (I ჯგუფი - 33.6% vs. II ჯგუფი - 5.0%)],

სარწმუნო იყო, როცა შედეგი „უცნობია“ [OR=8.0, 95%CI – 4.2-15.3, p<0.001 (II ჯგუფი - 89.9% vs. I ჯგუფი - 52.8%)] (იხ. ცხრილი 45).

ცხრილი 45.

კიბოსმიერი ტკივილის კუპირებისთვის დანიშნული ანალგეზიური საშუალებების შედეგები (სამედიცინო ბარათებით)

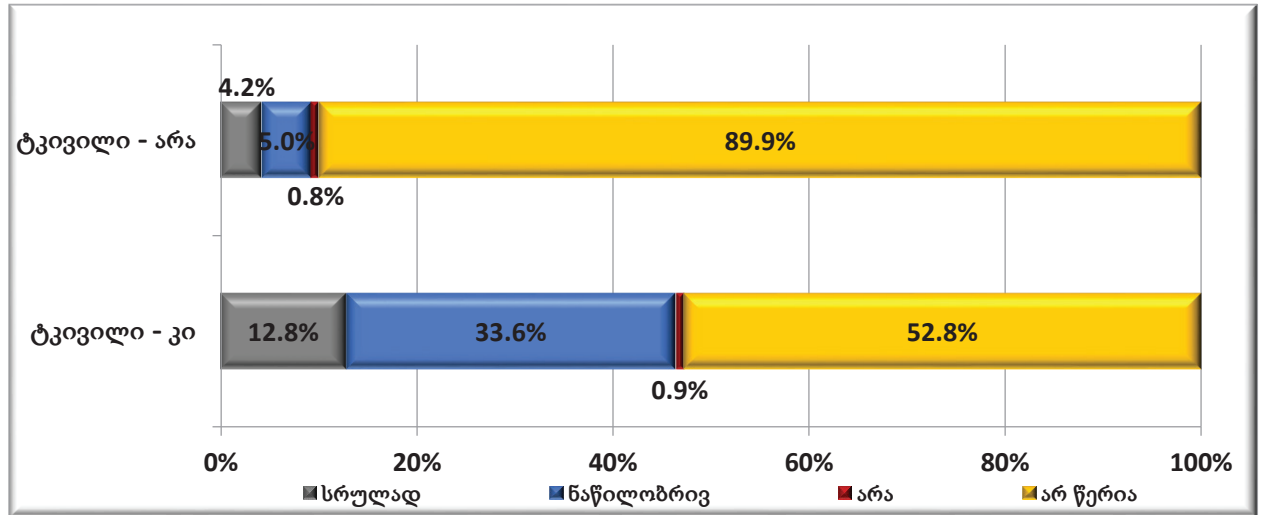
| ჯგუფი | n; % | ტკივილის მოხსნის ხარისხი | | | | სულ |
|------------------------------|------|--------------------------|------------|-----|---------|-------|
| | | სრულად | ნაწილობრივ | არა | უცნობია | |
| ტკივილი - კი | n= | 30 | 79 | 2 | 124 | 235 |
| | % | 12.8 | 33.6 | 0.9 | 52.8 | 66.6 |
| ტკივილი - არა | n= | 5 | 6 | 1 | 107 | 118 |
| | % | 4.2 | 5.0 | 0.8 | 89.9 | 33.4 |
| სულ | n= | 35 | 85 | 3 | 231 | 353 |
| | % | 9.9 | 24.0 | 0.9 | 65.2 | 100.0 |
| Test | | Test value | p | | | |
| Pearson Chi-Square | | 49.43 | <0.001 | | | |
| Likelihood Ratio | | 57.14 | <0.001 | | | |
| Linear-by-Linear Association | | 43.54 | <0.001 | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები

ამრიგად, დანიშნული ანალგეზიური საშუალებებით ტკივილის სრულად მოეხსნა შესაძლებელი გახდა მხოლოდ 30 (12.8%) პაციენტის შემთხვევაში, ნაწილობრივ - 79 (33.6%) პაციენტის, ხოლო ეფექტი უცნობი დარჩა 124 პაციენტის ანუ 52.8% (p<0.001) შემთხვევაში; უკანასკნელი მიუთითებს რომ ამ რაოდენობის უცნობი მონაცემებით, შეუძლებელია რეალურ შედეგზე მსჯელობა.

დიაგრამა 26.

კიბოსმიერი ტკვილის გაუჩეხისთვის დანიშნული ანალგეტიკების შედეგები
(სამედიცინო ბარათებით)



წყარო: კვლევის შედეგები

სხვაობა გამოვლინდა ტკვილის კუპირების შეფასებაშიც, კერძოდ, 32 პაციენტს სამედიცინო ბარათში ტკვილი არ ჰქონდა ფიქსირებული, თუმცა 15 მათგანს ეწერა, რომ ტკვილი მოეხსნა სრულად, 16-ს - ნაწილობრივ და 1-ს - არ მოეხსნა. ამრიგად, სამედიცინო ბარათების მონაცემებით 138 პაციენტიდან ტკვილი მოეხსნა მხოლოდ 35-ს ანუ 25,4%-ს, ნაწილობრივ - 85-ს ანუ 61,6%, დანარჩენი 18 (13%) - უცნობია.

დასკვნა: ექიმები ტკვილის მქონე პაციენტთა უმრავლესობას ანალგეტიკებს უნიშნავენ არა ტკვილის სიმძლიერის მიხედვით, არამედ პირადი გამოცდილებით, რის გამოც ტკვილის მართვის ეფექტური არ იყო (25,4%). ეს ნიშნავს, რომ ექიმებს ტკვილის მართვაში აქვთ ცოდნის დეფიციტი .

კიბოს მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდის დროს ტკვილის სიხშირის კვლევით დადგინდა, რომ რადიკალურად ნამკურნალები 175 პაციენტიდან ტკვილი ჰქონდა 40-ს (22,9%), ხოლო პალიატიური თერაპიის 179 შემთხვევიდან ტკვილი - 98 (54,7%) პაციენტს ($p < 0.05$) ანუ 2-ჯერ მეტს დაუდგინდა (იხ. ცხრილი 46). ტკვილი ყველაზე ხშირი იყო პალიატიური სხივური (100%) და ქიმიო-სხივური თერაპიის დროს (54,3%), ხოლო რადიკალური მკურნალობის დროს - ნეო/ადიუვანტური ქიმიო- და სხივური თერაპიის კომბინაციის დროს, რაც შემთხვევათა 45,8%-ში ($p < 0.05$) დადგინდა.

რადიკალური მკურნალობის დროს 40 პაციენტიდან ტკვილის სიმძლიერე ეწერა 23-ს

(57.5%), პალატიური თერაპიისას კი - 98 პაციენტიდან ტკვილი განსაზღვრული ჰქონდა 52 პაციენტს ანუ 53.1%-ს (იხ. ცხრილი 46).

ცხრილი 46.

ონკოლოგიურ პაციენტთა ტკვილის სიძლიერე მკურნალობის ტიპიდან გამომდინარე (სამედიცინო ბარათებით)

| მკურნალობის მეთოდი | სულ | რიცხვი, % | NRS >4 | NRS 4-6 | NRS ≤7 | უცნობია |
|--|-----|--------------|---------|---------|---------|---------|
| ნეო/ადიუვანტური ქიმიო | 119 | 24/20,2 | 5/20.8 | 8/33.3 | 3/12.5 | 8/33,3 |
| ნეო/ადიუვანტური სხივური | 28 | 5/17,9 | 2/40.0 | - | - | 3/60.0 |
| ნეო/ადიუვანტური ქიმიო-სხივური კომბინაციაში | 24 | 11/45,8 | 4/36.4 | 1/9.1 | - | 6/54.5 |
| ჰორმონოთერაპია | 4 | - | - | - | - | - |
| რადიკალურის ჯამი | 175 | 40/22,9 | 11/27,5 | 9/22,5 | 3/7,5 | 17/42.5 |
| პალატიური ქიმიოთერაპია | 124 | 64/51.6 | 12/18.8 | 16/25.0 | 11/17.2 | 25/39.1 |
| პალატიური რადიოთერაპია | 9 | 9/100.0 | 1/11.1 | - | - | 8/88.9 |
| პალატიური ქიმიოსხივური | 46 | 25/54.3 | 5/20.0 | 4/16.0 | 3/12.0 | 13/52.0 |
| პალატიურის ჯამი | 179 | 98/54.7 | 18/18.4 | 20/20.4 | 14/14.3 | 46/46.9 |

წყარო: კვლევის შედეგები. შენიშვნა: ტკვილის სიძლიერის % გაანგარიშებულია ტკვილის მქონეთა საერთო რიცხვიდან.

ამრიგად, კიბოს მქონე პაციენტთა საარქივო ისტორიების კვლევამ აჩვენა, რომ

1. მკურნალობის დროს ტკვილი ფიქსირდება 39%-ში, რომელიც მამაკაცებში (51,7%) 1,7-ჯერ ხშირია, ვიდრე ქალებში (30%) ($p < 0.001$);
2. ადრეულ /შუალედურ სტადიებზე ტკვილი ხშირია ქალებში (59,7%), მამაკაცებში კი პირიქით - ხშირია IV სტადიის პაციენტებში (55,3%).
3. 138 კიბოსმიერი ტკვილის მქონედან 57-ს ანუ 45.7%-ს ტკვილის სიძლიერე არ ჰქონდა დადგენილი. დანიშნული მკურნალობით 138 ტკვილის მქონე პაციენტიდან იგი მოეხსნა 35-ს (25,4%), ნაწილობრივ - 85-ს (61,6%), უცნობი დარჩა - 18 (13%) შემთხვევაში.

ბარათებიდან მიღებული მონაცემების სარწმუნოების მიუხედავად, ზოგიერთი მონაცემი სათუოს ხდის შედეგებს, რის გამოც საჭიროა მათი გადამოწმება იმ პაციენტებთან, ვიზუალური იგი შეივსოს.

4.2. ტკვილის სიხშირე ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში
(ტელეფონით გამოკითხვებში)

სამედიცინო ბარათებიდან მიღებული ინფორმაცია არ იყო დამაჯერებელი. ამიტომ, მოპოვებული ინფორმაციის გადამოწმდა პაციენტებთან, ვიზუალურად შეივსო სამედიცინო ბარათები; პაციენტები გამოკითხენ ტელეფონით სპეციალური კითხვარით (იხ. დანართი 3). კომუნიკაციის დროს დაზუსტდა მკურნალობის პროცესში ტკვილის სიხშირე, სიძლიერე, შეფასების საშუალებები, დანიშნულება, მიღებული ეფექტი და ა.შ. გამოკითხული კიბოს მქონე პაციენტებისგან მიღებული შედეგები სტატისტიკური ანალიზით ასახულია ცხრილში 47. გამოკითხვით დადგინდა, რომ 354 პაციენტიდან ტკვილი ჰქონდა 235 პაციენტს ანუ 66.4%-ს, რაც 1.7-ჯერ მეტი იყო, ვიდრე ექიმებმა სამედიცინო ბარათებში ჩაწერეს - 39.0%.

ცხრილი 47.

კიბოს მკურნალობის დროს ტკვილის სიხშირე ტელეფონით გამოკითხვებში

| ტკვილის არსებობა | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|------------------|------------|------|------------|----------|------------|
| კი | 235 | 66.4 | 177.0 | 58 | 38 |
| არა | 119 | 33.6 | 177.0 | -58 | |
| სულ | 354 | 100 | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები

ტკვილის სიხშირეში ასეთი სხვაობის მიზეზების გასარკვევად, პაციენტები გამოვკითხეთ ტკვილის შეფასებასთან დაკავშირებული ექიმების პოზიციის შესახებ. პაციენტთა აზრით, ექიმები მეტ ყურადღებას ამახვილებენ სიმსივნეზე და მის მკურნალობაზე და ნაკლებს ტკვილის შეფასებაზე და მკურნალობაზე. ასეთი პოზიცია იწვევს ტკვილის არასათანადო შეფასებას, მართვას და მკურნალობის დაბალ ეფექტიანობას, რაც პაციენტთა უკმაყოფილების მიზეზია. ამ კუთხით ექიმების დამოკიდებულებას აღწერს საშუალო ტკვილის მქონე 64 წლის მამაკაცი: „ჩემს ექიმს ხშირად ვეუბნებოდი, რომ ქიმიოთერაპიის მიუხედავად ტკვილები მაინც მქონდა,, ექიმი კი ჯიუტად მიმტკიცებდა, რომ მკურნალობას სწორედ ამიტომ მიტარებდა და საჭირო იყო დრო და მოთმინება.. ხოლო ტკვილის შემსუბუქებაზე არც კი მესაუბრებოდა " (P105).

ექიმის მიერ ტკვილის უგულველყოფას აღწერს კიდევ ერთი 65 წლის მამაკაცი (P83): „ექიმთან მისვლისას ექთნები ჩემზე სულ ამბობდნენ, რომ ტკვილს შეგნებულად ვაჭარბებდი, რადგან ნარკოტიკი დაენიშნათ, თუმცა არც არავის უკითხავს, როგორი ტკვილი მქონდა. ექიმი მეუბნებოდა, რომ ტკვილი ამ დროს ჩვეული ამბავია, რის გამოც საჭირო იყო მოთმინება, მკურნალობის შემდეგ კი ტკვილი გამივლიდა... ტკვილის გამო დანიშნული მქონდა ანალგინი დიმედროლით, რადგან უფრო ძლიერი წამლის შემთხვევაში, შეიძლება ნარკომანობამდე მივსულიყავი.....“.

ტკვილის მქონე პაციენტების სამედიცინო ბარათებიდან და იგივე პაციენტების ტელეფონით გამოკითხვის შედეგად მიღებული მონაცემები მოყვანილია ცხრილში 48 და დიაგრამაზე 27. ცხრილი 48-დან კარგად ჩანს, რომ კიბოსმიერი ტკვილის მქონე 235 პაციენტის ჩვილი მათ სამედიცინო ბარათებში ექიმებმა დააფიქსირეს მხოლოდ 138 ისტორიაში ანუ შემთხვევათა 58.7%-ში, ხოლო 97 პაციენტის ანუ 41.3%-ში კიბოსმიერი ტკვილის შესახებ ინფორმაცია რეგისტრირებული საერთოდ არ იყო. ეს მნიშვნელოვანი სხვაობა სამედიცინო ბარათებიდან და ტკვილის მქონე პაციენტთა გამოკითხვის შედეგად მიღებულ ინფორმაციას შორის ასახული 27-ე დიაგრამაზე.

ცხრილი 48.

პაციენტთა გამოკითხვით დადგენილი 235 კიბოსმიერი ტკვილის რეგისტრაცია სამედიცინო ბარათებში და სტატისტიკური ანალიზი

| ჯგუფი | n; % | ბარათში ტკვილის რეგისტრაცია | | სულ |
|------------------------------|------|-----------------------------|--------------------|-------|
| | | წერია | ისტორიაში არ წერია | |
| ტკვილი - კი | n= | 138 | 97 | 235 |
| | % | 58.7 | 41.3 | 100.0 |
| ტკვილი - არა | n= | 0 | 119 | 119 |
| | % | 0 | 100.0 | 100.0 |
| სულ | n= | 165 | 99 | 354 |
| | % | 39.0 | 61.0 | 100.0 |
| Test | | Test value | P | |
| Pearson Chi-Square | | 70.47 | <0.001 | |
| Likelihood Ratio | | 80.85 | <0.001 | |
| Linear-by-Linear Association | | 70.27 | <0.001 | |

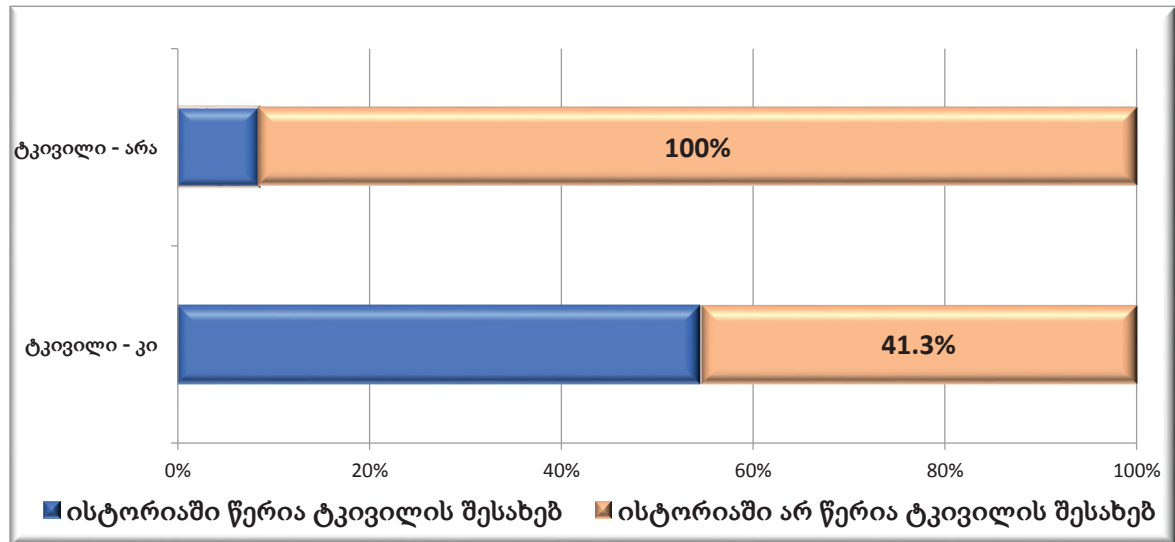
წყარო: კვლევის შედეგები

235 ტკვილის მქონე პაციენტის ტკვილის სიხშირე, რომელიც ექიმებმა ბარათებში ნაწილს ჩაუწერეს, ნაწილს კი - არა, მიღებული პასუხების სტატისტიკური ანალიზით

შანსთა ფარდობა მათ შორის სტატისტიკურად სარწმუნო იყო (OR=13.0, 95%CI – 6.5-26.2, $p<0.001$ (1-ლი ჯგუფი - 58.7% vs. მე-2 ჯგუფი - 8.4%).

დიაგრამა 27.

235 ონკოლოგიური პაციენტის სამედიცინო ბარათში ტკვილის რეგისტრაცია



წყარო: კვლევის შედეგები.

ამრიგად, ზოგჯერ ექიმები, რაღაც მიზეზებით, მათ შორის პაციენტთა მიღების დროს სტრესული გარემოს ან ყურადღების კიბოს მკურნალობაზე გადატანით ან თერაპიის შედეგზე ტკვილის ნეგატიური გავლენის არ ცოდნით, ან ფიზიკურ ჯანმრთელობასა და ფსიქო-ემოციურ მდგომარეობაზე ტკვილის გავლენის არ შეფასებით ტკვილს მართვენ არასათანადოთ. ეს მიუთითებს ექიმთა ცოდნის დეფიციტზე ტკვილის მართვაში, რის გამოც საჭიროა ამ მიმართულებით მათი ცოდნის ამაღლება.

კიბოს მქონე პაციენტთა გამოკითხვის დროს დაზუსტდა მკურნალობის პროცესში პაციენტთა ტკვილის სიხშირე საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით. საქართველოს რეგიონებში კიბოსმიერი ტკვილის სიხშირე პაციენტთა საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით მერყეობს 1.7%-დან 23.8%-ის ფარგლებში (იხ. ცხრილი 49). დიაგრამა 28-დან ჩანს, რომ რეგიონებიდან კიბოს მქონე პაციენტებში ტკვილი ყველაზე ხშირია აჭარაში (23.8%) და ქალაქ თბილისში (21.7%). დასავლეთ საქართველოში კიბოსმიერი ტკვილის სიხშირემ ჯამურად შეადგინა 51.5%, აღმოსავლეთ საქართველოში ქალაქ თბილისის გარეშე 26.8%. შანსთა ფარდობის სტატისტიკურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ ტკვილის რეგიონების მიხედვით განაწილება არ იყო სარწმუნო.

ცხრილი 49.

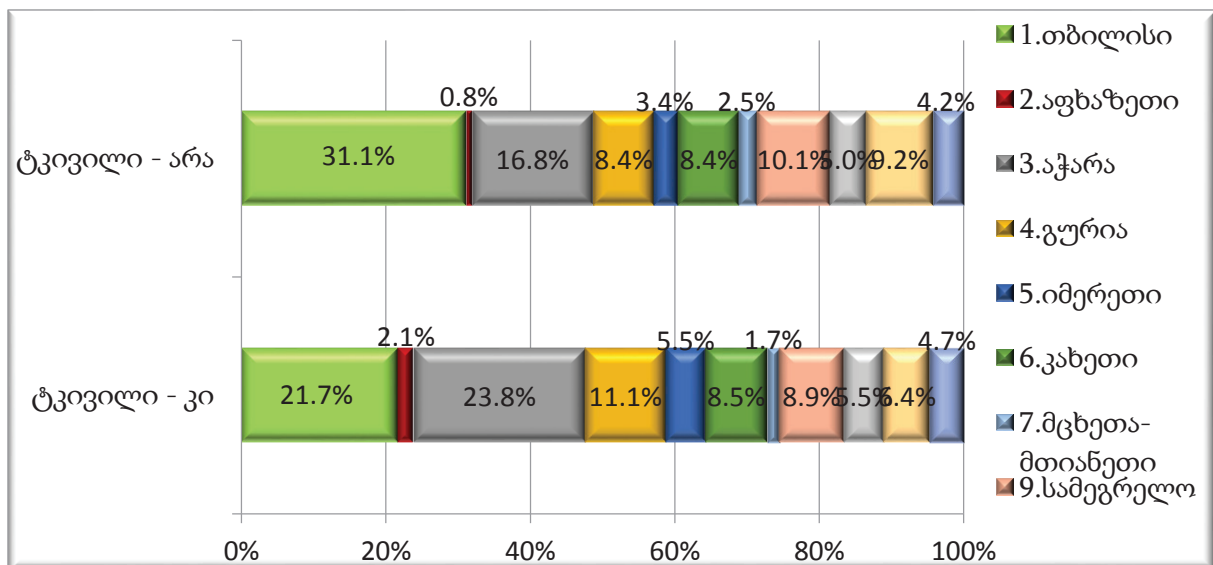
კიბოსმიერი ტკვილის სიხშირე რეგიონებში (ტელეფონით გამოკითხვებში)

| რეგიონი | ტკვილი - კი | | ტკვილი - არა | |
|------------------------------|-------------|------------|--------------|------|
| | n= | % | n= | % |
| 1.თბილისი | 51 | 21.7 | 37 | 31.1 |
| 2.აფხაზეთი | 5 | 2.1 | 1 | 0.8 |
| 3.აჭარა | 56 | 23.8 | 20 | 16.8 |
| 4.გურია | 26 | 11.1 | 10 | 8.4 |
| 5.იმერეთი | 13 | 5.5 | 4 | 3.4 |
| 6.კახეთი | 20 | 8.5 | 10 | 8.4 |
| 7.მცხეთა-მთიანეთი | 4 | 1.7 | 3 | 2.5 |
| 8.რაჭა-ლეჩხუმი | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 9.სამეგრელო | 21 | 8.9 | 12 | 10.1 |
| 10.სამცხე-ჯავახეთი | 13 | 5.5 | 6 | 5.0 |
| 11.ქვემო ქართლი | 15 | 6.4 | 11 | 9.2 |
| 12.შიდა ქართლი | 11 | 4.7 | 5 | 4.2 |
| სულ | 235 | 66.4 | 119 | 33.6 |
| Test | Test value | p | | |
| Pearson Chi-Square | 8.05 | 0.624 (NS) | | |
| Likelihood Ratio | 8.16 | 0.614 (NS) | | |
| Linear-by-Linear Association | 0.00 | 0.993 (NS) | | |

წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 28.

კიბოსმიერი ტკვილის სიხშირე საქართველოს რეგიონების მიხედვით



235 ტკვილის მქონე პაციენტიდან 114 იყო ქალი ანუ 48.5%-ს, ხოლო 121 მამაკაცი ანუ 51.5%-ს ($p < 0.001$). ამრიგად, ტკვილის სიხშირის შეფარდება ქალებსა და მამაკაცებს შორის ცოტათი მეტია მამაკაცებში ($48.5\% : 51.5\% = 0.94$) (იხ. ცხრილი 50).

ცხრილი 50.

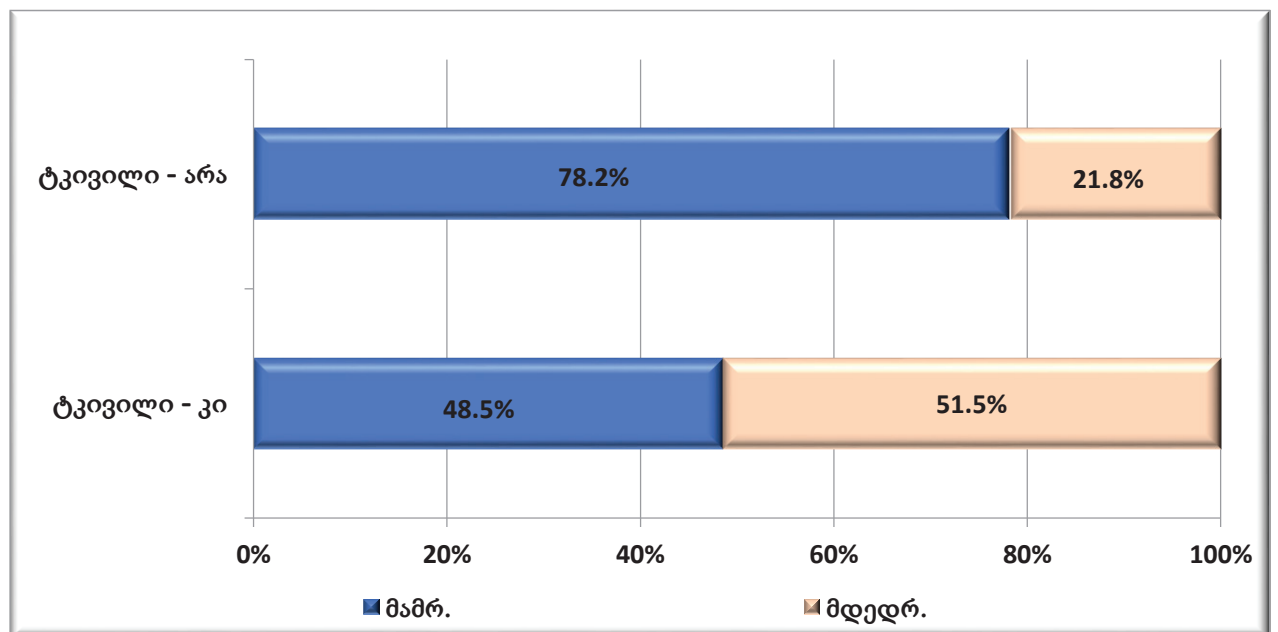
კიბოს მკურნალობისას ტკვილის სიხშირე ორივე სქესისთვის (ტელეფონით გამოკითხვებში)

| ჯგუფი | n; % | სქესი | | |
|------------------------------|------|------------|----------|-------|
| | | ქალი | მამაკაცი | სულ |
| ტკვილი - კი | n= | 114 | 121 | 235 |
| | % | 48.5 | 51.5 | 66.4 |
| ტკვილი - არა | n= | 93 | 26 | 119 |
| | % | 78.2 | 21.8 | 100.0 |
| სულ | n= | 207 | 147 | 354 |
| | % | 58.5 | 41.5 | 100.0 |
| Test | | Test value | P | |
| Pearson Chi-Square | | 28.58 | <0.001 | |
| Likelihood Ratio | | 30.01 | <0.001 | |
| Linear-by-Linear Association | | 28.50 | <0.001 | |

წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 29.

კიბოს მკურნალობისას ტკვილის სიხშირე სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები.

სქესის მიხედვით ტკვილის შედარებამ აჩვენა, რომ 207 ქალიდან ტკვილი ჰქონდა 114-ს ანუ 55.1%-ს, 147 მამაკაციდან - 121-ს ანუ 82.3%-ს. ამდენად კაცებში ტკვილი (82.3%) 1.6-ჯერ მეტია ($p < 0.001$), ვიდრე ქალებში (55.1%).

ცხრილი 51.

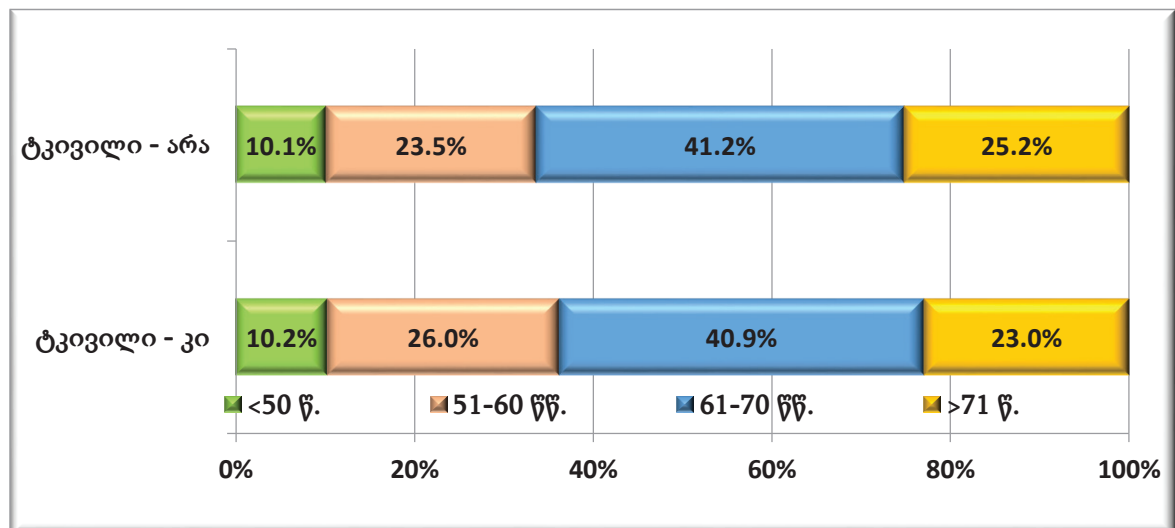
კიბოსმიერი ტკვილის სიხშირე ასაკის მიხედვით ტელეფონით გამოკითხულებში

| ასაკი | n, % | <36 | 36-40 | 41-45 | 46-50 | 51-55 | 56-60 | 61-65 | 66-70 | 71-75 | 76-80 | >80 | სულ |
|------------------------------|------|------------|-------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|
| ტკვილი - კი | n= | 5 | 2 | 9 | 8 | 24 | 37 | 56 | 40 | 31 | 14 | 9 | 235 |
| | % | 71. | 66.7 | 90.0 | 50.0 | 75.0 | 64.9 | 70.9 | 60.6 | 66.0 | 53.8 | 82 | 66.4 |
| ტკვილი - არა | n= | 2 | 1 | 1 | 8 | 8 | 20 | 23 | 26 | 16 | 12 | 2 | 119 |
| | % | 29. | 33.3 | 10.0 | 50.0 | 25.0 | 35.1 | 29.1 | 39.4 | 34.0 | 46.2 | 18 | 33.6 |
| სულ | n= | 7 | 3 | 10 | 16 | 32 | 57 | 79 | 66 | 47 | 26 | 11 | 354 |
| | % | 2 | 0.9 | 2.8 | 4.5 | 9.0 | 16.1 | 22.3 | 18.6 | 13.3 | 7.3 | 3 | 100,0 |
| Test | | Test value | | P | | | | | | | | | |
| Pearson Chi-Square | | 10.34 | | 0.411 (NS) | | | | | | | | | |
| Likelihood Ratio | | 10.88 | | 0.367 (NS) | | | | | | | | | |
| Linear-by-Linear Association | | 0.74 | | 0.397 (NS) | | | | | | | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 30.

კიბოს მკურნალობის დროს ტკვილის სიხშირე ასაკის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

51 ცხრილიდან ჩანს, რომ 354 ონკოლოგიური პაციენტის გამოკითხვით ტკივილის სიხშირე მცირე ასაკობრივი ჯგუფებში აღმოჩნდა სტატისტიკურად ჰომოგენური და ჯგუფებს შორის სარწმუნო განსხვავება ვერ იქნა დადგენილი.

ონკოლოგიურ პაციენტთა ტკივილის სინდრომის ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით გამსხვილების შედეგად დადგინდა, რომ <50 წლამდე ასაკის პაციენტებს ტკივილი ჰქონდათ 10.2%-ში, 51-60 წლის ასაკში - 26.0%-ს; 61-70 წლის ასაკში - 40.9%, 70 წლისა და მეტ ასაკში ტკივილი კლებულობს და შეადგენს - 23.0%, რაც სარწმუნოა (იხ. ცხრილი 51, დიაგრამა 30).

ცხრილი 52.

ტკივილის სიხშირე კიბოს ლოკაციის მიხედვით (ტელეფონით გამოკითხვებში)

| ჯგუფი | n; % | ლოკაცია | | | | | |
|------------------------------|------|------------|-----------|------------------|--------|---------|------|
| | | ძუძუს | საკვერცხე | საშვილოსნოს ტანი | ფილტვი | კოლინჯი | კუჭი |
| ტკივილი - კი | n= | 38 | 18 | 17 | 29 | 16 | 24 |
| | % | 16.2 | 7.7 | 7.2 | 12.3 | 6.8 | 10.2 |
| ტკივილი - არა | n= | 41 | 22 | 13 | 2 | 16 | 6 |
| | % | 41.0 | 18.5 | 10.9 | 1.7 | 13.4 | 5.0 |
| სულ | n= | 79 | 40 | 42 | 31 | 32 | 30 |
| | % | 22.3 | 11.3 | 8.5 | 8.8 | 9.0 | 8.5 |
| Test | | Test value | | p | | | |
| Pearson Chi-Square | | 68.57 | | 0.001 | | | |
| Likelihood Ratio | | 87.44 | | <0.001 | | | |
| Linear-by-Linear Association | | 29.07 | | <0.001 | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

შანსთა ფარდობა ჯგუფებს შორის სარწმუნო იყო:

ძუძუს (OR=2.7, 95%CI – 1.6-4.6, p<0.001 (II ჯგუფი - 41.0% vs. I ჯგუფი - 26.8%);

საკვერცხის (OR=2.7, 95%CI – 1.4-5.3, p=0.003 (II ჯგუფი - 18.5% vs. I ჯგუფი - 7.7%);

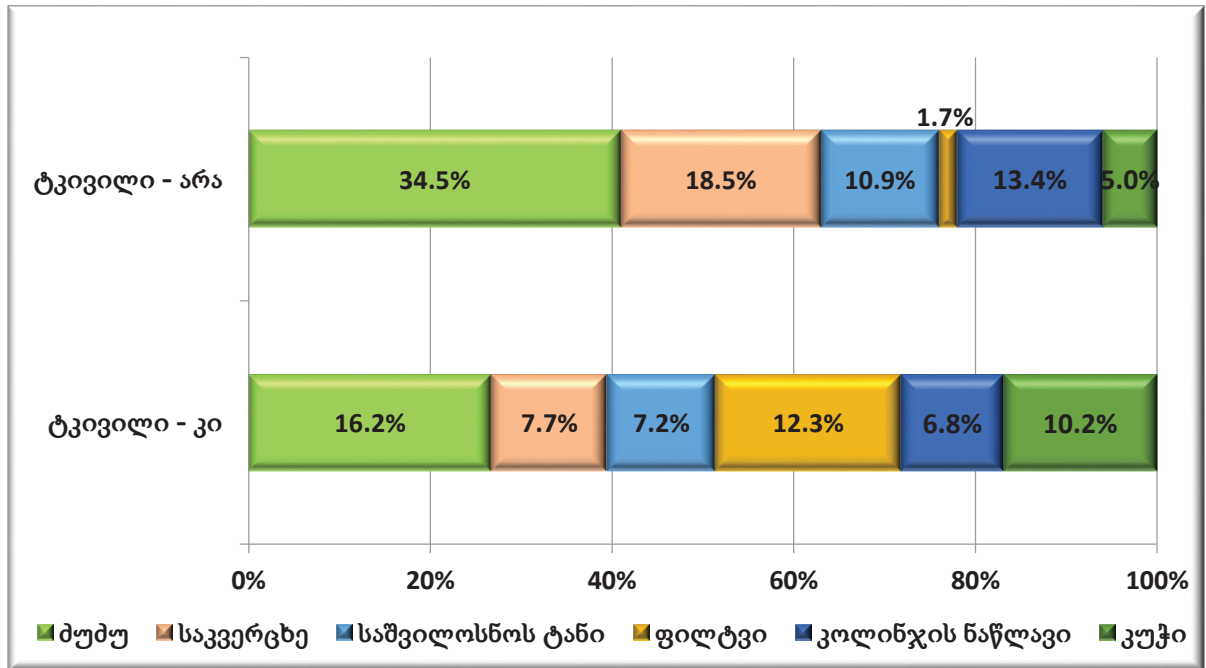
ფილტვის (OR=8.2, 95%CI – 1.9-35.1, p=0.005 (I ჯგუფი - 24.4% vs. II ჯგუფი - 0.9%);

კოლორექტუმის დროს (OR=2.1, 95%CI – 1.02-4.4, p=0.045 (II ჯგუფი - 13.4% vs. I ჯგუფი - 6.8%).

დადგინდა, რომ ტკივილის სინდრომი შედარებით ხშირია ფილტვისა და კუჭის კიბოს, ხოლო ნაკლები - ძუძუს, საკვერცხის, კოლორექტუმისა და საშვილოსნოს ტანის კიბოს შემთხვევაში (დიაგრამა 31),

დიაგრამა 31.

ტკვილის სიხშირე კიბოს ლოკაციების მიხედვით ტელეფონით გამოკითხულებში



წყარო: კვლევის შედეგები

დადგინდა, რომ კიბოს სტადიის ზრდასთან ერთად იზრდება ტკვილის სინდრომის სიხშირეც. კიბოს I სტადიაზე ტკვილი ჰქონდა 2.6%-ს, II სტადიაზე - 13.2%, III სტადიაზე - 40.4%-ს, IV სტადიაზე - 43.8% (p < 0.001). (იხ. ცხრილი 53, დიაგრამა 32),

ცხრილი 53.

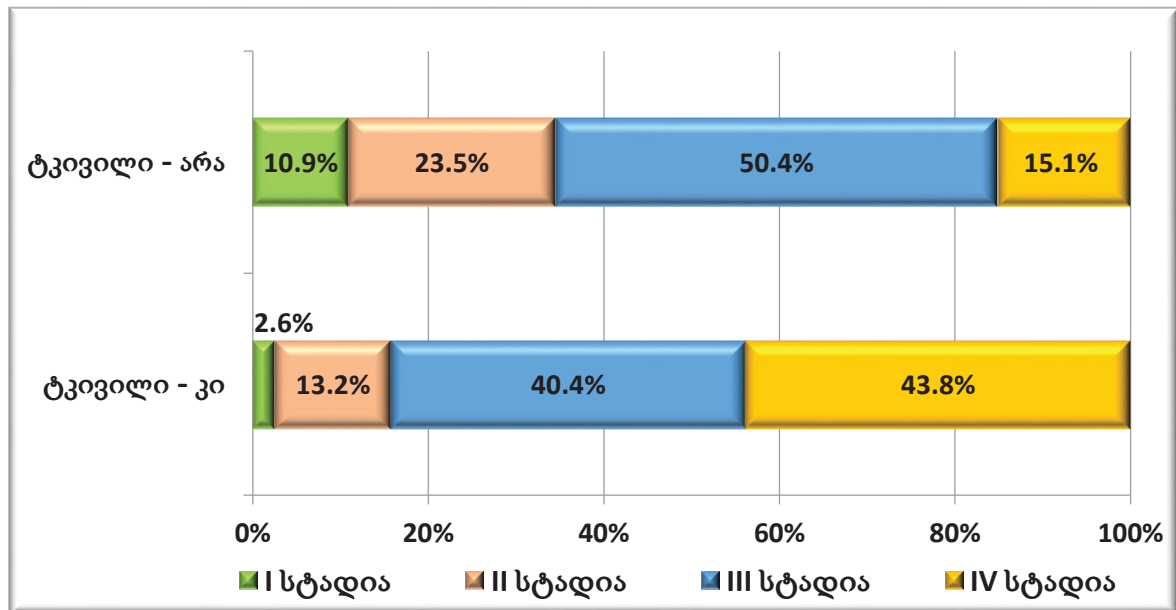
კიბოს მკურნალობისას ტკვილის სიხშირე სტადიების მიხედვით ტელეფონით გამოკითხულებში

| ჯგუფი | n; % | სტადია | | | | სულ |
|------------------------------|------|------------|--------|------|------|-------|
| | | I | II | III | IV | |
| ტკვილი - კი | n= | 6 | 31 | 95 | 103 | 235 |
| | % | 2.6 | 13.2 | 40.4 | 43.8 | 100.0 |
| ტკვილი - არა | n= | 13 | 28 | 60 | 18 | 119 |
| | % | 10.9 | 23.5 | 50.4 | 15.1 | 100.0 |
| სულ | n= | 19 | 59 | 155 | 121 | 354 |
| | % | 5.4 | 16.7 | 43.8 | 34.2 | 100.0 |
| Test | | Test value | p | | | |
| Pearson Chi-Square | | 36.22 | <0.001 | | | |
| Likelihood Ratio | | 38.01 | <0.001 | | | |
| Linear-by-Linear Association | | 34.11 | <0.001 | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 32.

ტკვილის განაწილება კიბოს სტადიების მიხედვით ტელეფონით გამოკითხულებში



წყარო: კვლევის შედეგები

შანსთა ფარდობა ჯგუფებს შორის I სტადიისთვის სარწმუნოა (OR=4.7, 95%CI – 1.7-12.7, p=0.003 (მეორე ჯგუფი - 10.9% vs. პირველი ჯგუფი - 2.6%);

II სტადიაზეც სარწმუნოა (OR=2.0, 95%CI – 1.2-3.6, p=0.016 (II ჯგუფი - 23.5% vs. I ჯგუფი - 13.2%);

III სტადიაზე არ იყო (OR=1.4, 95%CI – 0.94-2.1, p=0.095 (II ჯგუფი - 50.4% vs. I ჯგუფი - 40.4%). IV სტადიისთვის სარწმუნო იყო (OR=2.8, 95%CI – 1.6-4.9, p<0.001 (I ჯგუფი - 43.8% vs. II ჯგუფი - 15.1%).

IV სტადიაზე ტკვილის შანსი მისი არქონეთა შანსზე დაახლოებით 3-ჯერ სარწმუნოდ მეტია p<0.001.

გამოკითხული 235 ტკვილის მქონე პაციენტიდან I-II სტადია ჰქონდა 37-ს (15,7%), III სტადია – 95-ს (40,4%) ანუ ადრეულ/საშუალო სტადიებზე ტკვილი სულ ჰქონდა 132-ს პაციენტს ანუ 56,2%-ს, IV სტადიაზე - 103 პაციენტს (43.8%). მკურნალობის დროს ონკოლოგიურ პაციენტებში ტკვილი I-III სტადიაზე IV სტადიასთან შედარებით ხშირია ქალებშიც 53,8%/46,2% და მამაკაცებშიც - 60,0%/40% (იხ. ცხრილი 54). კიბოს მკურნალობისას I-III სტადიაზე ტკვილის სიხშირე შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს დაავადების ამ ეტაპზე ხშირ და გახანგრძლივებულ ინფუზიურ და/ან აგრესიულ ქიმიო-ჰორმონო-იმუნურ ან სხივური თერაპიასთან კომბინაციასთან, რადგან კიბოს IV სტადიაზე დამზოგავი პალიატიური თერაპია ტარდება.

ცხრილი 54.

ონკოლოგიურ პაციენტებში ტკვილის სიხშირე სქესისა და სტადიების მიხედვით (ტელეფონით გამოკითხვებში)

| სქესი | I-III სტადია აბს. რიცხვი | % | IV სტადია აბს. რიცხვი | % | სულ აბს. რიცხვი, % |
|-------|-----------------------------|------|--------------------------|------|-----------------------|
| ქალი | 78 | 53,8 | 67 | 46,2 | 145 (100%) |
| კაცი | 54 | 60,0 | 36 | 40,0 | 90 (100%) |
| ჯამი | 132 | 56,2 | 103 | 43,8 | 235 (100%) |

წყარო: კვლევის შედეგები

ცხრილი 55.

ტკვილის სიხშირე მკურნალობის ტიპებით ტელეფონით გამოკითხვებში

| ჯგუფი | n; % | მკურნალობის ტიპი | | | | | | |
|---------------------|---------|---|---|--------------------------|---------------------------|-------------------------------------|---------------|---|
| | | ნეო/ადი უვანტუ რის ქიმიო- სხივუ რი | ნეო/ადი უვანტუ რის სხივუ რი | პალია ტიური ქიმიო- | პალიატი ური სხივური | პალიატი ური ქიმიო- სხივური | ჰორმონ ული | ნეო/ადიუვა ნტური ქიმიო- და სხივური |
| ტკვი ლი - კი | n= | 57 | 11 | 102 | 9 | 38 | 3 | 15 |
| | % | 24.3 | 4.7 | 43.4 | 3.8 | 16.2 | 1.3 | 6.4 |
| ტკვი ლი - არა | n= | 62 | 17 | 22 | 0 | 8 | 1 | 9 |
| | % | 52.1 | 14.3 | 18.5 | 0.0 | 6.7 | 0.8 | 7.6 |
| სულ | n= | 119 | 28 | 124 | 9 | 46 | 4 | 24 |
| | % | 33.6 | 7.9 | 35.0 | 2.5 | 13.0 | 1.1 | 6.8 |

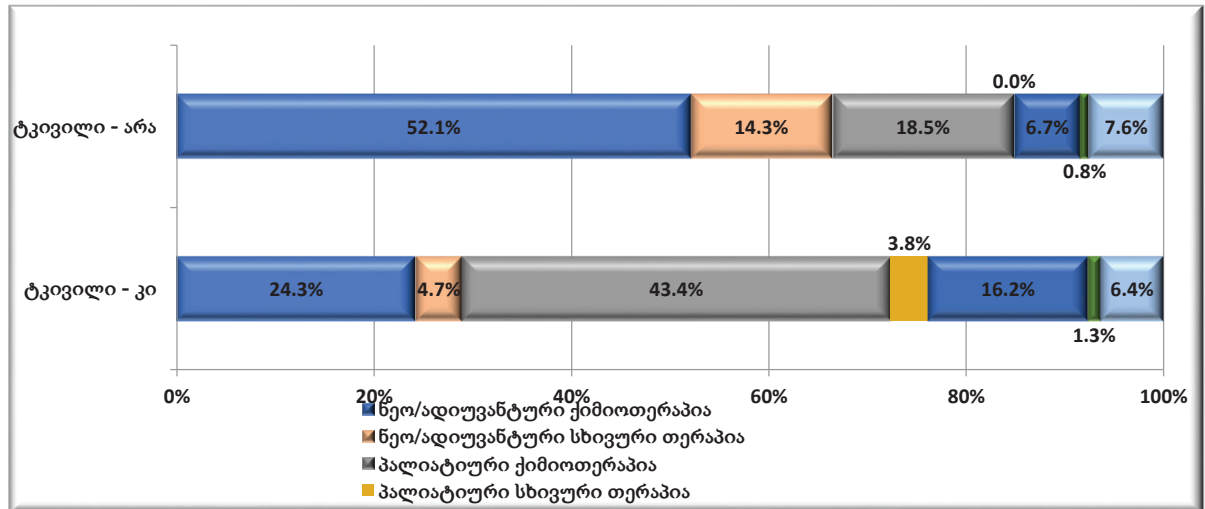
| Test | Test value | P |
|------------------------------|------------|--------|
| Pearson Chi-Square | 21.72 | <0.001 |
| Likelihood Ratio | 21.38 | <0.001 |
| Linear-by-Linear Association | 21.19 | <0.001 |

წყარო: კვლევის შედეგები

ნეო-ადიუვანტური ქიმიოთერაპიის დროს ტკვილის შანსი (იხ. ცხრილი 55) იყო დაბალი (OR=3.4, 95%CI – 2.1-5.4, p<0.001 (II ჯგუფი - 52.1% vs. I ჯგუფი - 24.3%); პალიატიური ქიმიოთერაპიის დროს ტკვილის შანსი იზრდება (OR=3.4, 95%CI – 2.0-5.7, p<0.001 (I ჯგუფი - 43.4% vs. II ჯგუფი - 18.5%); ტკვილის შანსი ვერ შევასდა პალიატიური სხივური თერაპიის დროს; ტკვილის შანსი მაღალი იყო პალიატიური ქიმიო-სხივური თერაპიის დროს (OR=2.7, 95%CI – 1.2-5.9, p=0.016 (I ჯგუფი - 16.2% vs. II ჯგუფი - 6.7%).

დიაგრამა 33.

ტკვილის სიხშირე მკურნალობის ტიპებით ტელეფონით გამოკითხულებში



წყარო: კვლევის შედეგები.

მკურნალობის ორივე ტიპისთვის ტკვილში სარწმუნო სხვაობა არ იყო. დიაგრამა 33-ზე ჩანს, რომ ტკვილი ხშირია პალიატიური ქიმიო-სხივური თერაპიის დროს. კიბოს მეტასტაზების თერაპიის დროს ტკვილი პაციენტებში, რომლებსაც იგი ჰქონდათ (ცხრილი 56, დიაგრამა 34) მეტასტაზების შანსი 4.4-ჯერ მეტი იყო, ვიდრე იმათში, ვისაც ტკვილი ჰქონდა (OR=4.4, 95%CI – 2.6-7.4, p<0.001 (II ჯგუფი - 79.8% vs. I ჯგუფი - 47.2%).

ცხრილი 56.

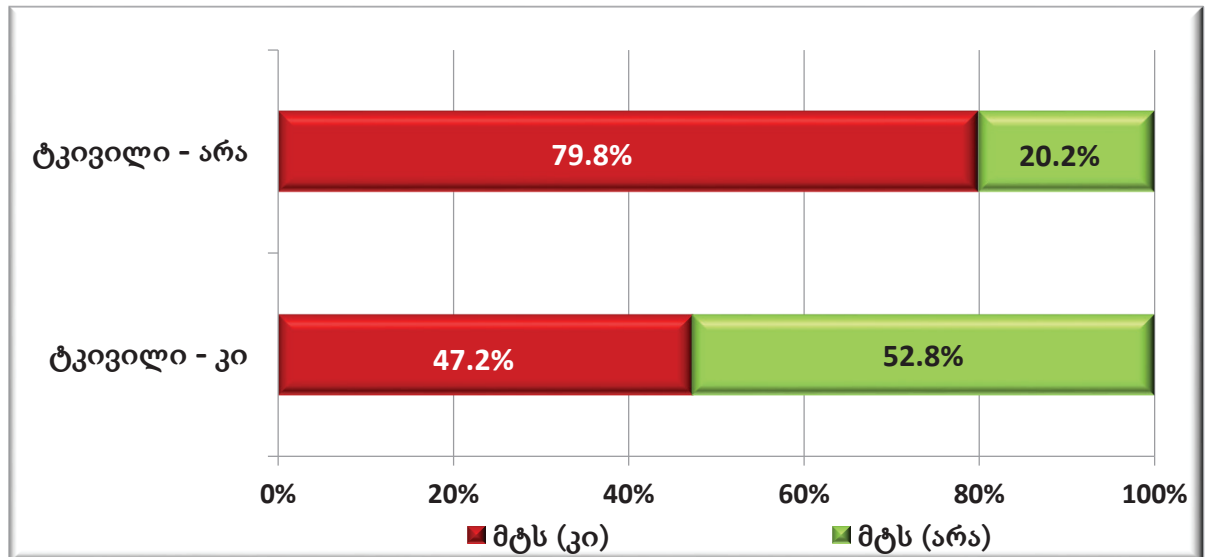
მეტასტაზირებული კიბოს თერაპიისას ტკვილის სიხშირე გამოკითხულებში

| ჯგუფი | n; % | მეტასტაზების არსებობა | | სულ |
|------------------------------|------------|-----------------------|------|-------|
| | | კი | არა | |
| ტკვილი - კი | n= | 111 | 124 | 235 |
| | % | 47.2 | 52.8 | 100.0 |
| ტკვილი - არა | n= | 95 | 3 | 119 |
| | % | 79.8 | 20.2 | 100.0 |
| სულ | n= | 206 | 148 | 354 |
| | % | 58.2 | 41.8 | 100.0 |
| Test | Test value | P | | |
| Pearson Chi-Square | 284.26 | <0.001 | | |
| Likelihood Ratio | 345.24 | <0.001 | | |
| Linear-by-Linear Association | 136.60 | <0.001 | | |

წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 34.

მეტასტაზირებული კიბოს მკურნალობის დროს ტკვილის სიხშირე ტელეფონით გამოკითხვებში



წყარო: კვლევის შედეგები.

4.3. ტკვილის სიძლიერე და მართვა ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში (ტელეფონით გამოკითხვებში)

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის დროს ტკვილის სიხშირის დასადგენად, გარდა ბარათების კვლევისა, საჭიროა სხვა წყაროების შესწავლაც, რადგან ექიმები ზოგჯერ მას უგულველყოფენ. ზოგიერთი ექიმის აზრით, პალიატიური ქიმიო- ან სხივურ თერაპია, რომლის მიზანი ხშირად ტკვილის კუპირება არის, მისი ფიქსაცია არ მიაჩნიათ საჭიროდ. ზოგი თვლის, რომ ტკვილის სიძლიერის ფიქსირებისას მისი ადეკვატური მკურნალობა კლინიკური ჯგუფების გამო შეუძლებელია. ამიტომ, უნდა ვიცოდეთ, თუ როგორ და რა შედეგებით იმართება სხვადასხვა სიძლიერის ტკვილი. აღნიშნულის შესახებ ონკოლოგიური პაციენტები გამოიკითხენ ტელეფონით.

დადგინდა, რომ 354 კიბოს მქონე პაციენტიდან 235-ს ანუ 66.4%-ს ჰქონდა ტკვილი, რაც 1,7-ჯერ უფრო მეტი იყო, ვიდრე ექიმებმა ბარათებში ჩაწერეს - 39%; ამასთან, ბარათების მიხედვით ტკვილის სიძლიერე 138 პაციენტიდან მხოლოდ 81 ჰქონდა დაუდგინდა. პაციენტთა უმეტესობას - 136 პაციენტს (57.9%) ჰქონდა (ცხრილი 57) საშუალო სიძლიერის ტკვილი (OR=39.5, 95%CI – 14.1-110.6, p<0.001 (I ჯგუფი - 67.9%

vs. II ჯგუფი - 3.4%), 41 პაციენტს (17.4%) - ძლიერი ტკვილი (OR=24.9, 95%CI – 3.4-183.7, p<0.001 (I ჯგუფი - 17.4% vs. II ჯგუფი - 0.8%);

ცხრილი 57.

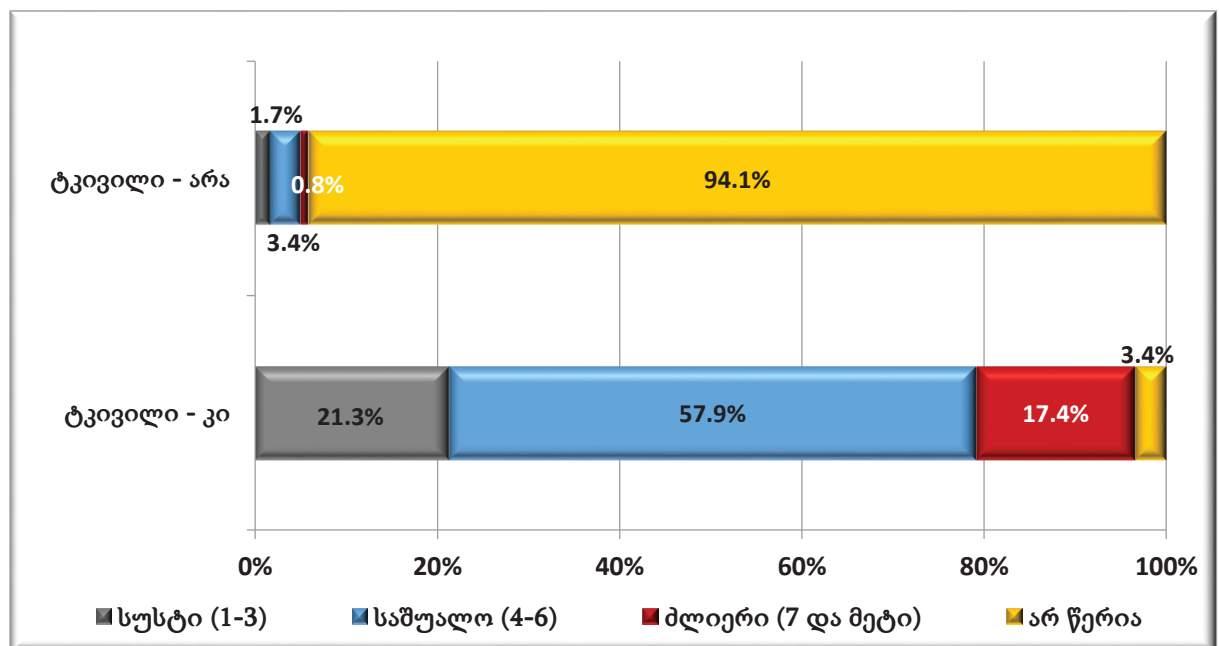
კიბოს მკურნალობის დროს ტკვილის სიძლიერე ტელეფონით გამოკითხვებში

| ჯგუფი | n; % | ტკვილის სიძლიერე | | | | |
|------------------------------|------|------------------|----------|--------|---------|-------|
| | | 1-3 ქულა | 4-6 ქულა | 7 და + | არ ვიცი | სულ |
| ტკვილი - კი | n= | 50 | 136 | 41 | 8 | 235 |
| | % | 21.3 | 57.9 | 17.4 | 3.4 | 66.4 |
| ტკვილი - არა | n= | 2 | 4 | 1 | 112 | 119 |
| | % | 1.7 | 3.4 | 0.8 | 94.1 | 33.6 |
| სულ | n= | 52 | 140 | 42 | 120 | 354 |
| | % | 14.7 | 39.6 | 11.9 | 33.9 | 100.0 |
| Test | | Test value | P | | | |
| Pearson Chi-Square | | 290.14 | <0.001 | | | |
| Likelihood Ratio | | 330.51 | <0.001 | | | |
| Linear-by-Linear Association | | 223.38 | <0.001 | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 36.

კიბოსმიერი ტკვილის სიძლიერე ტელეფონით გამოკითხვებში



წყარო: კვლევის შედეგები.

სულ საშუალო/ძლიერი ტკვილი ჰქონდა 177 პაციენტს ანუ 75.3%-ს (Chi-Square 290.14, $p < 0.001$), რომელიც ჯანმო-ს ტკვილის მართვის სქემით ოპიოდიტერაპიას საჭიროებდა. კიბოს მკურნალობისას სუსტი ტკვილი ჰქონდა 50 პაციენტს ანუ 21.3% (OR=15.8, 95%CI – 3.8-66.2, $p < 0.001$ (I ჯგუფი - 21.3% vs. II ჯგუფი - 1.7%).

შანსთა ფარდობა ჯგუფებს შორის შეკითხვაზე, თუ რა სიძლიერის ტკვილი იყო, პაციენტის პასუხი - „სუსტი (1-3 ქულა) ტკვილი“ სარწმუნოა და შეადგენს - OR=15.8, 95%CI – 3.8-66.2, $p < 0.001$ (I ჯგუფი - 21.3% vs. II ჯგუფი - 1.7%); მეორე კითხვის პასუხი - „საშუალო (4-6 ქულა)“ სიძლიერის ტკვილი სარწმუნოა და შეადგენს - OR=39.5, 95%CI – 14.1-110.6, $p < 0.001$ (I ჯგუფი - 67.9% vs. II ჯგუფი - 3.4%); მესამე კითხვის პასუხისთვის შანსთა ფარდობა ჯგუფებს შორის - „ძლიერი (7+ ქულა)“ სარწმუნოა და შეადგენს - OR=24.9, 95%CI – 3.4-183.7, $p < 0.001$ (I ჯგუფი - 17.4% vs. II ჯგუფი - 0.8%); IV კითხვის პასუხი - 113

არ ვიცი“ სარწმუნოა და შეადგენს - OR=454.0, 95%CI – 160.6- 1283.6, $p < 0.001$ (I ჯგუფი - 94.1% vs. II ჯგუფი - 3.4%).

საშუალო/ძლიერი ტკვილის მქონე 177 (75,3%) პაციენტი ჯანმო-ს ტკვილის მართვის რჩევით საჭიროებდა ოპიოიდების დანიშვნას.

დადგინდა, რომ ექიმები ტკვილის სამართავად ყველაზე ხშირად არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებს (აასს) ნიშნავდნენ; იგი ჯანმო-ს სქემით სუსტი ტკვილის დროს ინიშნება. თუმცა, ტკვილის მქონე 235 პაციენტიდან აასს დაენიშნა 147-ს (62.6%), მაშინ როცა სუსტი ტკვილი 50 პაციენტს ანუ 3-ჯერ ნაკლებს ჰქონდა (იხ. ცხრილი 58).
ცხრილი 58.

ტკვილის გამო დანიშნული ანალგეტიკები ტელეფონით გამოკითხულებში

| ჯგუფი | n; % | ანალგეზიური საშუალებები | | | | | | სულ |
|--------------------|---------|-------------------------|----------------------|-----------------------|------------------|-----------------------------|---------------|-------|
| | | აასს | სუსტი ოპიოი დი | ძლიერი ოპიო იდი | არ დაე- ნიშნა | ანალგინი დიმედ- როლით | გაგივ- ლის | |
| ტკვილი - კი | n= | 147 | 4 | 17 | 46 | 20 | 1 | 235 |
| | % | 62.6 | 1.7 | 7.2 | 19.6 | 8.5 | 0.4 | 100.0 |
| ტკვილი - არა | n= | 0 | 0 | 0 | 114 | 3 | 0 | 119 |
| | % | 0 | 0 | 0 | 97.5 | 2.5 | 0.0 | 100.0 |
| სულ | n= | 58 | 20 | 18 | 109 | 48 | 1 | 354 |
| | % | 41.8 | 1.4 | 4.8 | 45.2 | 6.5 | 0.3 | 100.0 |
| Test | | Test value | | | P | | | |
| Pearson Chi-Square | | 186.90 | | | <0.001 | | | |

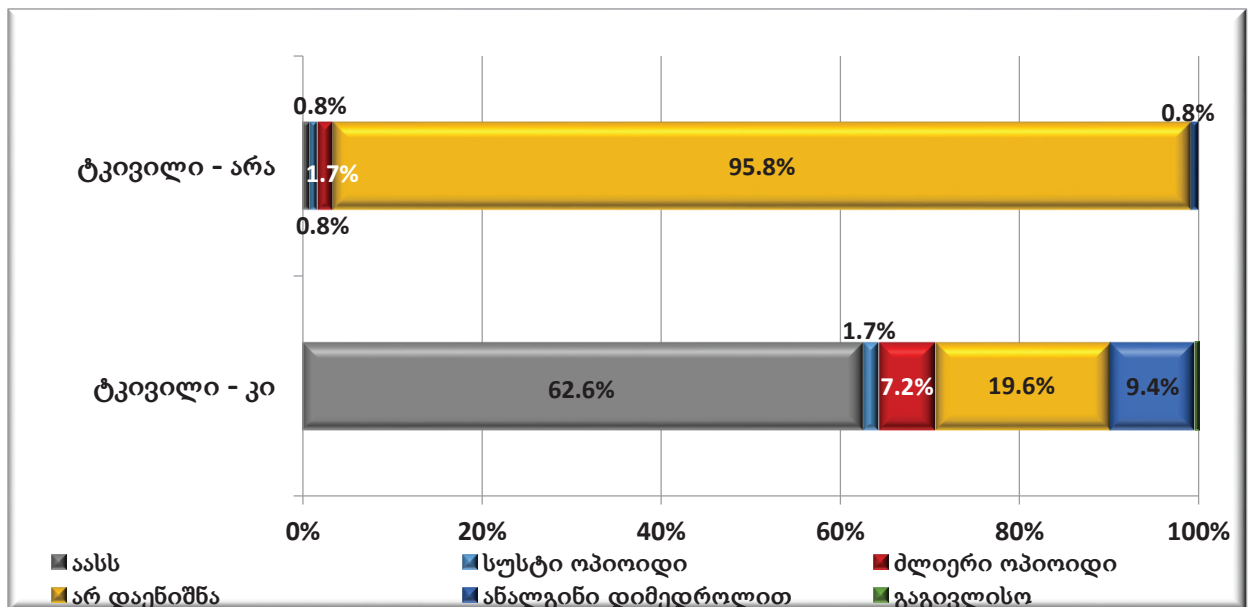
| | | |
|------------------------------|--------|--------|
| Likelihood Ratio | 222.52 | <0.001 |
| Linear-by-Linear Association | 110.98 | <0.001 |

წყარო: კვლევის შედეგები

შანსთა ფარდობა ჯგუფებს შორის ამ კითხვაზე, რომელიც დანიშნულ მკურნალობას ანუ „აასს“ დანიშნას ეხებოდა იყო სარწმუნო (OR=197.1, 95%CI – 27.1-1436.1, p<0.001 (I ჯგუფი - 62.6% vs. II ჯგუფი - 0.8%); 136 საშუალო ტკვილის მქონე პაციენტიდან სუსტი ოპიოიდი დაენიშნა მხოლოდ 4-ს (1.7%) (იხ. ცხრილი 58). შანსთა ფარდობა ჯგუფებს შორის - „სუსტი ოპიოიდი“ არ იყო სარწმუნო (OR=2.0, 95%CI – 0.2-18.5, p=0.529 (I ჯგუფი - 1.7% vs. II ჯგუფი - 0.8%); III კითხვის პასუხად 41 ძლიერი ტკვილის მქონედან ძლიერი ოპიოიდი დაენიშნა 15 პაციენტს ანუ 6.4%-ს, დანარჩენ 26 პაციენტს სავარაუდოთ აასს. შანსთა ფარდობა პასუხისთვის - „ძლიერი ოპიოიდი“ არ იყო სარწმუნო, თუმცა ზღურბლთან ახლოს იყო (OR=4.0, 95%CI – 0.9-17.7, p=0.073 (I ჯგუფი - 6.4% vs. II ჯგუფი - 1.7%);

დიაგრამა 37.

კიბოსმიერი ტკვილის გამო დანიშნული ანალგეზიური საშუალებები



წყარო: კვლევის შედეგები.

აღსანიშნავია, რომ 46 ტკვილის მქონე პაციენტს ანალგეზიური საშუალება საერთოდ არ დაენიშნა. კითხვაზე - ტკვილისას რა ანალგეტიკი დაგენიშნათ, პასუხზე - „არ დაენიშნა“ - შანსთა ფარდობა სარწმუნოა (OR=93.7, 95%CI – 36.2-242.7, p<0.001 (II

ჯგუფი - 95.8% vs. 1-ლი ჯგუფი - 19.6%); დაენიშნა „ანალგინი დიმედროლით“ - სარწმუნოა (OR=12.2, 95%CI – 1.6-91.6, p=0.016 (I ჯგუფი - 9.4% vs. II ჯგუფი - 0.8%).

შეენიშნავთ, რომ გარდა პოსტ-საბჭოთა ქვეყნებისა ანალგინი დიმედროლით, ტკვილის მართვის არცერთი სქემით არ ინიშნება. პასუხის „გაგივლისო“ - შედარება ჯგუფებს შორის ვერ მოხერხდა, რადგან II ჯგუფში (მკურნალობის დროს ტკვილის არმქონე პაციენტები) ასეთი პასუხი არ გვხვდება.

ამრიგად, საშუალო და ძლიერი ტკვილის მქონე 177 ონკოლოგიური პაციენტიდან ოპიოიდები დაენიშნა მხოლოდ 19 პაციენტს ანუ შემთხვევათა 8,1%-ს (იხ. ცხრილი 58). პაციენტებს ოპიოიდი დაენიშნა მას შემდეგ რაც ისინი ინკურაბელურად აღიარეს და IV კლინიკურ ჯგუფში გადაიყვანეს.

იმის დასადგენად, თუ როგორ ფასდებოდა ტკვილის სიძლიერე ექიმების მიერ, პაციენტები გამოიკითხენ ტკვილის სიძლიერის შეფასების ინსტრუმენტების შესახებ (იხ. ცხრილი 59, დიაგრამა 38).

დადგინდა, რომ ექიმებმა კიბოსმიერი ტკვილის სიძლიერე 153 (65.1%) პაციენტს შეუფასეს პირადი „გამოცდილებით“ (OR=35.1, 95%CI – 14.8-83.4, p<0.001), ხოლო საერთაშორისოდ აღიარებული ტკვილის რიცხობრივი შკალით შეფასებით მხოლოდ 5 პაციენტს (იხ. ცხრილი 59).

ცხრილი 59.

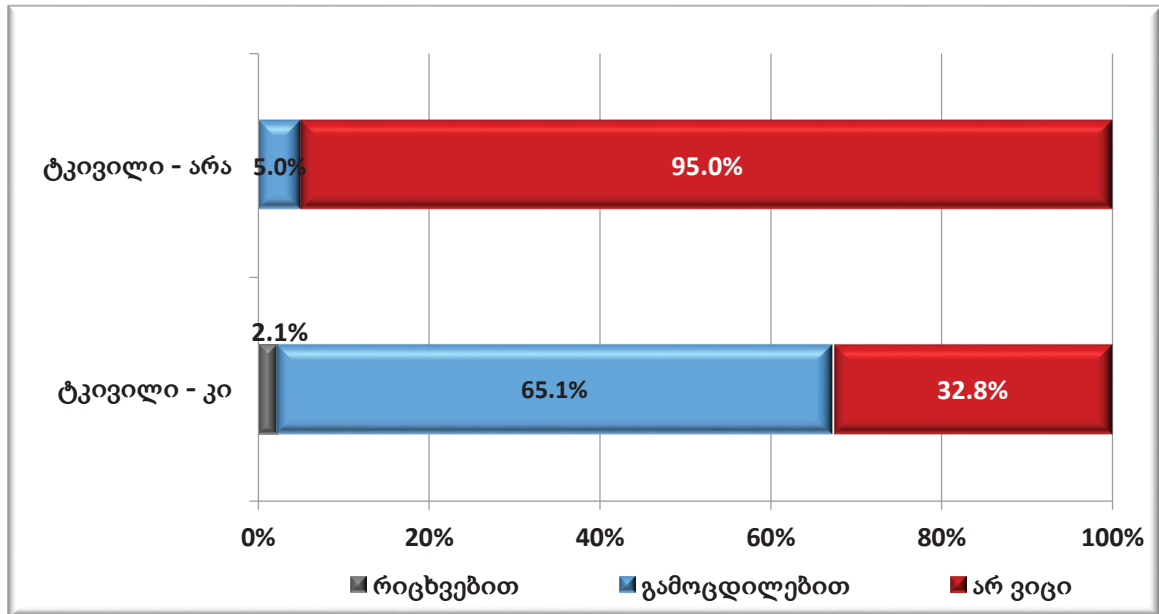
ექიმის მიერ ტკვილის შეფასებისთვის გამოყენებული საშუალებები (ტელეფონით გამოკითხვებში)

| ჯგუფი | n; % | ტკვილის სიძლიერის შეფასების ინსტრუმენტი | | | |
|------------------------------|------|---|--------------|---------|-------|
| | | რიცხვებით | გამოცდილებით | არ ვიცი | სულ |
| ტკვილი - კი | n= | 5 | 153 | 77 | 235 |
| | % | 2.1 | 65.1 | 32.8 | 66.4 |
| ტკვილი - არა | n= | 0 | 6 | 113 | 119 |
| | % | 0.0 | 5.0 | 95.0 | 100.0 |
| სულ | n= | 5 | 153 | 190 | 354 |
| | % | 1.4 | 44.9 | 53.7 | 100.0 |
| Test | | Test value | P | | |
| Pearson Chi-Square | | 122.91 | <0.001 | | |
| Likelihood Ratio | | 144.40 | <0.001 | | |
| Linear-by-Linear Association | | 117.34 | <0.001 | | |

წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 38.

ექიმის მიერ ტკვილის შეფასებისთვის გამოყენებული საშუალებები



წყარო: კვლევის შედეგები.

ამრიგად, საქართველოში ექიმები მკურნალობის პროცესში მყოფი პაციენტების ტკვილის შესაფასებლად არ იყენებენ (95%) ტკვილის რიცხობრივ შკალას. ტკვილის სამართავად არ იყენებენ ჯანმო-ს ტკვილის კუპირების სამსაფეხურიან სქემას, რის გამოც ტკვილის სამართავად არ ინიშნება ადეკვატური ანალგეზიური პრეპარატები. ამიტომ, საჭირო გახდა დაგვედგინა, თუ რამდენად ნეგატიურად აისახებოდა ტკვილის მართვისთვისადმი ასეთი მიდგომა. პაციენტებს დაესვათ კითხვა - ანალგეტიკით ტკვილი მოეხსნათ თუ არა? ტკვილის მართვის მიზნით დანიშნული ანალგეტიკების სტატისტიკური შედეგები ასახულია ცხრილში 60 და დიაგრამაზე 39.

კვლევით დადგინდა, რომ ტკვილი დანიშნული მედიკამენტებით სრულად მოეხსნა მხოლოდ 54 პაციენტს ანუ 23.0%-ს.

შანსთა ფარდობა ჯგუფებს შორის ამ კითხვაზე დანიშნული ანალგეზიური საშუალებით ტკვილი მოიხსნა პასუხისათვის - „კი“ სარწმუნოა და შეადგენს - OR=35.2, 95%CI – 4.8-258.0, p<0.001 (1-ლი ჯგუფი - 23.0% vs. მე-2 ჯგუფი - 0.8%); ტკვილი ნაწილობრივ მოეხსნა 139 პაციენტს ანუ 59.1%-ს.

მეორე პასუხისთვის, ტკვილი მოიხსნა „ნაწილობრივ“ სარწმუნოა და შეადგენს - OR=56.0, 95%CI – 17.3-181.3, p<0.001 (II ჯგუფი - 59.1% vs. I ჯგუფი - 2.5%);

ცხრილი 60.

ტკვილის კუპირებისთვის დანიშნული ანალგეტიკების შედეგები

| ჯგუფი | n; % | ტკვილის მართვის შედეგი | | | |
|--------------|------|------------------------|------------|------|-------|
| | | კი | ნაწილობრივ | არა | სულ |
| ტკვილი - კი | n= | 54 | 139 | 42 | 235 |
| | % | 23.0 | 59.1 | 17.9 | 66.4 |
| ტკვილი - არა | n= | 1 | 3 | 115 | 119 |
| | % | 0.8 | 2.5 | 96.6 | 100.0 |
| სულ | n= | 55 | 142 | 157 | 354 |
| | % | 15.5 | 40.1 | 44.4 | 100.0 |

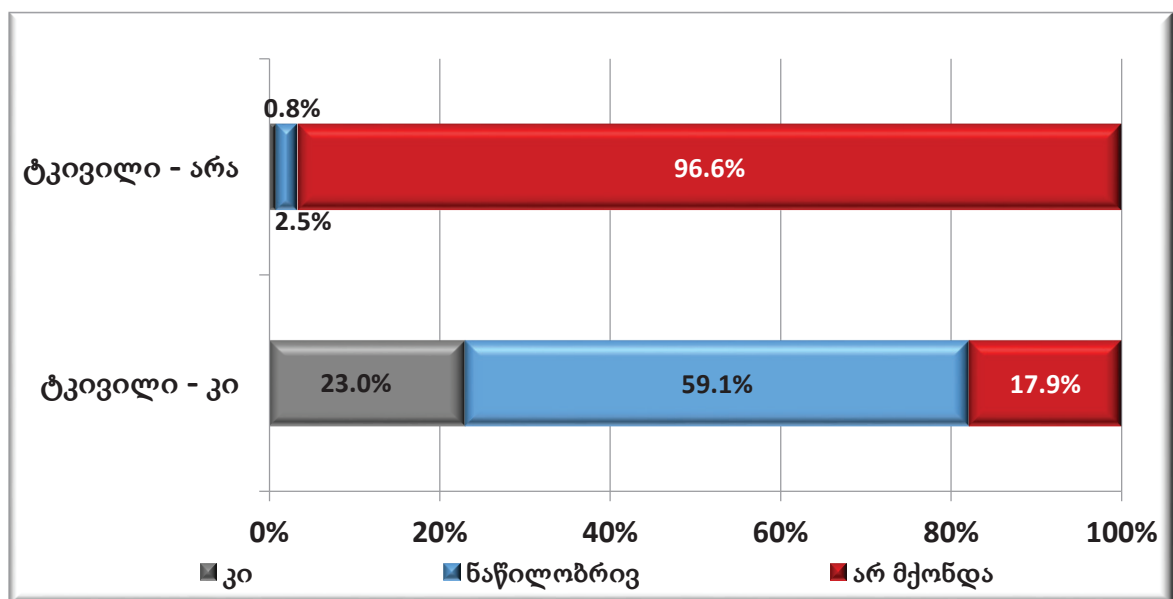
| Test | Test value | P |
|------------------------------|------------|--------|
| Pearson Chi-Square | 198.58 | <0.001 |
| Likelihood Ratio | 230.59 | <0.001 |
| Linear-by-Linear Association | 155.48 | <0.001 |

წყარო: კვლევის შედეგები.

42 პაციენტს დარჩა იგივე სიძლიერის ტკვილი, როგორც ექიმთან მისვლამდე ჰქონდა. კითხვაზე (მესამე) ტკვილი მოგეხსნათ პასუხი - „არა“ - იყო სარწმუნო (OR=132.1, 95%CI – 46.2-378.0, p<0.001 (I ჯგუფი - 96.6% vs. II ჯგუფი - 17.9%).

დიაგრამა 39.

კიბოსმიერი ტკვილის კუპირებისთვის დანიშნული ანალგეტიკები
(ტელეფონით გამოკითხულებში)



წყარო: კვლევის შედეგები.

აღინიშნული იყო, რომ ბარათებში ყველა სახის ტკვილის სამართავად დანიშნული საშუალებების ეფექტიანობა იყო მხოლოდ 24,7%.

ტკვილის გაყუჩების მიზნით დანიშნული პრეპარატების ადეკვატურობისა და ეფექტიანობის დასადგენად გაანგარიშდა ტკვილის მართვის ინდექსი (ტმი, PMI), რომელიც გულისხმობს ტკვილის სიმღიერისა და მკურნალობის ქულების ერთმანეთთან შეფარდებას. 235 ტკვილის მქონე პაციენტისთვის დადგინდა შემდეგი ტკვილის მართვის ინდექსი:

სუსტი ტკვილისთვის (ტმი) - 100%,

საშუალო ტკვილისას (136 პაციენტი) მხოლოდ 2,9%-ში (4 პაციენტი),

ძლიერი ტკვილისას (41 პაციენტი) - 36,6%-ში (15 პაციენტი).

ყველა სიმღიერის ტკვილისთვის ტკვილის მართვა ეფექტიანი იყო 29.4%-ში, რაც 4.7%-ით მეტია, ვიდრე ბარათებში იყო - 24.7%.

ამრიგად, 235 კიბოსმიერი ტკვილის მართვისთვის დანიშნული ანალგეზიური მედიკამენტები ეფექტიანი იყო მხოლოდ 29,3%-ში, ხოლო დანარჩენმა 70.3%-მა ვერ მიიღო სათანადო ანალგეზიური შედეგი, რაც კიბოსმიერი ტკვილის არასათანადო მართვაზე მიუთითებს, რომელიც საჭიროებს მკვეთრ გაუმჯობესებას.

ცხრილი 61.

ონკოპაციენტთა ტკვილის სიმღიერე მკურნალობის დროს და მისი დამთავრებიდან 1 თვეში (ტელეფონით გამოკითხვებში)

| ტკვილის სიმღიერე | ტკვილი მკურნალობის დროს | | ტკვილის კლება | | ტკვილის სიხშირე 1 თვეში | |
|------------------|-------------------------|------|---------------|------|-------------------------|------|
| | რიცხვი | % | რიცხვი | % | რიცხვი | % |
| სუსტი | 50 | 21,3 | 37 | 26 | 13 | 25,3 |
| საშუალო | 136 | 57,9 | 72 | 47,1 | 67 | 49,4 |
| ძლიერი | 41 | 17,4 | 8 | 9,8 | 33 | 25,3 |
| უცნობია | 8 | 3,4 | - | - | - | - |
| სულ | 235 | 100 | 117 | 100 | 118 | 100 |

წყარო: კვლევის შედეგები.

ტკვილის კუპირებისთვის დანიშნული წამლების ადეკვატურობის მიუხედავად, პაციენტთა გამოკითხვის მომენტში, როცა მკურნალობის დამთავრებიდან გასული იყო 1 თვე, ტკვილის მქონეთა რიცხვი 235-დან შემცირდა 49,8%-ით და 118 შეადგინა ანუ 50,2% (იხ. ცხრილი 61). შემცირება შეეხო ყველა სიმღიერის ტკვილს. ნაკლებად

შემცირდა ძლიერი ტკვილის სიხშირე. ასეთ კლება გამოწვეული უნდა იყოს ქიმიო- და სხივური თერაპიის გვერდითი ეფექტების მოხსნით, ასევე კიბოს მკურნალობის ეფექტიანობით და ნაწილობრივ - ტკვილის ანალგეზიით.

ცხრილი 62.

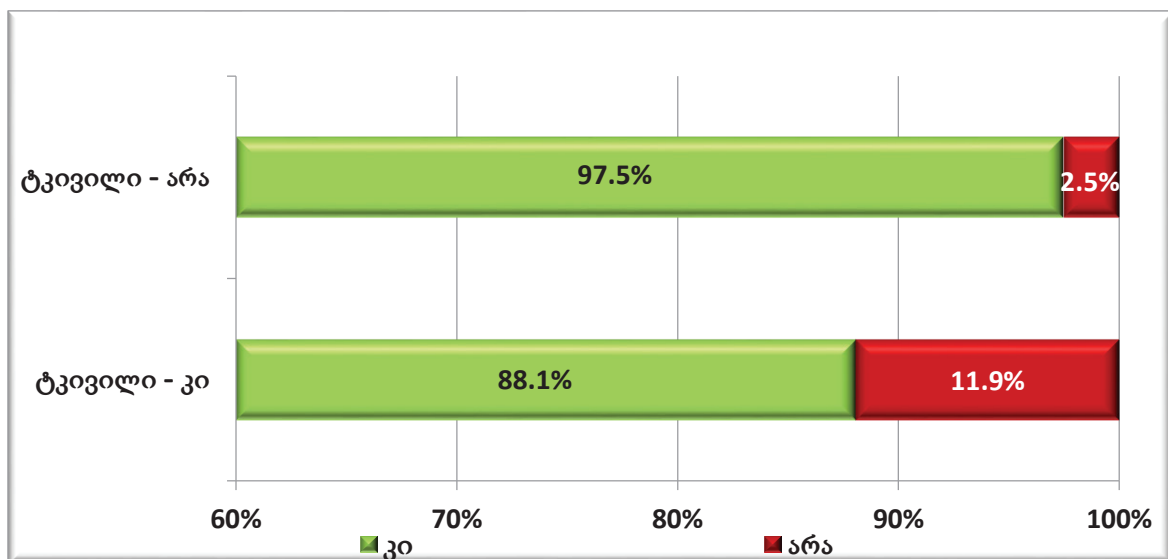
ცოცხალი და გარდაცვლილი პაციენტების რიცხვი მკურნალობის დამთავრებიდან 1 თვეში

| ჯგუფი | n; % | პაციენტი ცოცხალია თუ არა | | სულ |
|------------------------------|------------|--------------------------|------|-------|
| | | კი | არა | |
| ტკვილი - კი | n= | 207 | 28 | 235 |
| | % | 88.1 | 11.9 | 66.4 |
| ტკვილი - არა | n= | 116 | 3 | 119 |
| | % | 97.5 | 2.5 | 33.6 |
| სულ | n= | 159 | 31 | 354 |
| | % | 91.2 | 8.8 | 100.0 |
| Test | Test value | p | | |
| Pearson Chi-Square | 8.72 | 0.003 | | |
| Likelihood Ratio | 10.53 | 0.001 | | |
| Linear-by-Linear Association | 8.70 | 0.003 | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 40.

ცოცხალი და გარდაცვლილი პაციენტების განაწილება ტკვილის სიხშირის მიხედვით



პაციენტთა გამოკითვის დროისთვის, რაც კიბოს თერაპიის დამთავრებიდან 1 თვეში მოხდა, 354 პაციენტიდან გარდაცვლილი იყო 31 პაციენტი ანუ 8.8%. (იხ. ცხრილი 62). ტკვილის მქონე 235 პაციენტიდან გარდაიცვალა 28 ანუ 11.9%, ხოლო ტკვილის არმქონე 119 ადამიანიდან - 3 პაციენტი ანუ 2.5% (Pearson Chi-Square 8.72; p<0.001); ეს განსხვავება ასახულია დიაგრამა 25-ზე. შევნიშნავთ, რომ 31 გარდაცვლილი პაციენტიდან 28-ს ანუ შემთხვევათა 90%-ს ჰქონდა სხვადასხვა სიძლიერის ტკვილი. დიქოტომური პასუხით I ჯგუფში იყო 207 ტკვილის მქონე ცოცხალი პაციენტი (88.1%), ხოლო მეორეში - ტკვილის არ მქონეებში - 116 (97.5%) პაციენტი. ჯგუფებს შორის შანსთა ფარდობამ შეადგინა - OR=5.2, 95%CI - 1.6-17.6, p=0.008 (II ჯგუფი - 97.5% vs. I ჯგუფი - 88.1%).

ამრიგად, ტკვილის არასწორი მართვით შესაძლოა მოხდეს კიბოს პროგრესირება, რაც ნაწილობრივ დადასტურდა ერთი კვლევით (113), რომლითაც პაციენტთა 2/3 და მეტი სიცოცხლის ბოლოს განიცდიდა ძლიერი ტკვილს (8,4-10,0 ქულა) და ტანჯვა-წამებაში კვდებოდა (p<0,001). ტკვილის მიზეზი შესაძლოა იყოს ქირურგიული ჩარევა ან პროცედურა (135). ტკვილი 25%-ში კავშირშია კიბოს თერაპიასთან (36-38), რის გამოც, საჭიროა მედიკამენტური და სხივური თერაპიის გვერდითი ეფექტების (ართრალგია, სტომატიტი, მუკოზიტი, მიალგია, პოლინეიროპათია და სხვა) კვლევა. კიბოს რადიკალური მკურნალობა (ნეო/ადიუვანტური ქიმიო და სხივური თერაპია) ჩაუტარდა 175 პაციენტს; მათგან 86-ს 49,1%-ს ჰქონდა ტკვილი (იხ. ცხრილი 63); საშუალო სიძლიერის ტკვილი ჰქონდა 39-ს ანუ 45.3%-ს, ძლიერი კი - 10.5%-ს.

ცხრილი 63.

ტკვილის სიხშირე კიბოს რადიკალური თერაპიისას ტელეფონით გამოკითხვებში

| რადიკალური მეთოდები | აბს. რიცხვი | სულ ტკვილი აბს. რიცხვი, % | სუსტი | საშუალო | ძლიერი |
|-------------------------------|-------------|---------------------------|----------|----------|---------|
| ნეო/ადიუვანტური ქიმიო- | 119 | 57/47,9% | 23/40,4% | 25/43,9% | 9/15,8% |
| ნეო/ადიუვანტური სხივური | 28 | 11/39,2% | 6/54,5% | 5/45,5% | - |
| ნეო/ადიუვანტური ქიმიო-სხივური | 24 | 15/62,5% | 8/53,3% | 7/46,7% | - |
| ჰორმონოთერაპია | 4 | 3/75% | 1/16,7% | 2/33,3% | - |
| სულ | 175 | 86/49,1% | 38/21,7% | 39/22,3% | 9/5,1% |

წყარო: კვლევის შედეგები. შენიშვნა: ტკვილის სიძლიერის % დათვლილია საერთო რიცხვიდან

პალიატიური თერაპია (ქიმიო- სხივური ცალკე და ერთად) ჩაუტარდა 179 პაციენტს, მათგან ტკვილი ჰქონდა 83,2%-ს (იხ. ცხრილი 64). ამ პაციენტებიდან საშუალო ტკვილი ჰქონდა 65.1%-ს, ძლიერი კი - 21.5%-ს. პალიატიური ქიმიო-სხივური თერაპიის დროს ტკვილი 1,7-ჯერ ($p<0,001$) ხშირია, ვიდრე რადიკალური თერაპიის დროს. კიბოს რადიკალური მკურნალობისას საშუალო და ძლიერი ტკვილი ჰქონდა - 55,8%-ს, პალიატიური მკურნალობისას საშუალო/ძლიერი ტკვილი 1,6-ჯერ ხშირია (86,6% , $p<0,001$), ვიდრე რადიკალური თერაპიისას.

დადგინდა, რომ ტკვილი ხშირია ნეო/ადიუვანტური ქიმიო-სხივური თერაპიის დროს (62,5%), აგრეთვე პალიატიური ქიმიო- და სხივური თერაპიისას - 82,6% (იხ. ცხრილი 64).

ცხრილი 64.

ტკვილის სიხშირე კიბოს პალიატიური მკურნალობის დროს (ტელეფონით გამოკითხვებში)

| მეთოდი | სულ | ტკვილი რიცხვი, % | სუსტი NRS >4 | საშუალო NRS =4-6 | ძლიერი NRS ≤7 |
|----------------------------|-----|---------------------|-----------------|---------------------|------------------|
| პალიატიური ქიმიოთერაპია | 124 | 102/82,3 | 14/13,7 | 69/67,7 | 19/18,6 |
| პალიატიური რადიოთერაპია | 9 | 9/100 | 1/11,1 | 5/55,6 | 3/33,3 |
| პალიატიური ქიმიოსხივური | 46 | 38/82,6 | 5/13,2 | 23/60,5 | 10/26,3 |
| სულ | 179 | 149/83,2 | 20/13,4 | 97/65,1 | 32/21,5 |

წყარო: კვლევის შედეგები. შენიშვნა: ტკვილის სიმძლიერის პროცენტი გამომდინარეობს ტკვილის საერთო რიცხვიდან

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის მეთოდებიდან რადიკალური თერაპიის დროს საშუალო და ძლიერი ტკვილის წილად მოდის 55,8%, ხოლო პალიატიური მკურნალობის პროცესში 86,6% ანუ კიბოს მქონე პაციენტთა უმრავლესობა მკურნალობის დროს ესაჭიროება ოპიოიდებით მართვა, რაც არსებული რეგულაციების გამო ვერ ხორციელდებოდა.

ცხრილი 65.

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის დროს ტკივილის სიხშირე კიბოს ლოკაციების მიხედვით (ტელეფონით გამოკითხვებში)

| ლოკაცია | სულ | NRS >4 | NRS =4-6 | NRS ≤7 | საშუალო /ძლიერი |
|-----------------------|-----------|----------|----------|---------|-----------------|
| თავისა და კისრის | 21 (100%) | 7/33,3% | 11/52,4% | 3/14,3% | 14/66,7% |
| ფილტვი | 29 (100%) | - | 20/69% | 9/11% | 29/100% |
| ძუძუ | 38 (100%) | 16/42,1% | 17/44,7% | 5/13,2% | 22/57,9% |
| გენიტალიის ორგანოები | 40 (100%) | 10/25% | 20/50% | 10/25% | 30/75% |
| კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი | 68 (100%) | 13/19,1% | 47/69,1% | 8/11,8% | 55/80,9% |
| საშარდე და სასქესო | 14 (100%) | 4/28,6% | 7/50% | 3/21,4% | 10/71,4% |
| კანი და მელანომა | 10 (100%) | 3/30% | 4/40% | 3/30% | 7/50% |
| ლიმფომები/ლეიკე მიები | 15 (100%) | 5/33,3% | 9/60% | 1/6,7% | 10/66,7% |

წყარო: კვლევის შედეგები.

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკივილის სიძლიერის სიხშირე კიბოს ლოკაციებისა/სისტემების მიხედვით ყველაზე ხშირია საშუალო ტკივილისას (იხ. ცხრილი 65), როცა ნაჩვენებია ტკივილის სუსტი ოპიოიდებით მართვა.

საშუალო სიძლიერის ტკივილი ხშირი იყო ფილტვის (69%), კუჭ-ნაწლავის ტრაქტისა (69,1%) კიბოსა და ლიმფომების (60%) დროს. ჯამურად საშუალო/ძლიერი ტკივილის სიხშირე ყველაზე მეტია ფილტვის, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტისა და გენიტალიის ორგანოების შემთხვევაში - 75%-ზე მეტი, რაც მიუთითებს, რომ ჯანმო-ს ტკივილის მართვის სამსაფეხურიანი სქემის შესაბამისად საშუალო/ძლიერი ტკივილის მქონე ამ პაციენტებს ქიმიოთერაპიის წინ ან მოგვიანებით ესაჭიროებათ დროებით ან ზოგჯერ მეტ ხანს ოპიოიდებით მართვა.

ბოლო პერიოდში ქიმიოთერაპიის მნიშვნელობის სულ უფრო მეტად გაძლიერებასთან ერთად გახშირდა მისი გამოყენება მკურნალობის სხვა მეთოდებთან კომბინაციაში, შესამჩნევად გახანგრძლივდა ტრანსფუზიები (72 სთ-იანი); მკურნალობაში ასეთ ცვლილებებს თან ერთვის გვერდითი ეფექტების გახშირებაც. კვლევაში ჩართული 354 კიბოს მქონე პაციენტიდან ქიმიოთერაპია სხვადასხვა კომბინაციით, მათ შორის

სხივურ თერაპიასთან ერთად ჩაიტარა 317 პაციენტმა ანუ 89,5%-მა. 317 პაციენტიდან 199-ს ანუ 62.8%-ს ქიმიოთერაპიის პროცესში აღენიშნა სხვადასხვა სიძლიერის ტკვილი (იხ. ცხრილი 66).

ცხრილი 66.

ტკვილის სიხშირე და სიძლიერე ქიმიოთერაპიის დროს ტელეფონით გამოკითხვებში

| მახასიათ- ებელი | საერთო რიცხვი | ტკვილი არა | ტკვილი კი | სუსტი (1-3) | საშუალო (4-6) | ძლიერი (7+) |
|--------------------|------------------|---------------|--------------|----------------|------------------|----------------|
| რაოდენობა | 317 | 118 | 199 | 57 | 122 | 20 |
| პროცენტი | 100% | 37,2% | 62.8% | 18,0% | 38,5% | 6,3% |

წყარო: კვლევის შედეგები.

199 ტკვილის მქონედან ქიმიოთერაპიის პროცესში საშუალო (61.3%) და ძლიერი (10.1%) ტკვილი ჰქონდა 71.4%-ს; ეს ნიშნავს, რომ პაციენტთა უმრავლესობას ქიმიური აგენტების ტრანსფუზიის წინ ან პროცესში ესაჭიროებათ ოპიოიდური მხარდაჭერა. 235 პაციენტიდან ქიმიოთერაპიისას ტკვილი არ ჰქონდა მხოლოდ 81-ს (34.5%), 154 -ს ანუ 65.5%-ს ჰქონდა სხვადასხვა სიძლიერის ტკვილი.

ცხრილი 67.

ქიმიოთერაპიის პროცესში ტკვილის სიძლიერის სიხშირე

| ჯგუფი | n; % | ტკვილის სიძლიერე | | | | სულ |
|------------------------------|------|------------------|----------|----------|------|-------|
| | | არა | 1-3 ქულა | 4-6 ქულა | 7 + | |
| ტკვილი - კი | n= | 81 | 39 | 98 | 17 | 235 |
| | % | 28.9 | 29.4 | 26.8 | 14.9 | 66.4 |
| ტკვილი - არა | n= | 67 | 20 | 27 | 5 | 119 |
| | % | 22.9 | 23.7 | 28.8 | 24.6 | 33.6 |
| სულ | n= | 148 | 59 | 125 | 22 | 354 |
| | % | 26.9 | 27.5 | 27.5 | 18.1 | 100.0 |
| Test | | Test value | | p | | |
| Pearson Chi-Square | | 18.27 | | <0.001 | | |
| Likelihood Ratio | | 18.59 | | <0.001 | | |
| Linear-by-Linear Association | | 17.06 | | <0.001 | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

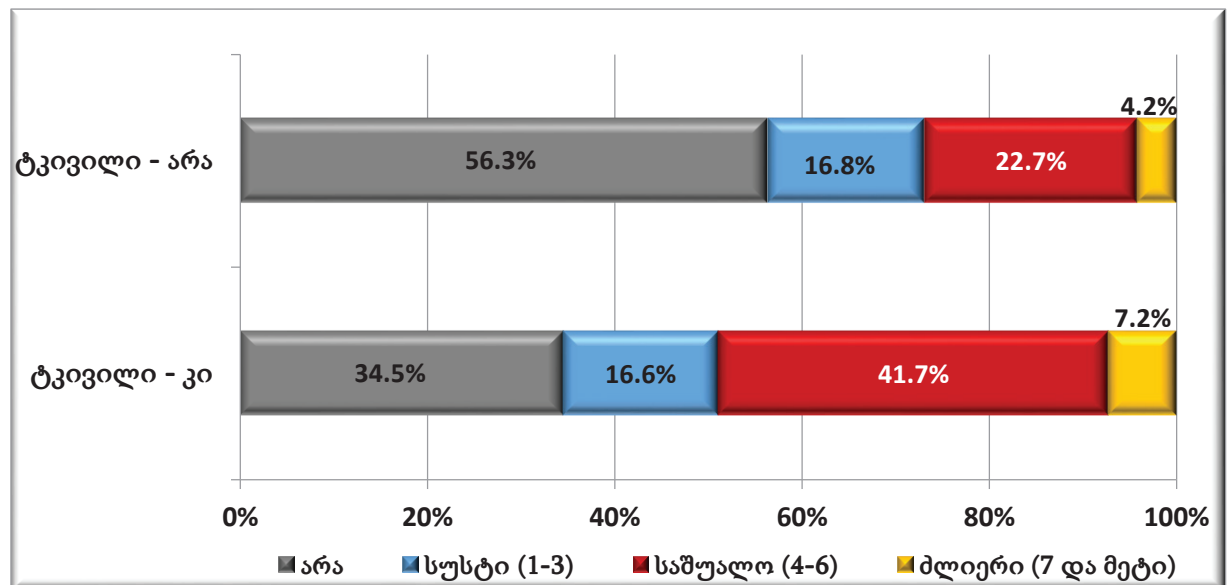
154 პაციენტიდან საშუალო ტკვილი ჰქონდა 98-ს ანუ 63.3%-ს (OR=2.4, 95%CI-1.5-4.0, p<0.001), ძლიერი - 17-ს ანუ 11.0% (OR=2.4, 95%CI-1.5-4.0, p<0.001). სულ საშუალო და ძლიერი ტკვილი ჰქონდა 115-ს (74.7%).

საკვლევ ჯგუფებს შორის შანსთა ფარდობა პასუხისთვის ტკვილი არ იყო სარწმუნოა (OR=2.5, 95%CI – 1.6-3.9, p<0.001 (II ჯგუფი - 56.3% vs. I ჯგუფი - 34.5%);

67 ცხრილიდან განსაკუთრებით აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ტკვილის არ მქონე 119 პაციენტიდან ქიმიოთერაპიის დროს ტკვილი დაეწყო 52 პაციენტს ანუ 43.7%-ს. მათგან 20 (38.5%) პაციენტს ჰქონდა სუსტი ტკვილი, 27-ს (51.8% -საშუალო, ხოლო 5-ს (9.6%) - ძლიერი ტკვილები.

დიაგრამა 41.

ქიმიოთერაპიის პროცესში ტკვილის სიმძლიერის სიხშირე



წყარო: კვლევის შედეგები.

შანსთა ფარდობის ტკვილი „სუსტია“ სარწმუნო არ იყო (OR=1.02, 95%CI-0.6-1.8, p=0.963);

ტკვილი „საშუალოა“ - სარწმუნოა (OR=2.4, 95%CI-1.5-4.0, p<0.001)

ძლიერი ტკვილი - სარწმუნო არ იყო (OR=2.4, 95%CI – 1.5-4.0, p<0.001).

41-ე დიაგრამაზე ჩანს, რომ ქიმიოთერაპიამდე ტკვილის მქონე პაციენტებში ძლიერი ტკვილი 2-ჯერ მეტია - 41.7%, ვიდრე იმათში, ვისაც ტკვილი არ ჰქონდა - 22.7% (p<0.001).

პაციენტები, რომლებიც ქიმიოთერაპიის დროს ტკვილის გამო დანიშნულ ანალგეტიკებს უშედეგოდ მიიჩნევდნენ, მიმართავდნენ სხვა გზებს; მათ შორის ნაცნობების მიერ ნარჩევ წამლებს, ექიმბაშების ბალახებს და მათ ნაყენებს, მარიხუანას და ა.შ.

მოვიყვანთ ერთ შემთხვევას, რომელიც ტკვილის მქონე 59 წლის მამაკაცის ეხება. მას პალიატიური ქიმიოთერაპიის დამთავრებისთანავე დაეწყო ტკვილი. პაციენტი გვიყვება, რომ "ექიმის დანიშნულ გამაყუჩებლებს ნაკლები შედეგი ჰქონდა., ისინი ისეთივე იყო, როგორიც ჩვეულებრივი გამაყუჩებლები ... ვეძებდი უკეთესს, რადგან ექიმი ძლიერ წამლებს არ მაძლევდა ... ვიკეთებდი ექთნის დანიშნულ კოქტილს, ვსვამდი ექიმბაშის მოცემულ შავ სითხეს, შედეგი მაინც არ იყო. ასე გავატარე უძილობაში, ტკვილისგან ტანჯვა-წამებაში და გამაყუჩებლების ძიებაში 3 დღე, რომლის შემდეგ ტკვილი მოულოდნელად შემიწყდა“ (P250).

ცხრილი 68.

ქიმიოთერაპიის დროს ტკვილის აღმოცენების დრო ტელეფონით გამოკითხვებში

| ტკვილი | 1-3 დღე | 4-7 დღე | 7 დღე და + | სულ |
|-------------|---------|---------|------------|------|
| სიხშირე | 146 | 52 | 1 | 199 |
| პროცენტებში | 73,4% | 26,1% | 0,5% | 100% |

(Chi-Square) = 0.00 p<0.001; წყარო: კვლევის შედეგები.

კვლევით დადგინდა, რომ ქიმიოთერაპიის დროს 199 პაციენტიდან 146-ს (73,4%) ტკვილი დაეწყო 1-3 დღეში, 52 პაციენტს (26.1%) - 4-7 დღეში (Chi-Square) = 0.00 p<0.001; იხ. ცხრილი 68).

ამრიგად, ქიმიოთერაპიის დროს პაციენტთა უმრავლესობას (73.4%) ტკვილი ეწყებათ პირველ დღეებში, ხოლო შემდეგ კლებულობდა, რაც გათვალისწინებული უნდა იყოს. ჯგუფებს შორის შანსთა ფარდობა პასუხისთვის, რამდენ ხანს გრძელდებოდა ტკვილი ქიმიოთერაპიის პროცესში:

„2-3 დღე“ სარწმუნო იყო (OR=1.8, 95%CI – 1.12-2.8, p<0.001);

„1 კვირამდე“ არ იყო სარწმუნო (OR=1.9, 95%CI – 0.97-3.6, p=0.065);

„1 კვირაზე მეტი“ ვერ შეფასდა (I ჯგუფი - 1 პაციენტი - 0.4% vs. II ჯგუფი - არცერთი - 0.0%);

„0 დღისთვის“ - სარწმუნო არ იყო (OR=2.5, 95%CI – 1.6-3.9, p<0.001) (იხ. ცხრილი 69).

ცხრილი 69.

ქიმიოთერაპიის პროცესში ტკვილის ხანგრძლივობა

| ჯგუფი | n; % | პასუხი შეკითხვაზე | | | | სულ |
|--------------|---------|-------------------|---------|-----------|-------|-------|
| | | 1-3 დღე | 4-7 დღე | 1 კვირა + | 0 დღე | |
| ტკვილი - კი | n= | 109 | 44 | 1 | 81 | 235 |
| | % | 46.4 | 18.7 | 0.4 | 34.5 | 66.4 |
| ტკვილი - არა | n= | 39 | 13 | 0 | 67 | 119 |
| | % | 32.8 | 10.9 | 0.0 | 56.3 | 33.6 |
| სულ | n= | 148 | 57 | 1 | 148 | 354 |
| | % | 41.8 | 16.1 | 0.3 | 41.8 | 100.0 |

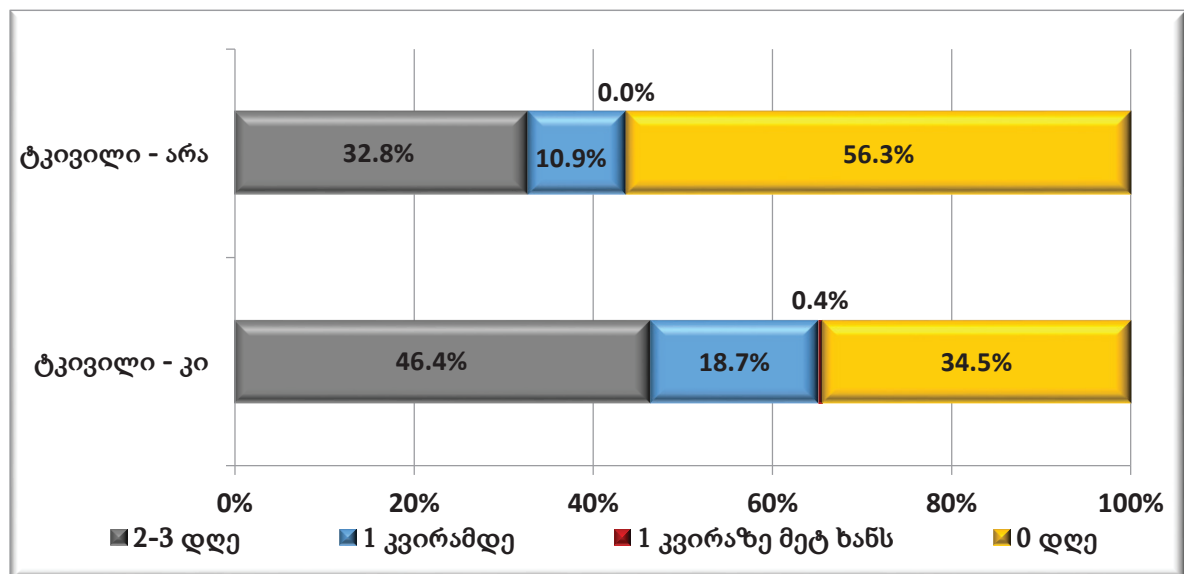
| Test | Test value | p |
|------------------------------|------------|--------|
| Pearson Chi-Square | 16.00 | 0.001 |
| Likelihood Ratio | 16.27 | 0.001 |
| Linear-by-Linear Association | 13.29 | <0.001 |

წყარო: კვლევის შედეგები.

235 ტკვილის მქონე პაციენტიდან ქიმიოთერაპიისას ტკვილი 1-3 დღე ჰქონდა 109 პაციენტს ანუ 46.4%-ს, ქიმიოთერაპიამდე ტკვილის არმქონე 119 პაციენტიდან ტკვილი დაეწყო 52-ს ანუ 43.7%-ს (იხ. ცხრილი 69).

დიაგრამა 42.

ქიმიოთერაპიის პროცესში ტკვილის ხანგრძლივობა



წყარო: კვლევის შედეგები.

შემდგომ ტკვილის სიხშირე მკვეთრად იკლებდა. 81 პაციენტს ანუ 34.5%-ს ქიმიოთერაპიის პროცესში ტკვილი არ ჰქონდა. 235 ტკვილის მქონე პაციენტიდან ტკვილი სხვადასხვა დროით ჰქონდა 154-ს ანუ 65.5%-ს. ამდენად, ქიმიოთერაპიის დაწყებასთან ერთად ტკვილი იწყება 43.7%-ში ($p < 0.001$). ქიმიოთერაპიამდე ტკვილის არ მქონეებში იგი იშვიათია (დიაგრამა 42), თუმცა მცირე დროით მაინც არის ($P < 0.001$).

ონკოლოგიურ პაციენტთა ტელეფონით გამოკითხვით დადგინდა, რომ ვისაც სხივური თერაპია ჰქონდა ჩატარებული (კითხვარში არ ეწერა), განსაკუთრებით გულმკერდის ნაწილის, მათ რადიოთერაპიის დამთავრებიდან 10-15 დღეში დაეწყოთ პირის ღრუს სხვადასხვა გართულება.

ვფიქრობთ, რომ საკითხი საჭიროებს შემდგომ გადრმავებულ კვლევას. მიუხედავად იმისა, რომ კითხვარი სხივური თერაპიის გვერდით ეფექტებს კვლევას არ ეხებოდა, ჩვენ შევძელით თავ-კისრის, უპირატესად ხორხის კიბოს რადიოთერაპიის შემდგომი პერიოდის მცირე ჯგუფში შესწავლა. დადგინდა, რომ სხივური თერაპიის შემდეგ 25 პაციენტიდან 19-ს ანუ 76%-ს ჰქონდა ტკვილი, 10-15 დღეში - 17 პაციენტიდან 13-ს ანუ 76,5%-ს განუვითარდა სტომატიტი, მუკოზიტი, ყლაპვის გამძნელება. დასავლეთის ქვეყნებში სხივური თერაპიის გამო აღმოცენებული ტკვილს დროებით ოპიოიდებით მართავენ (116).

4.4. კიბოს მქონე პაციენტთა გამოკითხვის შედეგები, ტკვილის შესახებ ექიმთან ვიზიტისას (პროსპექტული კვლევა)

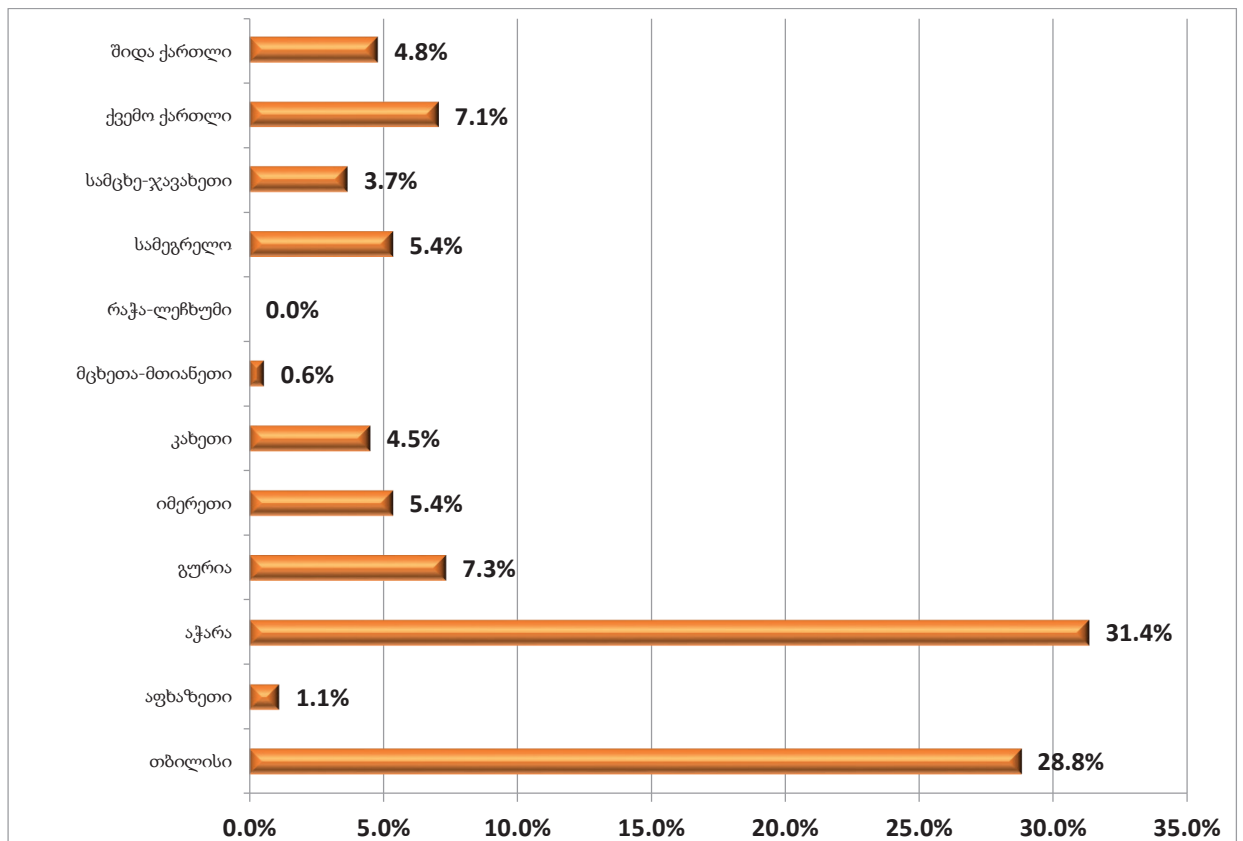
ონკოლოგიურ პაციენტთა რეტროსპექტული კვლევა ასოცირდება პაციენტების მოგონებებთან, რის გამოც გამორიცხული არ არის დაშვებული იყოს გარკვეული უზუსტობები. შესაბამისად, აუცილებელის სამედიცინო ბარათებიდან მიღებული ინფორმაციების გადამოწმება-დაზუსტება. ამ მიზნით, ონკოლოგთან პაციენტების ვიზიტის დროს ზემოთ აღნიშნული საკითხების დასაზუსტებლად, მკურნალობის პროცესში მყოფი პაციენტები გამოიკითხენ სპეციალურად შედგენილი კითხვარი 2-ით (იხ. დანართი 9).

კვლევაში ჩართული 354 ონკოლოგიური პაციენტის საშუალო ასაკი იყო 62.1 წელი. პაციენტების ნაწილს გავლილი ჰქონდა ქირურგიული მკურნალობა, რომლის შემდეგ იტარებდნენ ქიმიო-, იმუნო- ჰორმონო ან სხივურ თერაპიას ცალკე ან კომბინაციაში.

სხვა პაციენტები იტარებდნენ ნეოადიუვანტურ ან პალიატიურ ქიმიო- და სხივურ თერაპიას. კვლევაში ჩართული 354 ონკოლოგიური პაციენტი წარმოადგენდა ქვეყნის თითქმის ყველა რაიონს და რეგიონს (იხ. დიაგრამა 43).

დიაგრამა 43.

ონკოლოგიურ პაციენტთა განაწილება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები.

43-ე დიაგრამაზე ჩანს, რომ პაციენტები წარმოადგენენ ქვეყნის ყველა რეგიონს, თუმცა სხვადასხვა სიხშირით; მათგან, ყველაზე მეტი პაციენტი იყო აჭარიდან - 31.4%, შემდეგ თბილისიდან - 28.8%; აღმოსავლეთ საქართველოდან - 20.7% და დასავლეთ საქართველოდან 19.2%. ამრიგად, პაციენტები წარმოადგენენ ყველა რეგიონს, რის გამოც მიღებული მონაცემები შესაძლებელია განზოგადდეს მთელ ქვეყანაზე.

ონკოლოგიურ პაციენტთა გამოკითხვით დადგინდა, რომ კიბოს მკურნალობის დროს 354 პაციენტიდან ტკვილი ჰქონდა 222 პაციენტს ანუ 62.7%-ს, არ ჰქონდა 132-ს ანუ 37.3%-ს (იხ. ცხრილი 70, დიაგრამა 44); ამრიგად, კიბოს მკურნალობის დროს ტკვილის სიხშირე 1.7-ჯერ მეტია იმ პაციენტებთან შედარებით, ვისაც იგი არ აქვს ($\text{Chi}^2=22.88, p<0.001$).

ცხრილი 70.

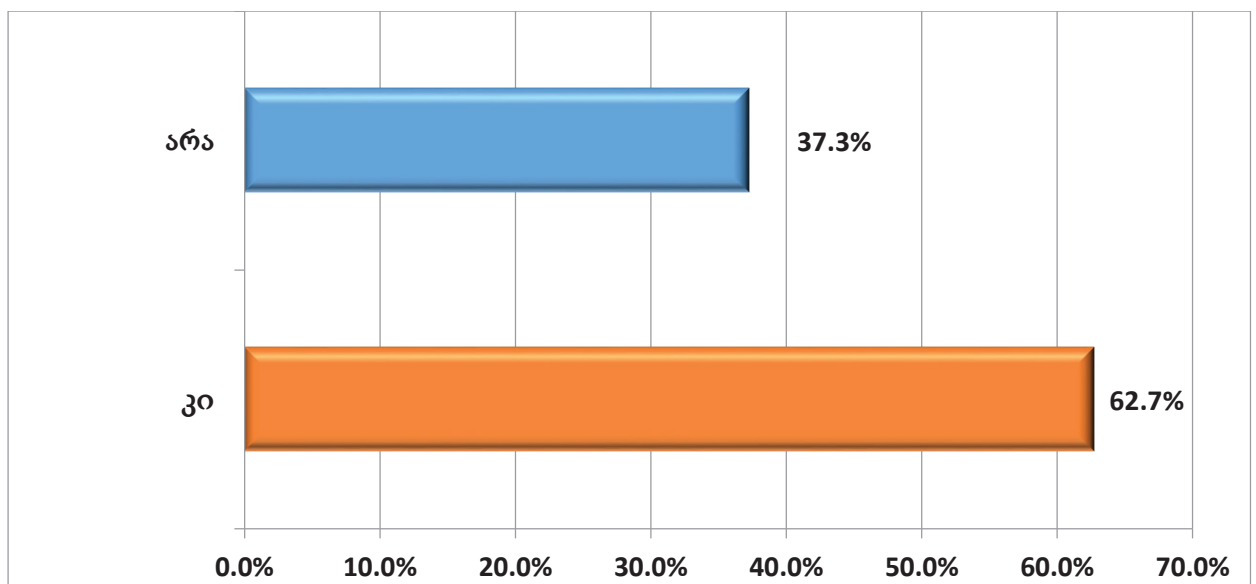
მკურნალობისას კიბოს მქონე პაციენტებში ტკვილის სიხშირე

| ტკვილი | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|--------|------------|------|------------|----------|------------|
| კი | 222 | 62.7 | 177.0 | 45 | 22.88 |
| არა | 132 | 37.3 | 177.0 | -45 | |
| სულ | 354 | 100 | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 44.

მიმდინარე მკურნალობის პროცესში ონკოლოგიური პაციენტთა ტკვილის სიხშირე



წყარო: კვლევის შედეგები.

ამრიგად, ონკოლოგთან ვიზიტის დროს გამოკითხულ ონკოლოგიურ პაციენტებს მკურნალობის პროცესში ტკვილის სიხშირე - 62.7% ($\chi^2=22.88$, $p<0.001$) თითქმის იგივე იყო, რაც ტელეფონით გამოკითხულ პაციენტთა ტკვილის სიხშირის კვლევით - 66.4% (იხ. ცხრილი 45), რომელთა შორის სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება არ იყო გამოვლენილი.

კიბოსმიერი ტკვილის მქონე პაციენტების განაწილება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით სარწმუნო არ იყო - Chi-Square 0.624 (იხ. ცხრილი 71, დიაგრამა 45). ცხრილი 71-დან და დიაგრამა 45-დან ჩანს, რომ ონკოლოგთან ვიზიტისას გამოკითხული კიბოს მქონე პაციენტებიდან ტკვილი ყველაზე ხშირად რეგიონებიდან რეგისტრირდებოდა აჭარაში (23.8%) და ქალაქ თბილისში (21.7%).

ცხრილი 71.

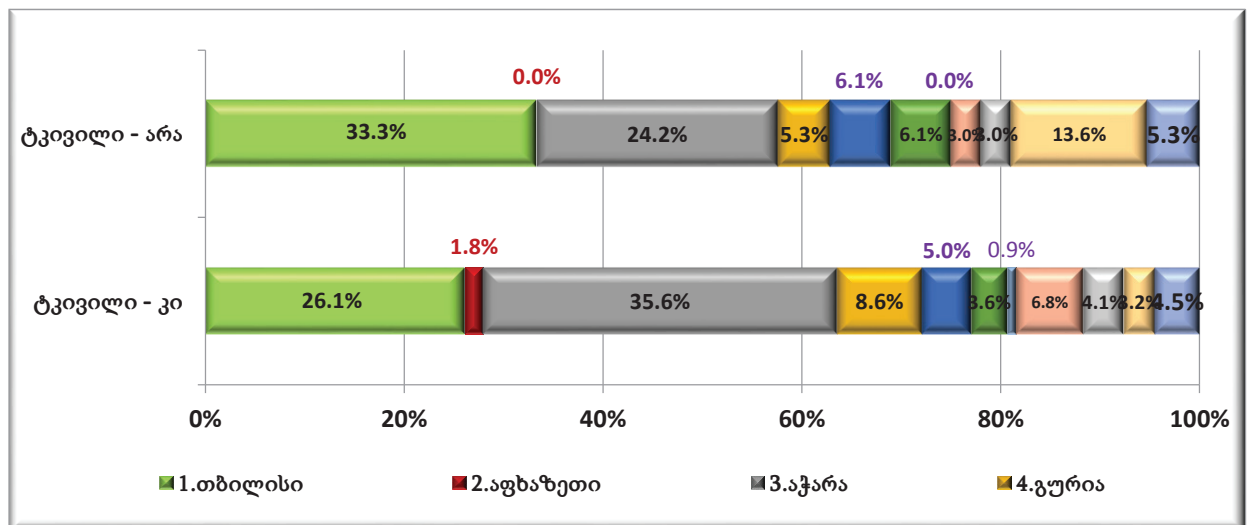
ექიმთან ვიზიტისას პაციენტთა ტკვილის სიხშირე რეგიონების მიხედვით

| რეგიონი | ტკვილი - კი | | ტკვილი - არა | |
|------------------------------|-------------|------------|--------------|------|
| | n= | % | n= | % |
| 1.თბილისი | 51 | 21.7 | 37 | 31.1 |
| 2.აფხაზეთი | 5 | 2.1 | 1 | 0.8 |
| 3.აჭარა | 56 | 23.8 | 20 | 16.8 |
| 4.გურია | 26 | 11.1 | 10 | 8.4 |
| 5.იმერეთი | 13 | 5.5 | 4 | 3.4 |
| 6.კახეთი | 20 | 8.5 | 10 | 8.4 |
| 7.მცხეთა-მთიანეთი | 4 | 1.7 | 3 | 2.5 |
| 8.რაჭა-ლეჩხუმი | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 9.სამეგრელო | 21 | 8.9 | 12 | 10.1 |
| 10.სამცხე-ჯავახეთი | 13 | 5.5 | 6 | 5.0 |
| 11.ქვემო ქართლი | 15 | 6.4 | 11 | 9.2 |
| 12.შიდა ქართლი | 11 | 4.7 | 5 | 4.2 |
| სულ | 235 | 66.4 | 119 | 33.6 |
| Test | Test value | p | | |
| Pearson Chi-Square | 8.05 | 0.624 (NS) | | |
| Likelihood Ratio | 8.16 | 0.614 (NS) | | |
| Linear-by-Linear Association | 0.00 | 0.993 (NS) | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 45.

მკურნალობისას კიბოს მქონე პაციენტთა ტკვილის სიხშირე რეგიონების მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები.

კიბოსმიერი ტკვილის განაწილება ასაკობრივი ჯგუფებით არ იყო სარწმუნო (Chi-Square 0.298), ისე როგორც მათი გამსხვილებით (იხ. დიაგრამა 46). 222 ტკვილის მქონე პაციენტიდან 50 წლამდე იყო 14.4%, 51-60 წლის ასაკში - 23%, 61-70 წლის ასაკში - 41.4%, 70 წლის ზემოთ კი ტკვილი ჰქონდა მხოლოდ - 21.2% (ცხრილი 72)

ცხრილი 72.

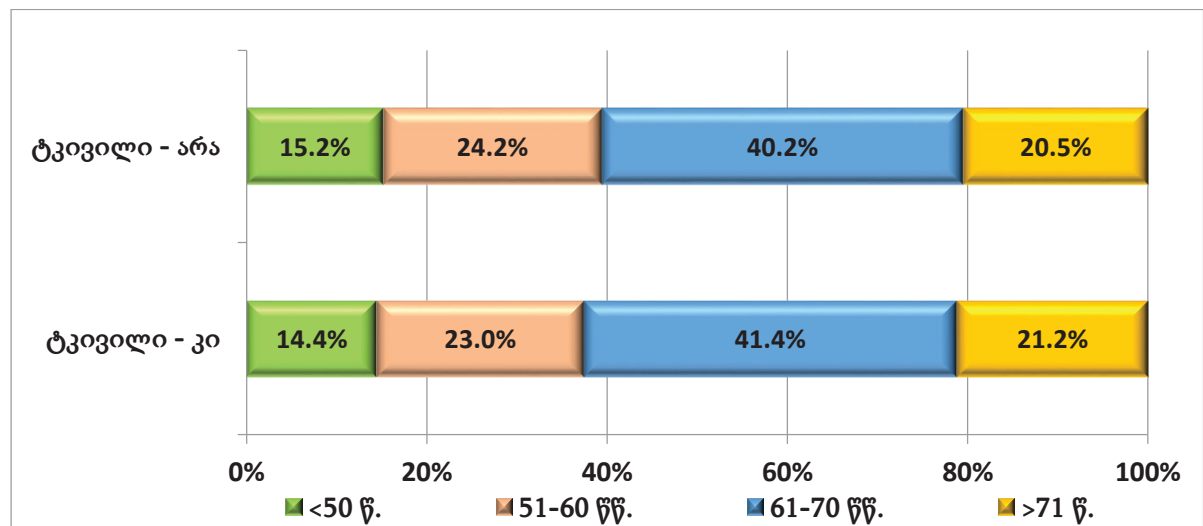
მკურნალობისას ონკოლოგიურ პაციენტთა ტკვილის სიხშირე ასაკობრივ ჯგუფებში

| ასაკი | n, % | <36 წ. | 36- 40 წ. | 41- 45 წწ. | 46- 50 წწ. | 51- 55 წწ. | 56- 60 წწ. | 61- 69 წწ. | 66- 70 წწ. | 71- 75 წწ. | 76- 80 წწ. | >80 წ. | სულ |
|------------------------------|---------|-----------|-----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------|--------------|
| ტკვილი - კი | n= % | 8 3.6 | 3 1.4 | 9 4.1 | 12 5.4 | 20 9.0 | 31 14.0 | 45 20.3 | 47 21.2 | 27 12.2 | 14 6.3 | 6 2.7 | 222 62.7 |
| ტკვილი - არა | n= % | 0 0.0 | 4 3.0 | 4 3.0 | 12 9.1 | 7 5.3 | 25 18.9 | 26 19.7 | 27 20.5 | 18 13.6 | 5 3.8 | 4 3.0 | 132 37.3 |
| სულ | n= % | 8 2.3 | 7 2.0 | 13 3.7 | 24 6.8 | 27 7.7 | 56 15.8 | 71 20.1 | 74 20.9 | 45 12.7 | 19 5.4 | 10 2.8 | 354 100,0 |
| Test | | Test vale | | P | | | | | | | | | |
| Pearson Chi-Square | | 11.80 | | 0.298 (NS) | | | | | | | | | |
| Likelihood Ratio | | 14.52 | | 0.151 (NS) | | | | | | | | | |
| Linear-by-Linear Association | | 0.04 | | 0.842 (NS) | | | | | | | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 46.

მკურნალობისას ონკოლოგიურ პაციენტთა ტკვილის სიხშირე ასაკობრივ ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები.

222 ტკვილის მქონე პაციენტიდან (ცხრილი 73, დიაგრამა 47) ქალი იყო 119 ანუ 51.5%, კაცი - 103 ანუ 48.5% (Chi-Square 15.84; $p < 0.001$). ტკვილის სქესის მიხედვით განაწილებამ აჩვენა, რომ 193 ქალიდან ტკვილი ჰქონდა 103 ქალს (53.4%), ხოლო 161 მამაკაციდან - 119-ს (73.9%). ამრიგად, მამაკაცებში ტკვილის სინდრომის სიხშირე 1.4-ჯერ (73.9% : 53.4%) მეტია, ვიდრე ქალებში ($p < 0.005$).

ცხრილი 73.

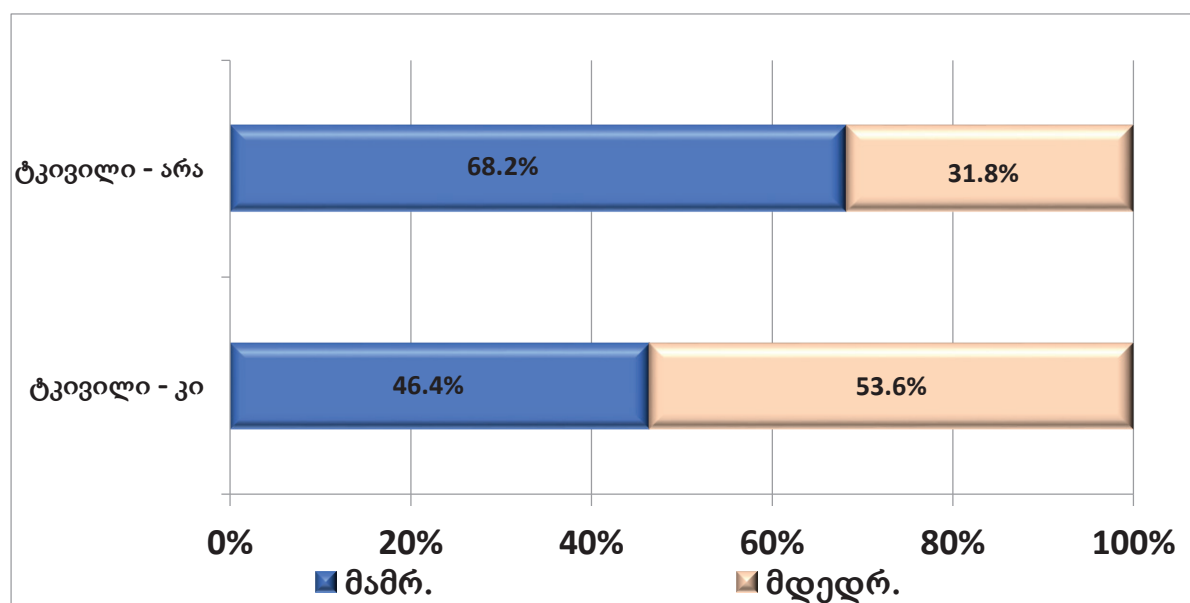
კიბოსმიერი ტკვილის განაწილება სქესის მიხედვით

| ჯგუფი | n; % | სქესი | | |
|------------------------------|------|------------|------------|-------|
| | | მამრობითი | მდედრობითი | სულ |
| ტკვილი - კი | n= | 103 | 119 | 222 |
| | % | 48.5 | 51.5 | 62.7 |
| ტკვილი - არა | n= | 90 | 42 | 132 |
| | % | 68.2 | 26.1 | 37.3 |
| სულ | n= | 193 | 161 | 354 |
| | % | 54.5 | 45.5 | 100.0 |
| Test | | Test value | P | |
| Pearson Chi-Square | | 15.84 | <0.001 | |
| Likelihood Ratio | | 16.12 | <0.001 | |
| Linear-by-Linear Association | | 15.80 | <0.001 | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 47.

კიბოსმიერი ტკვილის განაწილება სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები.

შანსთა ფარდობა ჯგუფებს შორის სარწმუნოა (OR=2.5, 95%CI=1.6-3.9, p<0.001 (მე-2 ჯგუფი - 68.2% vs. 1-ლი ჯგუფი - 46.4%). 1 სტადიაზე ტკვილი ჰქონდა 2.3%-ს, რაც სარწმუნო არ იყო (OR=2.2, 95%CI=0.8-6.2, p=0.124); II სტადიაზე - 10.8%-ს სარწმუნოა (OR=4.1, 95%CI=2.4-7.2, p<0.001; III სტადიაზე - 30.6%-ს არ იყო სარწმუნო (OR=1.5, 95%CI=0.97-2.4, p=0.071). IV სტადიაზე - 56.3%-ს ტკვილის შანსი 6-ჯერ მეტია (OR=5.8, 95%CI = 3.5-9.7, p<0.001) (ცხრილი 74, დიაგრამა 48).

ცხრილი 74.

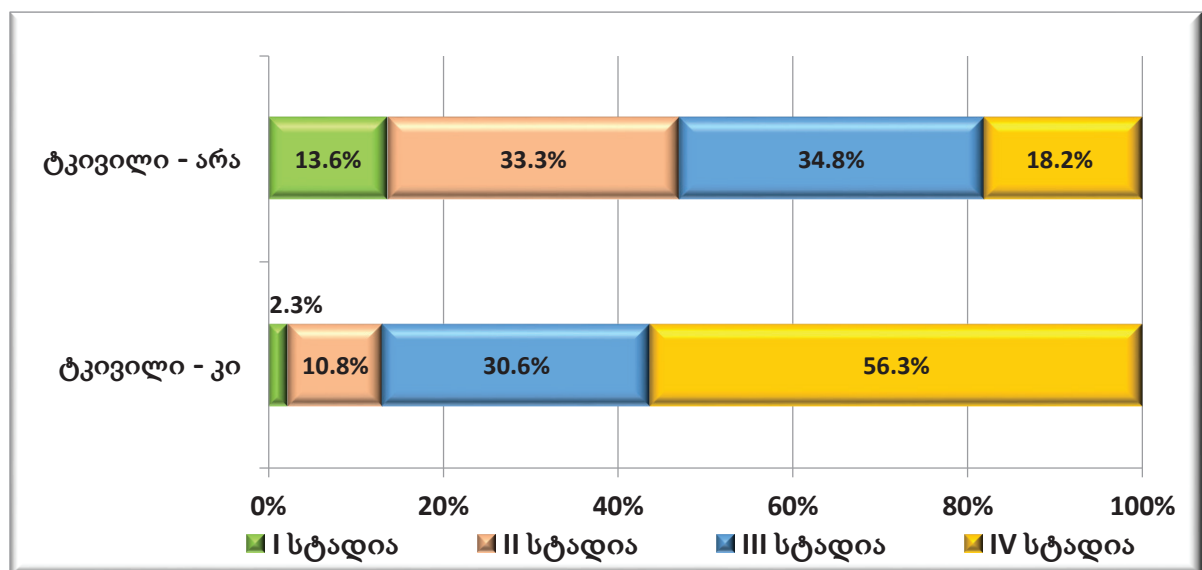
მკურნალობისას კიბოს მქონე პაციენტთა ტკვილის სინდრომი სტადიების მიხედვით

| ჯგუფი | n; % | სტადია | | | | სულ |
|------------------------------|------|------------|------|--------|------|-------|
| | | I | II | III | IV | |
| ტკვილი - კი | n= | 5 | 24 | 68 | 125 | 222 |
| | % | 2.3 | 10.8 | 30.6 | 56.3 | 62.7 |
| ტკვილი - არა | n= | 18 | 44 | 46 | 24 | 132 |
| | % | 13.6 | 33.3 | 34.8 | 18.2 | 37.3 |
| სულ | n= | 23 | 68 | 114 | 149 | 354 |
| | % | 6.5 | 19.2 | 32.2 | 42.1 | 100.0 |
| Test | | Test value | | p | | |
| Pearson Chi-Square | | 67.42 | | <0.001 | | |
| Likelihood Ratio | | 69.91 | | <0.001 | | |
| Linear-by-Linear Association | | 66.55 | | <0.001 | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 48.

მკურნალობისას კიბოს მქონე პაციენტთა ტკვილის სინდრომი სტადიების მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები.

222 ტკვილის მქონე ონკოლოგიურინ პაციენტიდან ტკვილი ადრეულ/შუალედურ სტადიებზე ჰქონდა 97 პაციენტს ანუ 43,7%-ს, ხოლო IV სტადიაზე – 125 პაციენტს ანუ 56,3%-ს (იხ. ცხრილი 75).

ადრეულ/შუალედურ სტადიებზე, ტკვილი ქალებში უფრო ხშირია (50.5%), ვიდრე კაცებში (37.8%), IV სტადიაზე - პირიქით, ტკვილი ხშირია კაცებში (62.2%), ვიდრე ქალებში (49,5%). დადგინდა, რომ კიბოს სტადიურობის ზრდასთან ერთად, იზრდება მკურნალობის პროცესში არსებული ტკვილის სიხშირეც.

ცხრილი 75.

ექიმთან ვიზიტისას გამოკითხული პაციენტების ტკვილის სიხშირე სქესისა და სტადიების მიხედვით

| სქესი | სულ ტკვილი | I-III სტადია აბს.რიცხვი | % | IV სტადია აბს.რიცხვი | % |
|-------|---------------|----------------------------|------|-------------------------|------|
| ქალი | 103/100% | 52 | 50,5 | 51 | 49,5 |
| კაცი | 119/100% | 45 | 37,8 | 74 | 62,2 |
| ჯამი | 222/100% | 97 | 43,7 | 125 | 56,3 |

წყარო: კვლევის შედეგები.

ექიმთან ვიზიტისას (იხ. ცხრილი 76) 354 კიბოს მქონე პაციენტიდან ტკვილი 132-ს ანუ 37.3%-ს არ ჰქონდა. ტკვილის სიძლიერე ხშირი აღმოჩნდა საშუალო სიძლიერის ტკვილის დროს - 118 (33.3%), რომელიც 2-ჯერ მეტია, ვიდრე სხვა რომელიმე. მეორე ადგილზეა სუსტი ტკვილი - 58 პაციენტი (16.4%), მესამეზე - ძლიერი ტკვილი - 46 პაციენტი (13%). ამრიგად, 222 ტკვილის მქონე პაციენტიდან 164-ს (73.9%) ჰქონდა საშუალო და ძლიერი ტკვილი, რომელიც ოპოიდებით მართვას საჭიროებდა, თუმცა მოქმედი რეგულაციების გამო მათმა იგი ვერ მიიღეს.

ცხრილი 76.

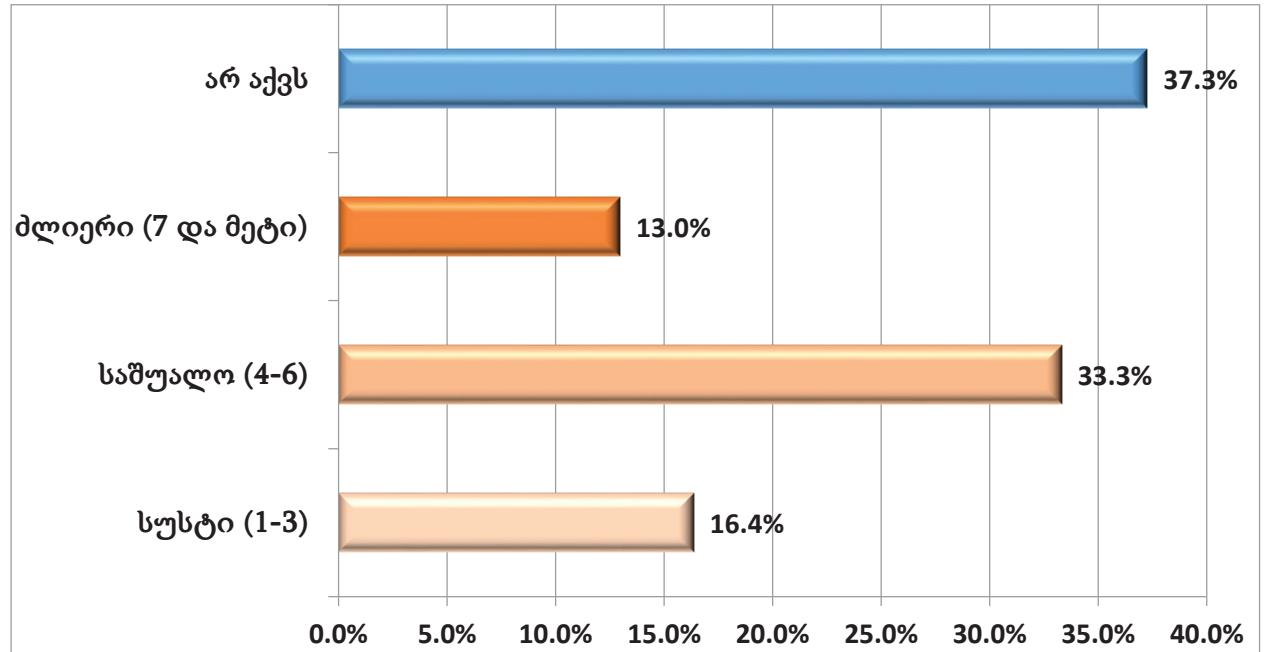
ექიმთან ვიზიტის დროს გამოკითხული პაციენტების ტკვილის სიძლიერის სიხშირე

| ტკვილი სიძლიერე | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|--------------------|------------|------|------------|----------|------------|
| სუსტი (1-3) | 58 | 16.4 | 88.5 | -30.5 | 62.14 |
| საშუალო (4-6) | 118 | 33.3 | 88.5 | 29.5 | |
| ძლიერი (7 და მეტი) | 46 | 13.0 | 88.5 | -42.5 | |
| ტკვილი არ ჰქონდა | 132 | 37.3 | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 49.

მკურნალობისას კიბოს მქონე პაციენტთა ტკვილის სიძლიერე



სულ საშუალო/ძლიერი ტკვილი ჰქონდა 164 პაციენტს (46.3%), რომელიც ჯანმო-ს ტკვილის მართვის სქემით ოპიოიდოთერაპიას საჭიროებდენ (Chi²=62.14, p<0.001). ტკვილის მქონე 103 ქალიდან (იხ. ცხრილი 77) საშუალო სიძლიერის ტკვილი ჰქონდა 47 პაციენტს (45.6%), ხოლო ძლიერი - 25 პაციენტს (24.3%). ქალებში საშუალო და ძლიერი ტკვილი დაუდგინდა 69.9%-ს. მამაკაცებში სიხშირით ყველაზე მეტი იყო საშუალო სიძლიერის ტკვილი - 71 პაციენტი (59.7%), რაც 1.3-ჯერ მეტია, ვიდრე ქალებში. ძლიერი ტკვილი დაუდგინდა 21 (17.6%) მამაკაცს (იხ. ცხრილი 77).

ცხრილი 77.

ონკოლოგთან ვიზიტის დროს ტკვილის სიხშირე და სიძლიერე სქესის მიხედვით

| სქესი | რაოდენობა, % | NRS >4 | NRS =4-6 | NRS ≤7 |
|----------|--------------|----------|-----------|----------|
| ქალი | 103/100 | 31/30.1% | 47/45.6% | 25/24.3 |
| მამაკაცი | 119/100 | 27/22.7% | 71/59.7% | 21/17.6 |
| სულ | 222/100 | 58/26.1% | 118/53.2% | 46/20.7% |

წყარო: კვლევის შედეგები. Chi-Square 62.14; p<0.001

მამაკაცებში საშუალო/ძლიერმა ტკვილებმა სულ შეადგინა 77.3%. ორივე სქესისთვის საშუალო და ძლიერი ტკვილი ჯამურად ჰქონდა 73.9% ანუ ჯანმო-ს ტკვილის

მართვის სქემით მათ ესაჭიროებოდათ ოპიოიდებით მართვა, რაც მოქმედი რეგულაციებით არ შეიძლება.

ონკოლოგთან ვიზიტის დროს პაციენტები გამოიკითხენ მკურნალობის მეთოდებისა და არსებული ტკვილის შესახებაც (იხ. ცხრილი 78, დიაგრამა 50). კიბოს მკურნალობის მეთოდებიდან ტკვილის სინდრომი ყველაზე ხშირი იყო პალიატიური ქიმიოთერაპიის დროს - 34.7%, შემდეგ კი - ნეო/ადიუვანტური ქიმიოთერაპიის დროს - 21.2% და ნეო/ადიუვანტური სხივური და პალიატიური სხივური თერაპიის დროს - 15.3% (Chi-Square 68.05; $p < 0.001$). ნეო/ადიუვანტური ქიმიოთერაპიის დროს ტკვილის შანსი სარწმუნოდ დაბალი იყო (OR=1.9, 95%CI – 1.2-3.1, $p=0.008$ (II ჯგუფი - 37.9% vs. I ჯგუფი - 21.2%), ისე როგორც ნეო-ადიუვანტური სხივური თერაპიის დრო (OR=3.8, 95%CI – 2.3-6.3, $p < 0.001$ (II ჯგუფი - 37.9% vs. I ჯგუფი - 21.2%). პალიატიური ქიმიოთერაპიის დროს სარწმუნოდ იზრდება ტკვილის განვითარების შანსი (OR=4.1, 95%CI – 2.3-7.6, $p < 0.001$ (I ჯგუფი - 34.7% vs. II ჯგუფი - 11.4%);

ცხრილი 78.

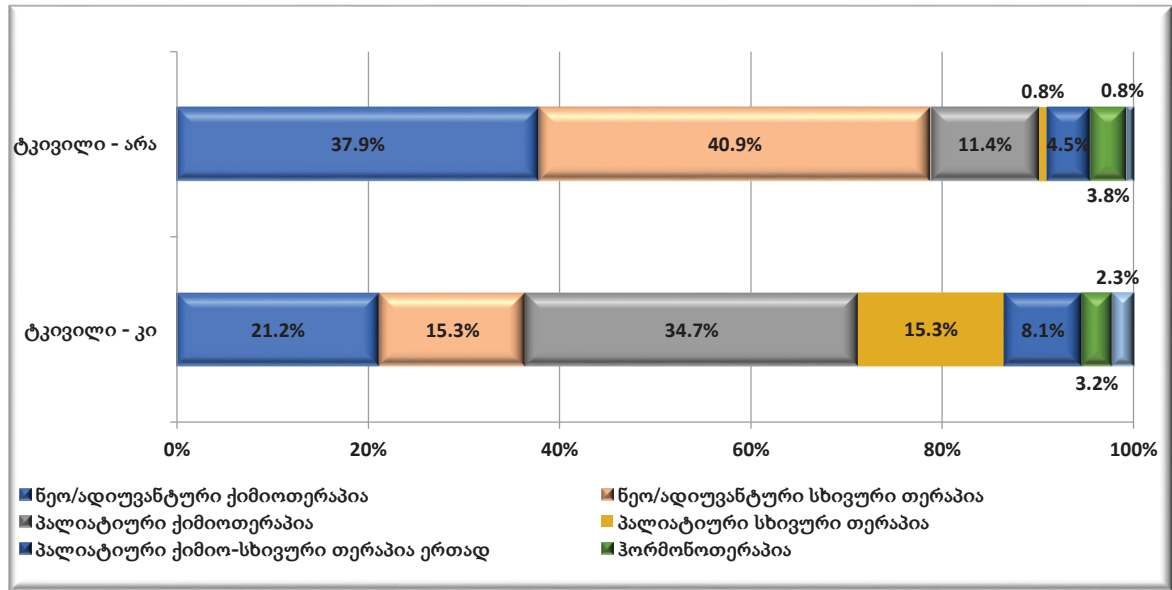
მკურნალობისას კიბოსმიერი ტკვილის სიხშირე მკურნალობის ტიპის მიხედვით

| ჯგუფი | n % | მკურნალობის ტიპი | | | | | | |
|------------------------------|-----|------------------------|-------------------------|------------------|--------------------|--------------------------|----------------|-------------------------------|
| | | ნეო/ადიუვანტური ქიმიო- | ნეო/ადიუვანტური სხივური | პალიატიური ქიმიო | პალიატიური სხივური | პალიატიური ქიმიო-სხივური | ჰორმონოთერაპია | ნეო/ადიუვანტური ქიმიო-სხივური |
| ტკვილი - კი | n | 47 | 34 | 77 | 34 | 18 | 7 | 5 |
| | % | 21.2 | 15.3 | 34.7 | 15.3 | 8.1 | 3.2 | 2.3 |
| ტკვილი - არა | n | 50 | 54 | 15 | 1 | 6 | 5 | 1 |
| | % | 37.9 | 40.9 | 11.4 | 0.8 | 4.5 | 3.8 | 0.8 |
| სულ | n | 97 | 88 | 92 | 35 | 24 | 12 | 6 |
| | % | 27.4 | 24.9 | 26.0 | 9.9 | 6.8 | 3.4 | 1.7 |
| Test | | | Test value | | P | | | |
| Pearson Chi-Square | | | 68.05 | | <0.001 | | | |
| Likelihood Ratio | | | 76.22 | | <0.001 | | | |
| Linear-by-Linear Association | | | 27.76 | | <0.001 | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 50.

კიბოს მქონე პაციენტთა ტკვილის სიხშირე მკურნალობის ტიპის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები.

პალიატიური სხივური თერაპიისას ტკვილი სარწმუნოდ იზრდება (OR=23.7, 95%CI – 3.2-175.3, $p < 0.001$ (I ჯგუფი - 15.3% vs. II ჯგუფი - 0.8%); შერწყმული პალიატიური ქიმიო-სხივური თერაპიისას ტკვილი სარწმუნოდ არ იყო მომატებული (OR=1.9, 95%CI – 0.7-4.8, $p = 0.203$ (I ჯგუფი - 8.1% vs. II ჯგუფი - 4.5%). ჰორმონული და ნეო-ადიუვანტური ქიმიო- და სხივური თერაპიის კომბინაციის შემთხვევაში ტკვილის სიხშირეში განსხვავება არ იყო. ონკოლოგიური პაციენტებისთვის მკურნალობის მეთოდები და ტკვილის სიხშირე წარმოდგენილია დიაგრამაზე 50.

რადიკალური თერაპიის 203 შემთხვევიდან ტკვილი ჰქონდა 93 პაციენტს ანუ 45.8%-ს, 151 პალიატიური თერაპიის მეთოდიდან კი - 129 პაციენტს ანუ 85.4%-ს ჰქონდა.

ცხრილი 79.

ექიმთან ვიზიტისას პაციენტების მკურნალობის მეთოდები და ტკვილის სიხშირე

| მკურნალობის მეთოდი | აბს. რიცხვი, % | ტკვილი % | Chi-square | df | Asymp. Sig. |
|-------------------------------|----------------|----------|------------|----|-------------|
| ნეო/ადიუვანტური ქიმიო | 97/100 | 47/48.5 | 191.72 | 6 | .000 |
| ნეო/ადიუვანტური სხივური | 88/100 | 34/38.6 | | | |
| ნეო/ადიუვანტური ქიმიო-სხივური | 6/100 | 5/100.0 | | | |
| ჰორმონოთერაპია | 12/100 | 7/58.3 | | | |
| რადიკალურის ჯამი | 203/100 | | | | |

| | | |
|--------------------------|---------|----------|
| პალიატიური ქიმიოთერაპია | 92/100 | 77/83.7 |
| პალიატიური რადიოთერაპია | 35/100 | 34/97.1 |
| პალიატიური ქიმიო-სხივური | 24/100 | 18/75 |
| პალიატიურის ჯამი | 151/100 | 129/85.4 |
| სულ | 354/100 | 222/62.7 |

წყარო: კვლევის შედეგები. ტკივილის სიძლიერის % დათვლილია საერთო რიცხვიდან.

ცხრილი 79-დან ჩანს, რომ პალიატიური თერაპიისას ტკივილი 1.9-ჯერ (85.4/45.8=1.9) უფრო ხშირია, ვიდრე რადიკალურის დროს. კიბოს რადიკალური თერაპიის დროს ტკივილი უფრო ხშირია ნეო/ადიუვანტური ქიმიოთერაპიის შემთხვევაში; კერძოდ, 97 პაციენტიდან ტკივილი ჰქონდა 47 პაციენტს ანუ 48%. პალიატიური მკურნალობიდან გამოსაყოფია სხივური თერაპია, რადგან ტკივილი პაციენტთა უმრავლესობას (35-დან 34-ს) დაუდგინდა. ტკივილი ხშირია პალიატიური ქიმიო-სხივური მკურნალობის დროსაც (იხ. ცხრილი 80). სხვადასხვა მეთოდით რადიკალურად ნამკურნალებ 93 პაციენტს ბუნებრივია ტკივილის სიძლიერე განსხვავებული ჰქონდა. კერძოდ, 93 რადიკალურად ნამკურნალები პაციენტიდან - სუსტი ტკივილი ჰქონდა 45.2%-ს, საშუალო სიძლიერის - 43%-ს, ძლიერი ტკივილი - 11.8%-ს აქედან გამომდინარე, საშუალო/ძლიერი ტკივილები, რომლებიც ოპიოიდებით მართვას საჭიროებენ, ჯამში დაუდგინდა პაციენტთა საერთო რაოდენობის 54.8%-ს.

ცხრილი 80.

ექიმთან ვიზიტის დროს პაციენტების ტკივილის სიძლიერე მკურნალობის მიხედვით

| მკურნალობის მეთოდი | ტკივილი % | NRS >4 | NRS =4-6 | NRS ≤7 |
|---------------------------------------|-----------|---------|----------|---------|
| ნეო/ადიუვანტური ქიმიო | 47/100 | 18/38.3 | 19/40.4 | 10/21.3 |
| ნეო/ადიუვანტური სხივური | 34/100 | 23/67.6 | 11/32.4 | - |
| ნეო/ადიუვანტური ქიმიო-სხივური თერაპია | 5/100 | - | 5/100.0 | - |
| ჰორმონოთერაპია | 7/100 | 1/14.3 | 5/71.4 | 1/14.3 |
| რადიკალურის ჯამი | 93/100 | 42/45.2 | 40/43.0 | 11/11.8 |
| პალიატიური ქიმიოთერაპია | 77/100 | 9/11.7 | 52/67.5 | 16/20.8 |
| პალიატიური რადიოთერაპია | 34/100 | 5/14.7 | 18/52.9 | 11/32.4 |
| პალიატიური ქიმიო-სხივური | 18/100 | 2/11.1 | 8/44.4 | 8/44.4 |
| პალიატიურის ჯამი | 129/100 | 16/12.4 | 78/60.5 | 35/27.1 |

წყარო: კვლევის შედეგები.

პალიატიური თერაპიის 129 შემთხვევიდან, 16 პაციენტს ჰქონდა სუსტი ტკვილი ანუ 12.4%-ს, საშუალო სიძლიერის - ყველაზე მეტს - 78-ს ანუ 60.5%-ს, ძლიერი ტკვილი - 35 პაციენტს ანუ 27.1%-ს.

ამრიგად, 129 ტკვილის მქონე პაციენტიდან 94 ჰქონდა საშუალო და ძლიერი ტკვილი ანუ 87.6%-ში, როცა საჭიროა ოპიოიდებითერაპია. პალიატიური მკურნალობის ცალკეული ტიპების მიხედვით საშუალო/ძლიერი ტკვილის შემთხვევები 85.3-დან 88.9%-ის ფარგლებში მერყეობს (იხ. ცხრილი 80).

ექიმთან ვიზიტისას გამოკითხულ პაციენტებში ტკვილის კვლევამ კიბოს ლოკაციების და სისტემების მიხედვით აჩვენა, რომ იგი ყველაზე ხშირია ფილტვების (92.5%), კუჭ-ნაწლავის ტრაქტისა (78.5%) და შარდ-სასქესო ორგანოების კიბოს დროს (იხ.ცხრილი 81). საშუალო ტკვილის სიძლიერე სხვადასხვა ლოკაციების კიბოს დროს ასევე ყველაზე ხშირია ფილტვის, შარდ-სასქესო და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კიბოს დროს, ძლიერი ტკვილი - ძუძუს (36.1%) კიბოს შემთხვევაში.

ცხრილი 81.

ექიმთან ვიზიტისას პაციენტების ტკვილის სიხშირე კიბოს ლოკაციების მიხედვით

| ლოკაცია | სულ | ტკვილი | NRS >4 | NRS 4-6 | NRS ≤7 | საშუალო ძლიერი |
|---------------|---------|-----------|----------|-----------|----------|-------------------|
| თავისა/კისრის | 44/100% | 20/45.5% | 12/60% | 6/30% | 2/10% | 8/38.1% |
| ფილტვები | 42/100% | 39/92.5% | 2/5.1% | 29/74.4% | 8/20.5% | 37/94.9% |
| ძუძუ | 85/100% | 36/42.4% | 7/19.4% | 16/44,4% | 13/36.1% | 29/80.6% |
| გენიტალია | 61/100% | 38/62.3% | 14/36.8% | 16/42.1% | 8/21.1% | 24/63.2% |
| კუჭ-ნაწლავი | 65/100% | 51/78.5% | 13/25.5% | 31/60.8% | 7/13.7% | 38/74.5% |
| შარდ/სასქესო | 25/100% | 19/76.0% | 1/5.3% | 14/73.7% | 4/21.1% | 18/94.7% |
| კანი/მელანომა | 19/100% | 11/64.7% | 7/63.6% | 2/18.2% | 2/18.2 | 4/36.4% |
| სისხლმზადი | 5/100% | 2/40% | 1/50% | 1/50% | - | 1/50% |
| სარკომა | 4/100% | 3/75 | 1/33.3% | 2/66.7% | - | 2/66.7% |
| უცნობი | 4/100% | 3/75% | - | 1/33.3% | 2/66.7% | 3/100% |
| სულ | 354/100 | 222/62.7% | 58/26.1% | 118/53.2% | 46/20.7% | 164/73.9 |

წყარო: კვლევის შედეგები.

ცხრილი 82.

ექიმთან ვიზიტისას ტკვილის კუპირებისთვის დანიშნული პრეპარატები

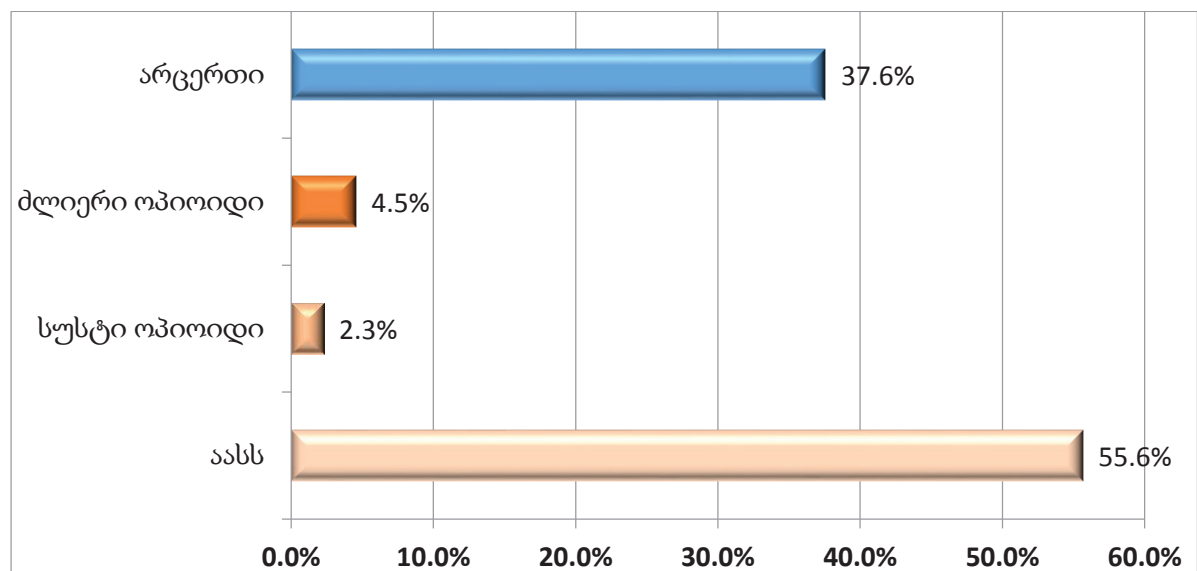
| დანიშნულება | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|----------------|------------|------|------------|----------|------------|
| აასს | 197 | 55.6 | 88.5 | 108.5 | 288.01 |
| სუსტი ოპიოიდი | 8 | 2.3 | 88.5 | -80.5 | |
| ძლიერი ოპიოიდი | 16 | 4.5 | 88.5 | -72.5 | |
| არცერთი | 133 | 37.6 | 88.5 | 44.5 | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

82-ე ცხრილიდან თვალნათლივ ჩანს, რომ საშუალო და ძლიერი ტკვილი ყველაზე ხშირი იყო ძუძუს, ფილტვისა და შარდ-სასქესო სისტემის ორგანოების ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს, როდესაც ტკვილის სიხშირე 80.6-დან 94.9%-ის ფარგლებში მერყეობს. ტკვილის კუპირებისთვის ექიმები ყველაზე ხშირად ნიშნავდნ აასს - 197 (55.6%), რომელიც სუსტი ტკვილისას ინიშნება, თუმცა დანიშნული აასს ბევრად ჭარბობს მის საჭიროებას (იხ. ცხრილი 82).

დიაგრამა 51.

ონკოლოგიური პაციენტების ტკვილის მართვისთვის დანიშნული პრეპარატები



წყარო: კვლევის შედეგები.

აღნიშნული იყო (იხ. ცხრილი 77) რომ 222 ტკვილის მქონე პაციენტიდან საშუალო და ძლიერი ტკვილი ჰქონდა 164 პაციენტს, რომლებიც ჯანმო-ს ტკვილის მართვის სქემით ოპიოიდებს საჭიროებოდნ, თუმცა იგი მხოლოდ 18 პაციენტს ანუ 6.8%-ს

დაენიშნა. შედეგად მიღებული იქნა მკურნალობის დაბალი ეფექტიანობა (იხ. ცხრილი 83, დიაგრამა 52)

ცხრილი 83.

კიბოს მქონე პაციენტთა ტკვილის მართვისთვის დანიშნული წამლების ეფექტიანობა

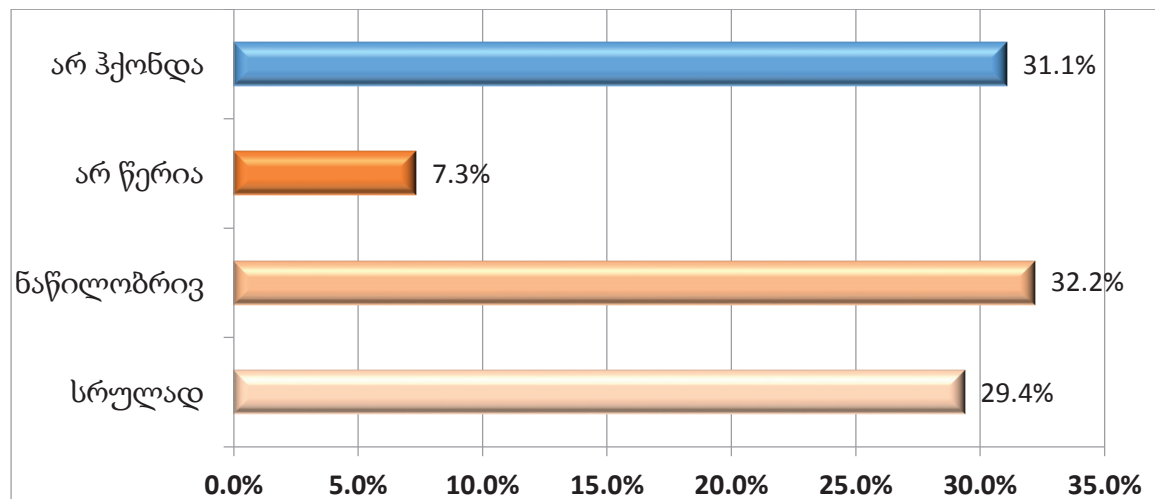
| ტკვილი მოხსნა | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|----------------|------------|------|------------|----------|------------|
| სრულად | 104 | 29.4 | 88.5 | 15.5 | 59.42 |
| ნაწილობრივ | 114 | 32.2 | 88.5 | 25.5 | |
| უცნობია | 26 | 7.3 | 88.5 | -62.5 | |
| ტკვილი არ აქვს | 110 | 31.1 | 88.5 | 21.5 | |
| სულ | 354 | 100 | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

ცხრილი 83-დან ჩანს, რომ ტკვილი სრულად მოხსნა 104 პაციენტს ანუ შემთხვევათა 29.4%-ს, ხოლო ნაწილობრივ 114 პაციენტს ანუ 32,2%-ს ($\chi^2=59.42$, $p<0.001$).

დიაგრამა 52.

გამოკითხული ონკოლოგიური პაციენტების ტკვილის მოხსნის ხარისხი



წყარო: კვლევის შედეგები.

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის დროს კიბოსმიერი ტკვილის მოხსნის მიზნით დანიშნული წამლებით მიღებული შედეგების ჯგუფებს შორის განაწილება სარწმუნო იყო. სარწმუნოდ სჭარბობენ სრულად ან ნაწილობრივ ტკვილმოხსნილი პაციენტები, ასევე ისინი, რომელთაც ტკვილი არ ჰქონდათ. თუ ტკვილის მართვის მიზნით დანიშნული მედიკამენტების ეფექტურობას განვიხილავთ, მივიღებთ

ნეგატიურ სურათს. კერძოდ, 222 ტკვილის მქონე პაციენტიდან ტკვილი სრულად მოეხსნა 104 პაციენტს ანუ 46.8%-ს, რაც გაცილებით მეტია, ვიდრე ტელეფონით გამოკითხული პაციენტების დროს - 30%-მდე, მაგრამ ძალზედ ბევრია იმ ადამიანთა რაოდენობა - 118 ანუ 53.2%, რომლებსაც ტკვილი ნაწილობრივ მოეხსნათ ($\chi^2=59.42$, $p<0.001$) და ამით ცხოვრების ხარისხი გაუარესდათ. ტკვილის მართვისთვის დანიშნული წამლების ადეკვატურობისა და ეფექტიანობის დასადგენად გაანგარიშდა ტკვილის მართვის ინდექსი (ტმი, PMI); დადგინდა, რომ კიბოს 222 ტკვილის მქონე პაციენტიდან სუსტი ტკვილის დროს ტკვილის მართვის ინდექსი იყო 100% (58 პაციენტი), საშუალო ტკვილისას ტმი - 6.8%-ში (118 პაციენტი), ძლიერი ტკვილისას ტმი იყო 34.8%-ში (46 პაციენტი). 222 კიბოსმიერი ტკვილის მქონე პაციენტისთვის ტკვილის მართვის ინდექსი დადებითი იყო 36.9%-ში, რაც 7.6%-ით მეტია, ვიდრე ტელეფონით გამოკითხულ პაციენტებს ჰქონდათ (29.3%).

რეტროსპექტული და პროსპექტულ კვლევის მონაცემთა გაერთიანებით 708 კიბოს მქონე პაციენტიდან ტკვილი აღენიშნა 457 (64.6%) პაციენტს. მათგან 338-ს (73,9%) საშუალო და ძლიერი ტკვილი ჰქონდათ, რომლებიც ჯანმო-ს ტკვილის მართვის სამსაფეხურიანი სქემით ოპიოიდებით მართვას საჭიროებდნენ, თუმცა იგი მხოლოდ 59 (17.4%) პაციენტს დაენიშნა. 279 ტკვილის მქონე პაციენტი კი დახმარების გარეშე დარჩა, რადგან II კლინიკურ ჯგუფში შემავალი პაციენტებისთვის (ვინც მკურნალობს) მოქმედი რეგულაციით არ შეიძლება ოპიოიდების დანიშვნა. ამდენად, თუ პაციენტს კიბოს მკურნალობის დროს დაეწყო საშუალო/ძლიერი ტკვილი იგი მზად უნდა იყოს ტანჯვა-წამებისთვის. ამის შესახებ აცხადებს 63 წლის პაციენტი, რომელსაც ტკვილი ქიმიოთერაპიის დროს დაეწყო. „დანიშნული გამაყუჩებლები ტკვილის მოსახსნელად უშედეგო იყო, იძულებული გავხდი მეცადა სხვა საშუალებებიც, მათ შორის ბალახის ნაყენები, ექთნების ნარჩევი წამლის კოქტეილები, სპაზმოლიტიკები, ექიმბაშების წამლები, პლანი და სხვა, თუმცა შედეგს ვერ მიაღწია (P104). მსგავსი ჩვილები აღწერა მამაკაცმა ადიუვანტური ქიმიოთერაპიის ბოლოს, როცა დაეწყო ტკვილები: "ვიყავი გაუსაძლის მდგომარეობაში, არ მეძინა, ადგილს ვერ ვპოულობდი, არ ვჭამდი, არავინ არ მინდოდა... ვიღებდი ექიმის დანიშნულ წამალებს, მაგრამ უშედეგოდ, გამოვცადე ყველაფერი, რაც აფთიაქში ან ახლობლებმა მირჩიეს..... ბოლოს მეზობლის ბიჭმა მომცა თავისი გაკეთებული სიგარეტი, რომელმაც ცოტა შვება მომცა... მერე გამიარა“ (P210). ზოგიერთი პაციენტის თქმით, ექიმები უარს ეუბნებოდნენ ანალგეტიკების დანიშვნაზე (პ13) და ურჩევდნენ, რომ გაემლოთ ტკვილისთვის. "ჩემმა ექიმმა გამაყუჩებელი არ

დამინიშნა, მითხრა, ტკვილს უნდა გაუძლო. ექიმს ვუთხარი, რომ მტკივა, მითხრა, რომ ტკივლს გაუძელი. მას შემდეგ, რაც ეს ვად ვარ „მგონი არ არის ისეთი ტკივილი, რომელიც არ განმიცდია" (P2).

4.5. პაციენტებთან ასოცირებული კიბოსმიერი ტკვილის მართვის ბარიერები

ონკოლოგთან ვიზიტის დროს გამოკითხული კიბოს მქონე 354 პაციენტიდან 222 ტკვილის მქონეს დანიშნული ანალგეზიური თერაპიით ტკვილის მართვის ინდექსი ჰქონდა მხოლოდ 36.9%. ბუნებრივად ისმება კითხვა, რა იყო ტკვილის მართვის დაბალი ეფექტიანობის მიზეზი: პაციენტები, ექიმები, კანონმდებლები თუ ყველა ერთად. ამიტომ, გამოკვლეული იყო სამივე ფაქტორი. პირველ რიგში გამოკითხენ პაციენტები. ყველაზე მნიშვნელოვანი იყო იმის გარკვევა, თუ რამდენად გულწრფელად პასუხობენ პაციენტები ექიმებს ტკვილის შესახებ. კვლევაში ჩართულ კიბოს მქონე პაციენტს გამოკითხვის დროს დაესვათ კითხვა - აცნობეთ თუ არა თქვენს ექიმს ტკვილის შესახებ?

ცხრილი 84.

ონკოლოგიური პაციენტების მიერ ტკვილის შესახებ ექიმთა ინფორმირების სიხშირე

| უპასუხეთ თუ არა ექიმს ტკვილის შესახებ | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|---------------------------------------|------------|-------|------------|----------|--------------------|
| კი | 159 | 44.9 | 118.0 | 41 | 21.88 p =0.0001 |
| არა | 103 | 29.1 | 118.0 | -15 | |
| არ მქონდა | 92 | 26.0 | 118.0 | -26 | |
| სულ | 354 | 100.0 | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

კიბოს მკურნალობის დროს 354 პაციენტიდან ონკოლოგს ტკვილზე პასუხი (იხ. ცხრილი 84) გასცა 159-მა (44.9%), რაშიც იგულისხმებოდა, რომ პაციენტს ტკვილი ჰქონდა თუ არა. ტკვილის მქონე 103 პაციენტმა (29.1%) ექიმს არ აცნობა ტკვილის შესახებ (Chi-Square 21.88, p<0.0001). 235 ტკვილის მქონე პაციენტიდან ონკოლოგს ტკვილის არ აცნობა (იხ. ცხრილი 85) 79-მა ანუ შემთხვევათა 33.6%-მა (Chi-Square 258.32, p<0.001), ხოლო ტკვილის არსებობა ონკოლოგს დაუდასტურა 156 პაციენტმა ანუ 66.4%-მა (იხ. დიაგრამა 53).

ცხრილი 85.

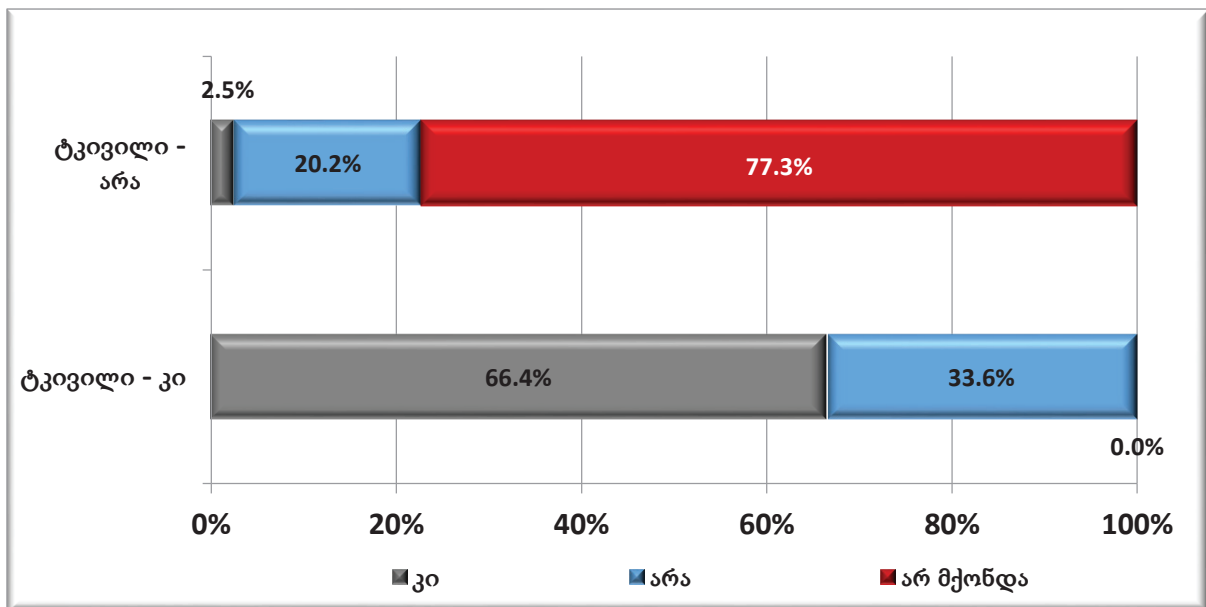
ტკვილის მქონე პაციენტების მიერ ექიმისთვის ტკვილის შესახებ ინფორმაციების სიხშირე (ტელეფონით გამოკითხვებში)

| ჯგუფი | n; % | ტკვილის არსებობა | | | სულ |
|------------------------------|------|------------------|------|-----------|-------|
| | | კი | არა | არ მქონდა | |
| ტკვილი - კი | n= | 156 | 79 | 0 | 235 |
| | % | 66.4 | 33.6 | 0.0 | 66.4 |
| ტკვილი - არა | n= | 3 | 24 | 92 | 119 |
| | % | 2.5 | 20.2 | 77.3 | 33.6 |
| სულ | n= | 159 | 103 | 92 | 354 |
| | % | 44.9 | 29.1 | 26.0 | 100.0 |
| Test | | Test value | | p | |
| Pearson Chi-Square | | 258.32 | | <0.001 | |
| Likelihood Ratio | | 310.43 | | <0.001 | |
| Linear-by-Linear Association | | 233.20 | | <0.001 | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 53.

ტკვილის მქონე პაციენტების მიერ ექიმთა ინფორმირების სიხშირე ტკვილის შესახებ



წყარო: კვლევის შედეგები.

შანსი იმისა, რომ 235 ტკვილის მქონე პაციენტმა ექიმს აცნობოს ტკვილი 15,8-ჯერ აღმატება იმათ, რომლებმაც არ აცნობეს ექიმს (OR=15.8, 95%CI – 4.6-54.1; p<0.001). ამრიგად, ბარათებში ექიმების მიერ ტკვილის არასრულ რეგისტრაციაში პაციენტთა

წილად მოდის 33.6% ($p < 0.001$), რაც საყურადღებო ბარიერია. მოყვანილი პასუხებიდან გაურკვეველი იყო თუ ვისი ინიციატივით მოხდა ტკვილის შესახებ ინფორმირება. პაციენტებს დავუსვით კითხვა: რატომ არ უთხარით ექიმს ტკვილის შესახებ?

ცხრილი 86.

პაციენტების არგუმენტები, რის გამოც ექიმებს არ ატყობინებდნენ ტკვილის შესახებ

| უთხარით თუ არა ექიმს ტკვილის შესახებ | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|--------------------------------------|------------|-------|------------|----------|------------|
| ძალიან არ მტკიოდა | 58 | 16.4 | 59.0 | -1 | 128.61 |
| ექიმს არ უკითხავს | 20 | 5.6 | 59.0 | -39 | |
| მკურნალობას გადადებდნენ | 18 | 5.1 | 59.0 | -41 | |
| ტკვილს ვუძღვებდი | 109 | 30.8 | 59.0 | 50 | |
| ვუთხარი | 48 | 13.6 | 59.0 | -11 | |
| არ მტკიოდა | 101 | 28.5 | 59.0 | 42 | |
| სულ | 354 | 100.0 | 59.0 | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

58 (16.4%) პაციენტმა ექიმს ტკვილის შესახებ არ აცნობა, რადგან „ძალიან არ მტკიოდა“; 20 (5.6%-მა - „ექიმმა არ კითხა“, 18-მა (5.1%) - იმის შიშით, რომ არ გადაედოთ მკურნალობა. 109-მა (30.8%) „ტკვილს უძღვებდა“. თავისი ინიციატივით ექიმს ტკვილი აცნობა მხოლოდ 48 პაციენტმა ანუ 13.6%-მა (Chi-Square 128.61; $p < 0.001$; იხ. ცხრილი 86).

ცხრილი 87.

კიბოსმიერი ტკვილის მქონე პაციენტების მიზეზები, რომლის გამოც პაციენტებმა ექიმს არ აცნობეს ტკვილის შესახებ

| ჯგუფი | n; % | არგუმენტები | | | | | | სულ |
|--------------|---------|------------------|------------------|----------------------|---------|---------|----------|-------|
| | | ძალიან არ მტკივა | ექიმმა არ მკითხა | თერაპიას გადადებდნენ | ვუძღვებ | ვუთხარი | არ მაქვს | |
| ტკვილი - კი | n= | 53 | 17 | 16 | 109 | 40 | 0 | 235 |
| | % | 22.6 | 7.2 | 6.8 | 46.4 | 17.0 | 0.0 | 100.0 |
| ტკვილი - არა | n= | 5 | 3 | 2 | 0 | 8 | 101 | 119 |
| | % | 4.2 | 2.5 | 1.7 | 0.0 | 6.7 | 84.9 | 100.0 |
| სულ | n= | 58 | 20 | 18 | 109 | 48 | 101 | 354 |
| | % | 16.4 | 5.7 | 5.1 | 30.8 | 13.6 | 28.5 | 100.0 |

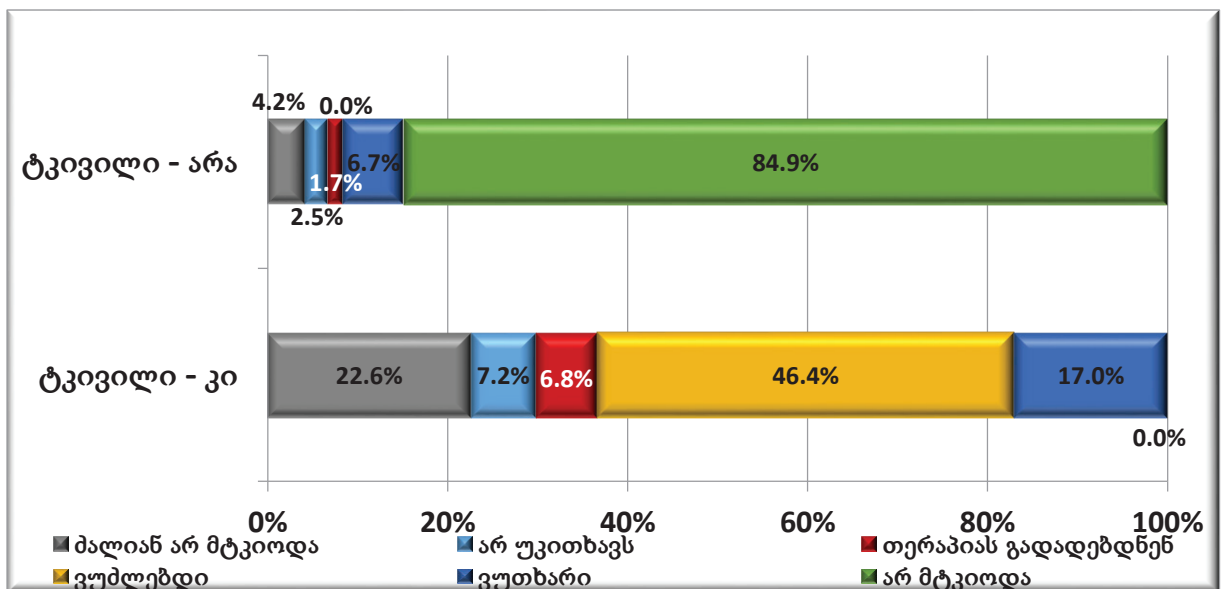
| Test | Test value | P |
|------------------------------|------------|--------|
| Pearson Chi-Square | 284.26 | <0.001 |
| Likelihood Ratio | 345.24 | <0.001 |
| Linear-by-Linear Association | 136.60 | <0.001 |

წყარო: კვლევის შედეგები.

ტკვილის მქონე 235 პაციენტიდან 53 (22.6%)-მა ტკვილი ექიმს არ აცნობა იმიტომ, რომ „ძალიან არ ტკიოდა“, 17-მა (7.2%) - „ექიმმა არ შეეკითხა“, 16-ს (6.8%) შეეშინდა „მკურნალობის გადადების“, 109 (46.4%) - „ტკვილს უძლებდა“. „ძალიან არ მტკიოდა“ სარწმუნოა (OR=6.6, 95%CI=2.6-17.1, p<0.001 (1 ჯგუფი 22.6% vs. 2 ჯგუფი - 4.2%). „ვუთხარი“ ასევე სარწმუნოა (OR=2.9, 95%CI=1.3-6.3, p=0.010 (1 ჯგუფი - 17.0% vs. 2 ჯგუფი - 6.7%). სარწმუნოების ზღვართან იყო (p=0.057) „მკურნალობას გადადებდნენ“ (OR=4.3, 95%CI=0.97-18.9 (1 ჯგუფი - 6.8% vs. 2 ჯგუფი - 1.7%). სარწმუნოების ზღვართან არის (p=0.086 „ექიმს არ უკითხავს“ (OR=3.0, 95%CI = 0.87-10.5 (1 ჯგუფი - 7.2% vs. 2 ჯგუფი - 2.5%). „ვუძლებდი“ სარწმუნოა (n=109, 46.4%) (დიაგრამა 54).

დიაგრამა 54.

ტკვილის მქონე პაციენტების მიზეზები ექიმებისთვის ტკვილის არ შეტყობინების შესახებ



წყარო: კვლევის შედეგები.

235 პაციენტიდან ექიმს ტკვილის შესახებ თავისი ნებით აცნობა 40 (17%) პაციენტმა (p<0.001), 83%-ს სურვილი არ ჰქონდა, რადგან მათვის ცნობილი არ იყო ტკვილის მართვის ეფექტიანობა, რაც დადასტურდა პაციენტთა პასუხებით ტკვილის

გამხელის შესახებ. ამიტომ, კიბოსმიერი ტკვილის მქონე ყველა პაციენტს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია ტკვილის მართვის ეფექტიანობის შესახებ.

ცხრილი 88.

პაციენტების პასუხები კითხვაზე - ამჟამად, ტკვილს თუ მკურნალობთ

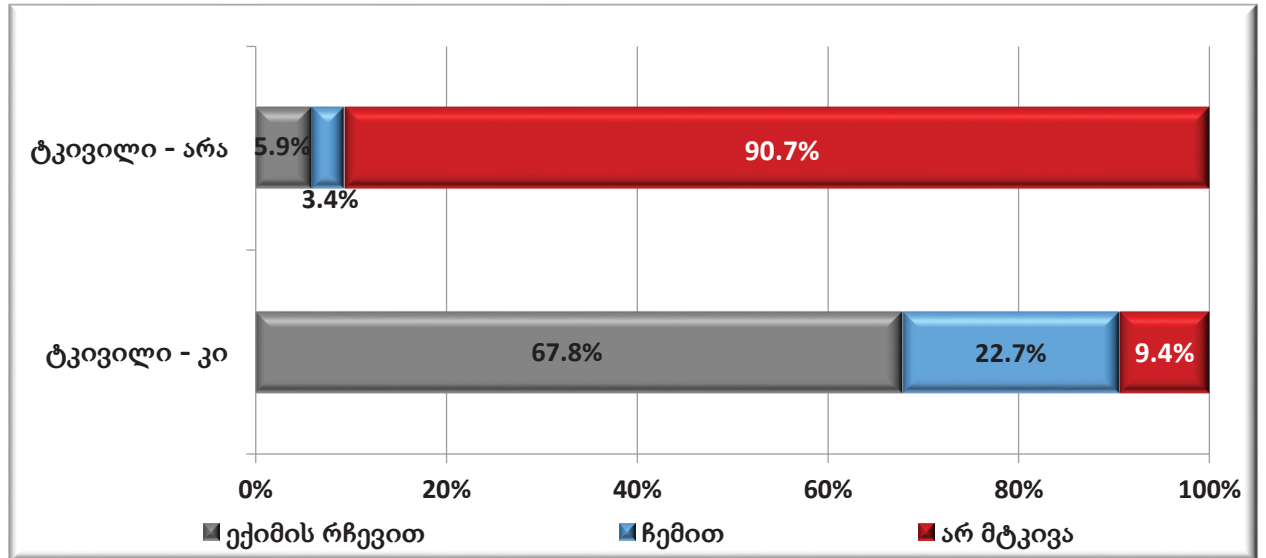
| ჯგუფი | n; % | ვისი რჩევით მკურნალობთ | | | სულ |
|------------------------------|------|------------------------|--------|-----------|-------|
| | | ექიმის რჩევით | ჩემით | არ მტკივა | |
| ტკვილი - კი | n= | 158 | 53 | 22 | 235 |
| | % | 67.8 | 22.7 | 9.4 | 100.0 |
| ტკვილი - არა | n= | 7 | 4 | 107 | 119 |
| | % | 5.9 | 3.4 | 90.7 | 100.0 |
| სულ | n= | 165 | 99 | 29 | 354 |
| | % | 47.0 | 16.2 | 36.8 | 100.0 |
| Test | | Test value | P | | |
| Pearson Chi-Square | | 223.28 | <0.001 | | |
| Likelihood Ratio | | 244.51 | <0.001 | | |
| Linear-by-Linear Association | | 179.95 | <0.001 | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

პაციენტთა გამოკითხვის მომენტისთვის 235 პაციენტიდან 22-ს ანუ 9.4%-ს არ ჰქონდა ტკვილი (იხ. ცხრილი 88). პაციენტთა უმრავლესობა - 90% მკურნალობის შემდეგ კვლავ აგრძელებდა ტკვილის გაყურებას სხვადასხვა საშუალებებით. კერძოდ, კიბოს მკურნალობის პროცესში ტკვილის მქონე 235 პაციენტთა ძირითადი ნაწილი - 158 ანუ 67.8% აგრძელებდა ტკვილის მართვას ექიმის რჩევის შესაბამისად, 53 პაციენტი ანუ 22.7% ეწეოდა თვითმკურნალობას, 9.4%-ს ტკვილი აღარ ჰქონდა (Chi-Square 223.28; $p < 0.001$). შანსთა ფარდობა ჯგუფებს შორის პასუხისათვის „ექიმის რჩევით“ სარწმუნოა (OR=32.8, 95%CI-14.6-73.9, $p < 0.001$ (1-ლი ჯგუფი - 67.8% vs. მე-2 ჯგუფი - 5.9%); „ჩემით“ სარწმუნოა (OR=19.3, 95%CI-6.7-55.5, $p < 0.001$ (1-ლი ჯგუფი - 22.7% vs. მე-2 ჯგუფი - 3.4%); „არ მტკივა“ სარწმუნოა (OR=86.3, 95%CI-41.2-181.1, $p < 0.001$ (მე-2 ჯგუფი - 90.7% vs. 1-ლი ჯგუფი - 9.4%). პაციენტთა დამოკიდებულება ტკვილის მართვისადმი ასახული დიაგრამაზე 55.

დიაგრამა 55.

ონკოლოგიურ პაციენტთა პასუხების განაწილება კითხვაზე - ამჟამად, ტკვილს მკურნალობთ თუ არა



წყარო: კვლევის შედეგები.

მკურნალობის შემდგომ 235 ტკვილის მქონე პაციენტიდან 37 ანუ 5.7% იტარებდა თვითმკურნალობას (Chi-Square 191.17; $p < 0.001$) რაც სარწმუნოა (ცხრილი 89).
ცხრილი 89.

ონკოლოგიურ პაციენტთა პასუხი კითხვაზე, თუ რა რატომ არ მართავენ ტკვილს

| ჯგუფი | n; % | პასუხი შეკითხვაზე | | | | | სულ |
|------------------------------|-----------------|-------------------|----------------------------|--------|------------|-----------|-----|
| | | ძალიან არ მტკივა | გავიკეთებ ძლიერი ტკვილისას | ვუძლებ | ვმკურნალობ | არ მტკივა | |
| ტკვილი - კი | n= 15 % 6.4 | 15 | 20 | 2 | 192 | 6 | 235 |
| ტკვილი - არა | n= 0 % 0.0 | 0 | 79 | 0 | 17 | 23 | 119 |
| სულ | n= 15 % 4.24 | 15 | 99 | 2 | 209 | 29 | 354 |
| Test | | Test value | | P | | | |
| Pearson Chi-Square | | 191.17 | | <0.001 | | | |
| Likelihood Ratio | | 204.94 | | <0.001 | | | |
| Linear-by-Linear Association | | 40.43 | | <0.001 | | | |

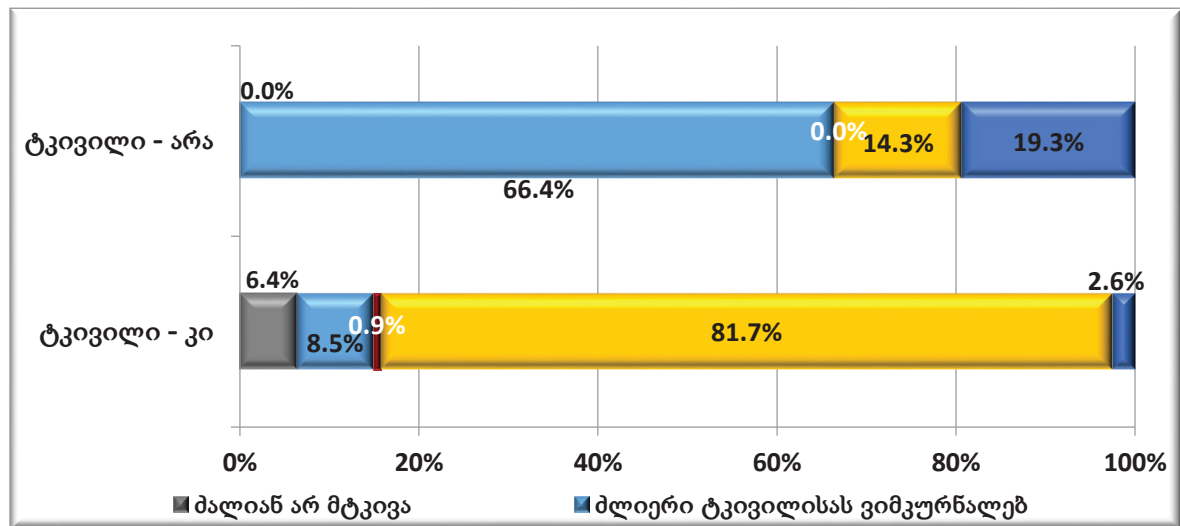
წყარო: კვლევის შედეგები.

შანსთა ფარდობა „ძალიან არ მტკივა“ - ვერ დადგინდა; ძლიერი ტკვილი - სარწმუნოა (OR=21.2, 95%CI-11.7-38.5, $p < 0.001$ (მე-2 ჯგუფი - 66.4% vs. 1 ჯგუფი - 8.5%); „ვუძლებ“

ვერ შეფასდა. ვმკურნალობ სარწმუნოა (OR=26.8, 95%CI=14.6-49.3, p<0.001 (1 ჯგუფი - 81.7% vs. მე-2 ჯგუფი - 14.3%); „არ მტკივა“ (OR=9.1, 95%CI – 3.6-23.2, p<0.001 (მე-2 ჯგუფი - 19.3% vs. 1 ჯგუფი - 2.6%).

დიაგრამა 56.

ტკვილის მქონე პაციენტთა პასუხი კითხვაზე თუ რატომ არ მკურნალობენ ტკვილს



წყარო: კვლევის შედეგები.

ძლიერი ტკვილის მართვაში წამყვანია მორფინის გამოყენება. პაციენტებს დავუსვით კითხვა: საჭიროების დროს გაიკეთებთ თუ არა მორფინს? 354 ონკოლოგიური პაციენტის პასუხებით გამოვლინდა ტკვილის ადეკვატური მართვის ბარიერები. კერძოდ, 68 (19.2%) ადამიანი ანუ თითქმის მეხუთედმა უარი განაცხადა ტკვილის დროს მორფინის გაკეთებაზე;

120 (33.9%) პაციენტმა „არ იცოდა“ გაიკეთებდა თუ არა ტკვილისას მორფინს, 40 (11.3%) პაციენტს ეშინოდა მორფინზე დამოკიდებულების. 33 (9.3%) პაციენტმა განაცხადა, რომ „კიბო არ აქვს“ და რატომ უნდა გაეკეთებინა.

ამრიგად, ძლიერი ტკვილის დროს მის დასაყუჩებლად მორფინის გამოყენებაზე 354 პაციენტიდან მზად იყო 93 (26.3%), 261 (73.7%) პაციენტი მიზეზთა გამო უარს ამბობდა მორფინით მართვაზე (Chi-Square 74.84; p<0.001).

ამიტომ, საჭიროა ონკოლოგიური პაციენტების ინფორმირება ტკვილის მართვაზე; მითუმეტეს, რომ ნებისმიერი მკურნალობის წინ ექიმმა პაციენტს უნდა აცნობოს მოსალოდნელ შედეგები, მათ შორის შესაძლო ლეტალური გამოსავალიც, რომელიც ხელმოწერებით დასტურდება. ვფიქრობთ, რომ ასეთი მიდგომით შესაძლებელი

გახდება ტკვილის ოპოიდებით მართვასთან და მის ეფექტიანობასთან ასოცირებული მითების ნეიტრალიზება.

ცხრილი 90.

ონკოპაციენტების მიერ ტკვილისას მორფინის გაკეთების პოტენციალი

| ძლიერი ტკვილისას მორფინს გაიკეთებ | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|-----------------------------------|------------|------|------------|----------|------------|
| არა | 68 | 19.2 | 70.8 | -2.8 | 74.84 |
| კი | 93 | 26.3 | 70.8 | 22.2 | |
| არ ვიცი | 120 | 33.9 | 70.8 | 49.2 | |
| კიბო არ მაქვს | 33 | 9.3 | 70.8 | -37.8 | |
| მიჩვევის მეშინია | 40 | 11.3 | 70.8 | -30.8 | |
| სულ | 354 | 100 | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

235 ტკვილის მქონე პაციენტი გამოიკითხა საჭიროების დროს გაიკეთებდნ თუ არა მორფინს (იხ. ცხრილი 91). 47-მა (20%) უარი თქვა ტკვილის მორფინით მართვაზე, 61-მა (26%) - „არ იცოდა“ გაიკეთებდა თუ არა, 32-ს (13.6%) მიჩვევის ეშინოდა. 15-მა ანუ 6.4%-მა განაცხადა, რომ „კიბო არ ჰქონდა“ (Chi-Square 39.10; p<0.001).

ცხრილი 91.

ტკვილის მქონე პაციენტების მიერ ტკვილის დროს მორფინის გაკეთების სურვილი

| ჯგუფი | n; % | ტკვილის მორფინით მართვის სურვილი | | | | | სულ |
|------------------------------|---------|----------------------------------|------------|---------|---------------|-----------|-------|
| | | არა | კი | არ ვიცი | კიბო არ მაქვს | მივეჩვევი | |
| ტკვილი - კი | n= | 47 | 80 | 61 | 15 | 32 | 235 |
| | % | 20.0 | 34.0 | 26.0 | 6.4 | 13.6 | 100.0 |
| ტკვილი - არა | n= | 21 | 13 | 59 | 18 | 8 | 119 |
| | % | 17.6 | 10.9 | 49.6 | 15.1 | 6.7 | 100.0 |
| სულ | n= | 68 | 93 | 120 | 33 | 40 | 354 |
| | % | 19.2 | 26.3 | 33.9 | 9.3 | 11.3 | 100.0 |
| Test | | Test value | P | | | | |
| Pearson Chi-Square | | 39.10 | <0.001 | | | | |
| Likelihood Ratio | | 40.88 | <0.001 | | | | |
| Linear-by-Linear Association | | 2.78 | 0.095 (NS) | | | | |

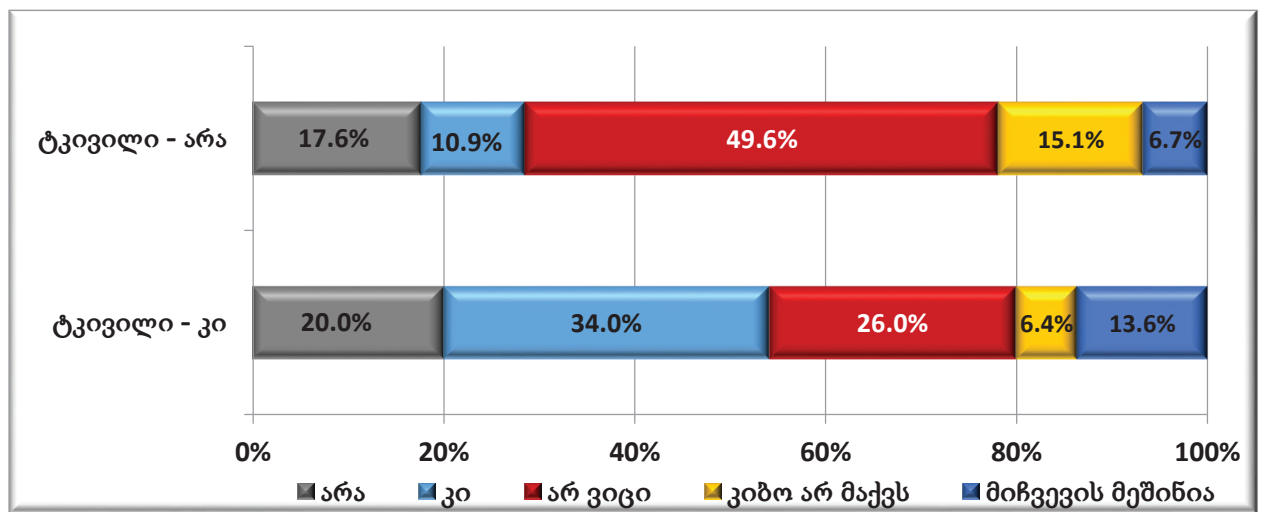
წყარო: კვლევის შედეგები.

235 ტკვილის მქონე პაციენტიდან 80 (34%) მზად იყო ემკურნალა მორფინით. „არა“ - სარწმუნო არ იყო (OR=1.2, 95%CI=0.7-2.1, p=0.607 (I ჯგუფი - 20.0% vs. II ჯგუფი -

17.6%). „კი“ სარწმუნოა (OR=4.2, 95%CI-2.2-8.0, p<0.001 (I ჯგუფი - 34.0% vs. II ჯგუფი - 10.9%); „არ ვიცი“ 1.9-ჯერ აღემატება შანსს (OR=1.9, 95%CI-1.2-3.0, p=0.005 (II ჯგუფი - 49.6% vs. I ჯგუფი - 34.0%). „კიბო არ მაქვს“ - სარწმუნოა (OR=2.6, 95%CI-1.3-5.4, p=0.009 (II ჯგუფი - 15.1% vs. I ჯგუფი - 6.4%); მიჩვევის მეშინია“ სარწმუნო არ იყო (OR=2.2, 95%CI-0.97-4.9, p=0.060 (II ჯგუფი - 26.9% vs. I-ლი ჯგუფი - 3.4%).

დიაგრამა 57.

ტკვილის მქონე პაციენტების მიერ საჭიროებისას მორფინის გაკეთების სურვილი



წყარო: კვლევის შედეგები.

54 წლის მამაკაცი, რომელმაც ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ ქიმიო-სხივური თერაპია ჩაიტარა, თავის მდგომარეობას აღწერს შემდეგნაირად: „ტკვილი დამეწყო კლინიკაში, 3-4 დღეში, ჯერ მიყუჩებდნენ, მერე გამწერეს... ვიძახებდი სასწრაფოს, ზოგჯერ ყოველდღე... მირჩევდნენ ექიმთან მისვლას, რომ უხსენებელი დაენიშნათ... ჯერ არ მინდოდა, ვშიშობდი - მორფინისტი არ გავხდეთქო (მამაჩემი, რომელიც კიბოთი მოკვდა, სულ ეზიზღებოდა მორფი და მორფზე დაჯდა ბოლოს), მერჩივნა ასე ვყოფილიყავი... ბოლოს მივედი... დავისვენე“.

92-ე ცხრილიდან ჩანდა, რომ კიბოსმიერი ტკვილის მქონე პაციენტთა შემთხვევათა 34% მზად იყო, ტკვილის დროს ოპიოიდოთერაპია ჩაეტარებინა, 66%-მა სხვადასხვა მოტივით, მათ შორის მითების გამო, უარს აცხადებდნენ ან თავს იკავებდნენ ოპიოიდების გამოყენებისგან.

ექიმთან ვიზიტისას კიბოს მქონე პაციენტებს ვკითხეთ: „ტკვილის ოპიოიდებით მართვაზე ოჯახი ახდენდა თუ არა გავლენას“ (იხ. ცხრილი 92, დიაგრამა 59).

ცხრილი 92.

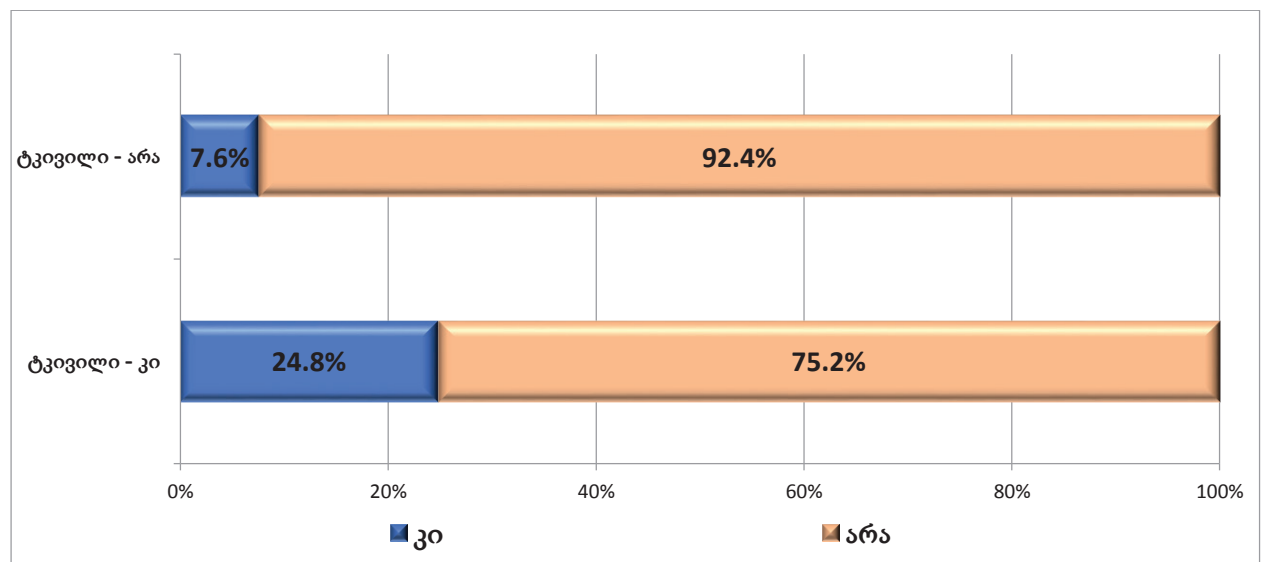
პაციენტების პასუხი „ტკვილის ოპიოიდებით მართვაზე ოჯახის გავლენის შესახებ

| ჯგუფი | n; % | ოჯახის გავლენა | | |
|------------------------------|------|----------------|--------|-------|
| | | კი | არა | სულ |
| ტკვილი - კი | n= | 55 | 167 | 222 |
| | % | 24.8 | 75.2 | 62.7 |
| ტკვილი - არა | n= | 10 | 122 | 132 |
| | % | 7.6 | 92.4 | 37.3 |
| სულ | n= | 65 | 289 | 354 |
| | % | 18.4 | 81.6 | 100.0 |
| Test | | Test value | P | |
| Pearson Chi-Square | | 15.84 | <0.001 | |
| Likelihood Ratio | | 16.12 | <0.001 | |
| Linear-by-Linear Association | | 15.80 | <0.001 | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

354 პაციენტიდან 65-მა (18.4%) აღნიშნა, რომ მასზე ოჯახი ახდენდა გავლენას (იხ. ცხრილი 92). 222 ტკვილის მქონე პაციენტიდან 28.4%-მა აღნიშნა ოჯახის გავლენა. 132 ტკვილის არ მქონე პაციენტიდან ოჯახი გავლენას ახდენდა მხოლოდ 10 (7.6%) პაციენტზე (ცხრილი 92). ტკვილის მქონე პაციენტებზე ოჯახის გავლენის შანსი სარწმუნოდ მაღალი იყო, ვიდრე ტკვილის არმქონეებში (OR=4.0; 2.0-8.2; p<0.001). დიაგრამა 59.

პაციენტების პასუხი ტკვილის ოპიოიდებით მართვაში ოჯახის გავლენაზე



წყარო: კვლევის შედეგები.

ამრიგად, ტკვილის ოპიოიდებით მართვის საჭიროების დროს ოჯახის გავლენა დაადასტურა 18.4%, რაც უფრო ხშირია ოპიოიდებით მართვის დროს -24.8%.

პაციენტებს ონკოლოგთან ვიზიტის დროს დაესვათ კითხვა - ოჯახი წინააღმდეგია თუ არა ოპიოიდების დანიშვნის? (იხ. ცხრილი 93 და დიაგრამა 60).

ცხრილი 93.

პაციენტთა პასუხები - ოჯახი წინააღმდეგია თუ არა ოპიოიდების დანიშვნის

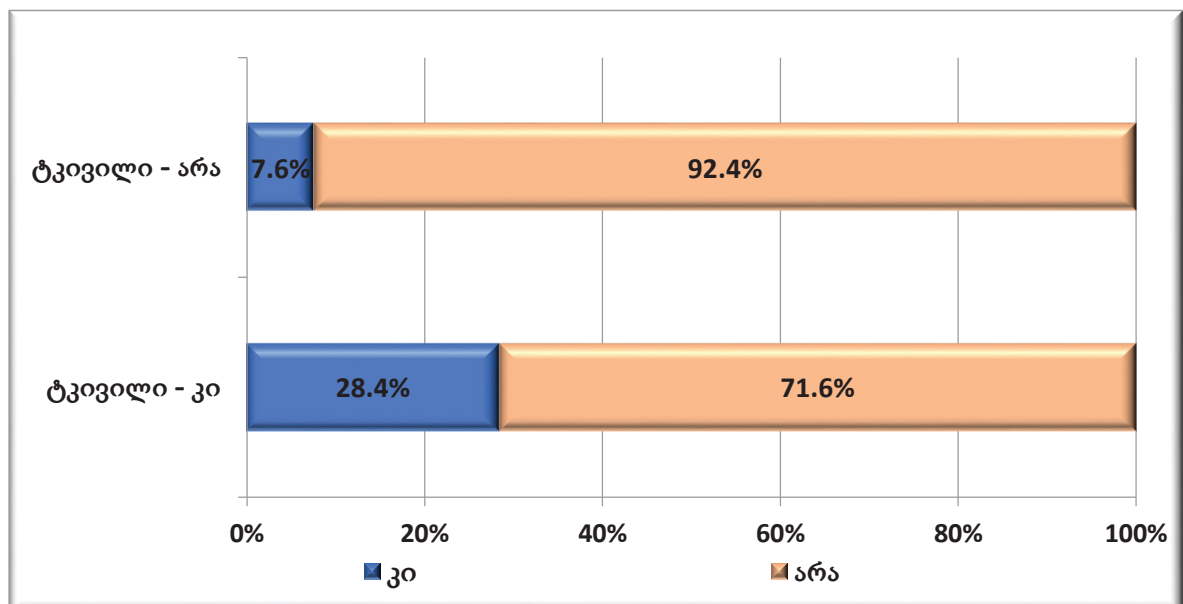
| ჯგუფი | n; % | ოჯახის დამოკიდებულება | | |
|--------------|------|-----------------------|------|-------|
| | | კი | არა | სულ |
| ტკვილი - კი | n= | 63 | 159 | 222 |
| | % | 28.4 | 71.6 | 62.7 |
| ტკვილი - არა | n= | 10 | 122 | 132 |
| | % | 7.6 | 92.4 | 37.3 |
| სულ | n= | 73 | 281 | 354 |
| | % | 20.6 | 79.4 | 100.0 |

| Test | Test value | P |
|------------------------------|------------|--------|
| Pearson Chi-Square | 21.88 | <0.001 |
| Likelihood Ratio | 24.63 | <0.001 |
| Linear-by-Linear Association | 21.82 | <0.001 |

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 60.

კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობის დროს ოჯახი იყო თუ არა ოპიოიდების დანიშვნის წინააღმდეგი



წყარო: კვლევის შედეგები.

222 კიბოსმიერი ტკვილის მქონე პაციენტიდან ოჯახი 63 პაციენტის შემთხვევაში (28.4%) წინააღმდეგი იყო ოპიოიდების დანიშვნის, 159 პაციენტი ანუ 71.6%-ში თანახმა იყო (OR=4.8; 2.4-9.8; p<0.001).

ტკვილის მქონე პაციენტების ოჯახებში ოპიოიდების დანიშვნის წინააღმდეგობის მანსი მაღალი იყო ტკვილის არმქონე ოჯახის წევრებთან შედარებით (OR=4.8; 2.4-9.8; p<0.001).

4.6. ექიმებთან ასოცირებული კიბოსმიერი ტკვილის მართვის ბარიერები

კვლევა მოიცავდა სხვადასხვა ონკოლოგიურ კლინიკაში ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ექიმების მიერ ტკვილის გამოვლენის, მისი სიმძლიერის დადგენის, დანიშნული ანალგეტიკებისა და მიღებული შედეგების ადეკვატურობის შეფასებას და შესაძლო ბარიერების იდენტიფიცირებას.

ექიმებთან ასოცირებული კიბოსმიერი ტკვილის მართვის გამოვლენის მიზნით ჩატარდა როგორც რეტროსპექტული, ისე პროსპექტული კვლევა (იხ. ცხრილი 94).

ცხრილი 94.

ტკვილის სიხშირე კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობის დროს სამედიცინო ბარათებით და ამ ბარათების მფლობელთა გამოკითხვით

| ტკვილის სიხშირე ისტორიებით | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|-----------------------------|------------|------|------------|----------|------------|
| კი | 138 | 39.0 | 177.0 | -39 | 17.19 |
| არა | 216 | 61.0 | 177.0 | 39 | |
| სულ | 354 | 100 | | | |
| ტკვილის სიხშირე გამოკითხვით | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
| კი | 235 | 66.4 | 177.0 | 58 | 38 |
| არა | 119 | 33.6 | 177.0 | -58 | |
| სულ | 354 | 100 | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

მიღებულ მონაცემებით გამოვლინდა პირველი მიგნება. კერძოდ, ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ექიმები სამედიცინო ბარათებში ტკვილის სინდრომის სიხშირეს ყოველთვის არ არეგისტრირებდნენ. კერძოდ, 354 კიბოს მქონე პაციენტის სამედიცინო ბარათში ტკვილის სინდრომი ეწერა მხოლოდ 138 პაციენტს

ანუ 39%-ს. იგივე პაციენტთა გამოკითხვით კი ტკვილი სინდრომი დაუდგინდა 235 ონკოლოგიურ პაციენტს ანუ შემთხვევათა 66.4% (Chi2 = 38.0; p<0.0001). ამრიგად, გამოკითხულ კიბოს მქონე პაციენტთა შორის ტკვილი 1.7-ჯერ (235 : 138 = 1.7) მეტი იყო, ვიდრე ბარათებში ეწერათ. ამიტომ, კიბოს მქონე პაციენტები გამოკითხენ იმის შესახებ, თუ რამდენად ხშირად ეკითხებოდა მათ ექიმი ტკვილის შესახებ (იხ. ცხრილი 95).

ცხრილი 95.

ექიმების მიერ პაციენტებისთვის ტკვილზე დასმული კითხვის სიხშირე

| გკითხათ ექიმმა ტკვილის შესახებ | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|--------------------------------|------------|------|------------|----------|------------|
| კი | 256 | 72.3 | 177.0 | 79 | 70.52 |
| არა | 98 | 27.7 | 177.0 | -79 | |
| სულ | 354 | 100 | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

ონკოლოგებმა 354 კიბოს მქონე პაციენტიდან 256 პაციენტს ანუ 72.3%-ს დაუსვეს კითხვა ტკვილის შესახებ (იხ. ცხრილი 95) განურჩევლად იმისა, ჰქონდათ თუ არა მათ ტკვილი. ექიმების მიერ ტკვილის შესახებ ონკოლოგიურ პაციენტებისთვის ტკვილის შესახებ (72.3%) დასმული მაჩვენებელი სხვა ქვეყნების მაჩვენებლებთან შედარებით უკეთესია, რადგან სხვა ქვეყნებში ონკოლოგები ტკვილის შესახებ ანამნეზს 57-76%-ში (117) არ აგროვებენ.

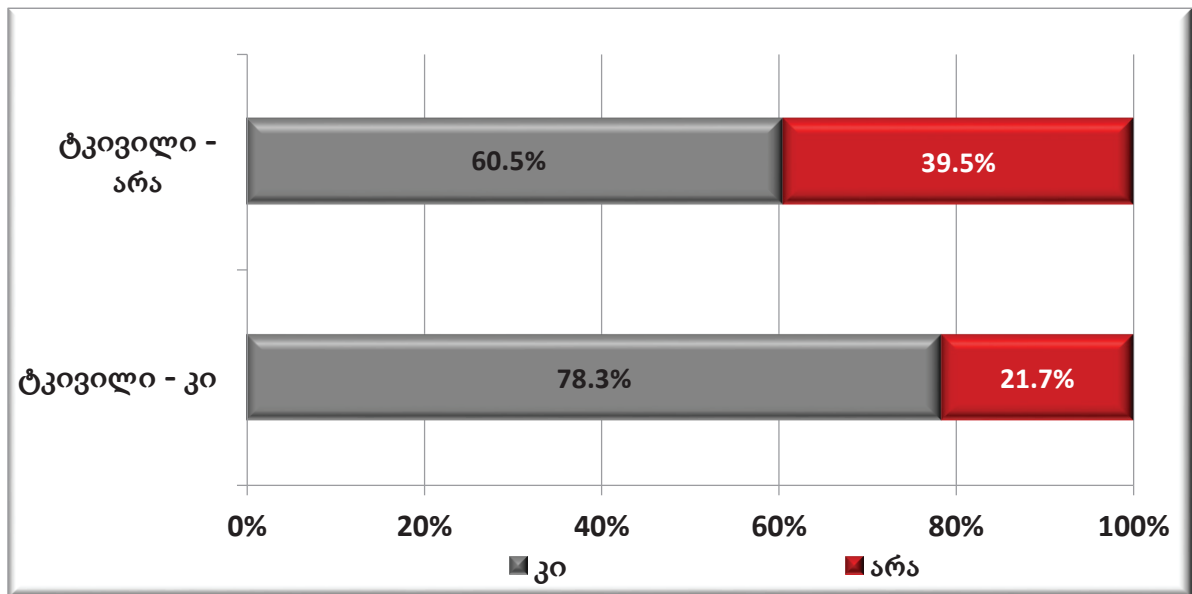
ტკვილის სწორი მართვის საჭიროებიდან გამომდინარე, მიღებული შედეგებით პაციენტთა 27.7%-ს ონკოლოგებმა არ დაუსვეს შეკითხვა ტკვილის შესახებ; ეს ფაქტი პაციენტებმა გამოიყენეს არგუმენტად, რომ ექიმისთვის არ გაემხილათ ტკვილის არსებობა. ამრიგად, გამოვლინდა კვლევის მეორე მიგნება, რომ ექიმები ონკოლოგიურ პაციენტებს მკურნალობის პროცესში ყოველთვის (27.7%) არ ეკითხებიან ტკვილის არსებობის შესახებ (p<0.0001).

ტკვილის მქონე და არმქონე ონკოლოგიური პაციენტების პასუხების შედარებით კითხვაზე: ექიმმა ტკვილის შესახებ შეგეკითხათ? დააზუსტა ზოგიერთი საკითხი. კერძოდ, ექიმებმა ტკვილის მქონე პაციენტებს კითხვა ტკვილის შესახებ არ დაუსვეს შემთხვევათა 21.7%-ში, ხოლო ტკვილის არმქონეებს - 1.8-ჯერ იშვიათად ანუ 39.5%-ში არ დაუსვეს კითხვა ტკვილის შესახებ (p<0.0001).

მიღებული პასუხები ასახულია დიაგრამა 61-ზე. შანსთა ფარდობა ჯგუფებს (ტკვილის მქონეებს/არ მქონეებს) შორის ამ შეკითხვაზე დიქტომური პასუხებისთვის სარწმუნოა (OR=2.4, 95%CI – 1.5-3.8, $p<0.001$ (1 ჯგუფი - 78.3% vs. 2 ჯგუფი - 60.5%).

დიაგრამა 61.

ტკვილის მქონე და არმქონე პაციენტების პასუხი „ექიმმა ტკვილის შესახებ კითხვა დაგისვათ თუ არა“



წყარო: კვლევის შედეგები.

ამრიგად, ონკოლოგებმა ანამნეზის შეგროვების დროს ონკოლოგიურ პაციენტებს, ტკვილის მაღალი რისკის გამო, როგორც მკურნალობის პროცესში (62.7%), ისე მის გარეშე აუცილებლად უნდა დაუსვან შეკითხვა ტკვილის არსებობის შესახებ.

კვლევის შემდეგი მნიშვნელოვანი ნაწილი შეეხო კიბოსმიერი ტკვილის სიძლიერის ადეკვატურ შეფასებას, რადგან სწორედ მასზეა დამოკიდებული, თუ რა სიძლიერის ტკვილგამაყუჩებელი უნდა დაინიშნოს პაციენტს.

მკურნალობის დროს კიბოსმიერი ტკვილის სიძლიერის შეფასების მეთოდის შესწავლამ სამედიცინო ბარათებში ექიმთა ჩანაწერების მიხედვით გამოავლინა მესამე მიგნება. კერძოდ დადგინდა, რომ კიბოსმიერი ტკვილის მქონე 138 პაციენტიდან ტკვილის სიძლიერე შეფასებული ჰქონდა მხოლოდ 89 პაციენტს ანუ 61,5%-ს, ხოლო 49 პაციენტს ანუ შემთხვევათა 35,5%-ს სამედიცინო ისტორიაში ტკვილის სიძლიერის შესახებ არავითარი ჩანაწერი არ იყო (იხ. ცხრილი 96).

ცხრილი 96.

ტკვილის სიძლიერე კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობის დროს ბარათებისა და ამ ბარათების მფლობელთა გამოკითხვით

| სამედიცინო ბარათებით | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|----------------------|------------|------|------------|----------|------------|
| სუსტი | 33 | 23.9 | 88.5 | -55.5 | 470.97 |
| საშუალო | 36 | 26.1 | 88.5 | -52.5 | |
| ძლიერი | 20 | 14.5 | 88.5 | -68.5 | |
| არ წერია | 49 | 35.5 | 88.5 | 176.5 | |
| სულ | 138 | 100 | | | |
| გამოკითხულებში | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
| სუსტი (1-3) | 53 | 22.6 | 88.5 | -36.5 | 80.67 |
| საშუალო (4-6) | 140 | 59.6 | 88.5 | 51.5 | |
| ძლიერი (7 და მეტი) | 42 | 17.8 | 88.5 | -46.5 | |
| სულ | 235 | 100 | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

ბარათებში საშუალო სიძლიერის ტკვილი ფიქსირებული იყო 26.1%-ში; პაციენტთა გამოკითხვისას საშუალო სიძლიერის ტკვილის მკურნალობის დროს აღნიშნა 2-ჯერ მეტმა - 59.6%-მა პაციენტმა (იხ. ცხრილი 96). კიბოსმიერი ტკვილის სიძლიერის შეფასებაში ასეთი სხვაობის მიზეზის დასადგენად პაციენტები გამოიკითხნენ იმ მეთოდის შესახებ, რომლითაც ონკოლოგმა მათ ტკვილის სიძლიერე უფასებდენ.

ცხრილი 97.

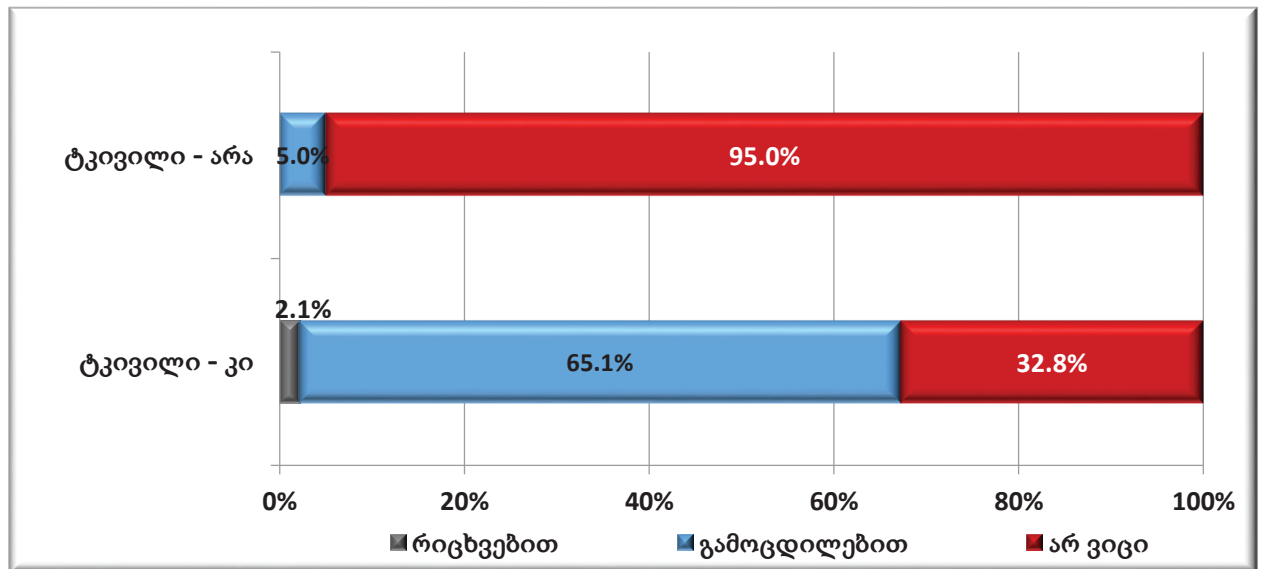
ონკოლოგიურ პაციენტებში ტკვილის სიძლიერის შეფასება სამედიცინო ბარათებით

| ტკვილი შეგიფასდათ | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|-------------------|------------|------|------------|----------|------------|
| რიცხოზრივად | 5 | 1.4 | 118.0 | -113 | 166.39 |
| გამოცდილებით | 159 | 44.9 | 118.0 | 41 | |
| არ ვიცი | 190 | 53.7 | 118.0 | 72 | |
| სულ | 354 | 100 | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 62.

ონკოლოგიურ პაციენტებში ექიმების მიერ ტკვილის სიძლიერის შეფასების მეთოდი

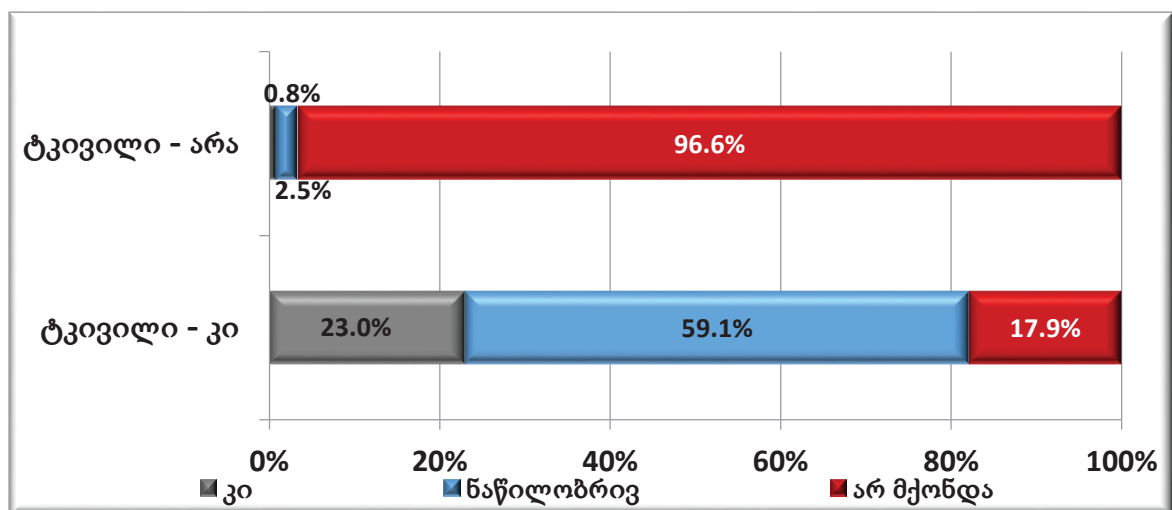


წყარო: კვლევის შედეგები.

ბარათებში პაციენტებში ტკვილის სიძლიერის შეფასება დაზუსტდა იმავე პაციენტთა გამოკითხვით (იხ. ცხრილი 97). დადგინდა, რომ ექიმები ტკვილის სიძლიერეს ადგენდნენ არა ტკვილის სიძლიერის რიცხოზომიერებით (1.4%), არამედ პირადი გამოცდილებით (44.9%). 190 პაციენტმა ანუ 53.7%-ის არ იცოდა, თუ როგორ შეუფასეს ტკვილის სიძლიერე (იხ. დიაგრამა 62).

დიაგრამა 63.

პაციენტთა ტკვილის მართვისთვის დანიშნული ანალგეტიკები ბარათებით



წყარო: კვლევის შედეგები.

მეხუთე მიგნება იყო ტკვილის მქონე პაციენტებისთვის ანალგეტიკების არასწორი დანიშვნა, რომელიც არ ესადაგებოდა ტკვილის მართვის სქემას, რომლითაც მისი მართვა შესაძლებელია 90%-ში და მეტში.

ექიმები ანალგეტიკებს ნიშნავდნ გამოცდილებით, რაც ტკვილის ეფექტიანობაზე ნეგატიურად აისახა. ტკვილი მოეხსნა 23%-ს, ნაწილობრივ - 59.1%-ს ანუ 77%-მა ვერ მიიღო სათანადო ეფექტი. მკურნალობის დაბალი ეფექტურობა დადგინდა ტკვილის მართვის ინდექსითაც - 36.9%.

ტკვილის მართვის გასაუმჯობესებლად საჭიროა, რომ ექიმებს ჰქონდეთ საკმარისი ცოდნა და მის შესახებ აცნობონ პაციენტებს. ის თუ რამდენად აცნობდნ ტკვილის მართვის შესახებ ექიმები პაციენტებს, მათ დაესვათ კითხვა - ინფორმირებული იყვნენ თუ არა ტკვილის მართვის ეფექტიანობის შესახებ? (ცხრილი 98).

ცხრილი 98.

ონკოპაციენტთა ინფორმირება ტკვილის ეფექტიანი მართვის შესახებ

| ინფორმირებული იყავით თუ არა ტკვილის შესახებ: | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|--|------------|------|------------|----------|------------|
| კი | 3 | 0.8 | 177.0 | -174 | 342.10 |
| არა | 351 | 99.2 | 177.0 | 174 | |
| სულ | 354 | 100 | | | |

წყარო: კვლევის შედეგები.

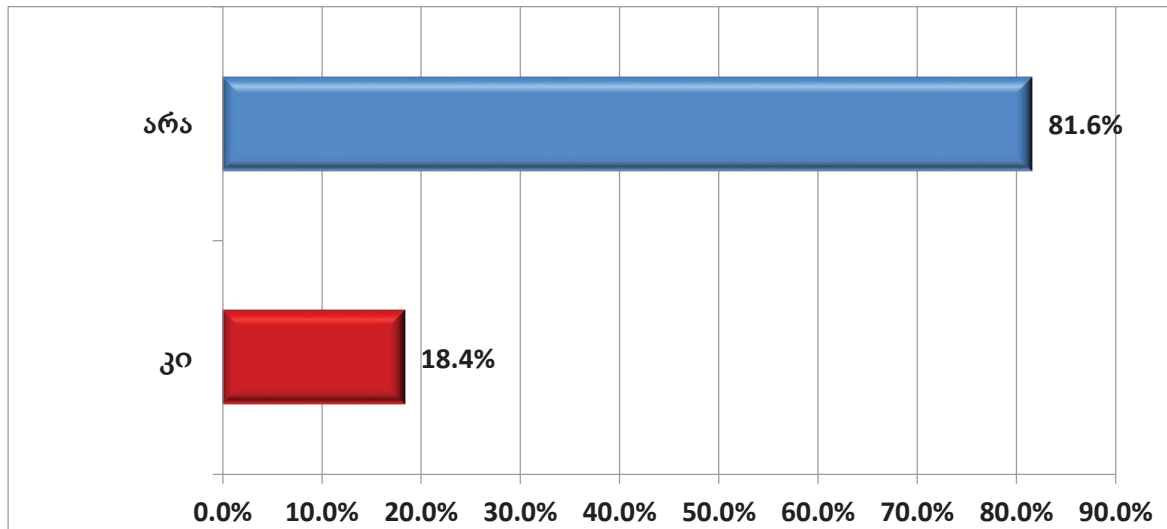
354 კიბოს მქონე პაციენტიდან ტკვილის მართვის შესახებ ინფორმაცია ჰქონდა 3-ს ანუ 0.8%-ს, 351 პაციენტი ანუ 99.2% ინფორმირებული არ იყო (Chi-Square 342.10; $p < 0.001$). თუმცა, ექიმი ვალდებულია პაციენტს მკურნალობამდე აცნობოს დაგეგმილი მკურნალობისა და მოსალოდნელი შედეგების შესახებ, რაც დასტურდება „პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობით სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე“.

კიბოს მქონე პაციენტთა დაბალი ინფორმირება ტკვილის შესახებ უფრო აძლიერებს ექიმების ვალდებულებას მკურნალობამდე მიაწოდონ პაციენტებს ტკვილის მართვაზე და მის ეფექტიანობაზე სათანადო ინფორმაცია.

დიაგრამა 64-დან ჩანს, რომ კიბოს მქონე პაციენტების ოჯახი პაციენტზე ოპიოიდების მართვასთან დაკავშირებით გავლენას ახდენდნ ყოველ მეხუთე პაციენტზე ანუ 18.4%-ში.

დიაგრამა 64.

ექიმთა განაწილება იმის მიხედვით, ზღუდავდა თუ არა მათ პაციენტის ოჯახი ტკვილის ოპიოიდებით მართვაში ($\text{Chi}^2=141.74, p<0.001$).



წყარო: კვლევის შედეგები.

სხვა ფაქტორებთან ერთად, პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკვილის ოპიოიდებით მართვასთან დაკავშირებით ექიმებზე გავლენას მოხდენას ცდილობდნენ პაციენტის ოჯახის წევრებიც - (18.4%; $\text{Chi}^2=141.74, p<0.001$). ამ საკითხზე პასუხების განაწილება სარწმუნოა. გამოკითხულთა პროცენტული მაჩვენებლებიდან აშკარად ჩანს, რომ ექიმთა სარწმუნო უმრავლესობაზე ოჯახის წევრები არ ახდენენ ზეწოლას, თუმცა არსებული ზეწოლის რაოდენობაც ასეთი პაციენტებისთვის ძალზედ ბევრია. 2020 წლის World Cancer ანგარიშის თანახმად, ბოლო პერიოდში გაუმჯობესდა კიბოს სიხშირის მაჩვენებლები, მათ შორის გადარჩენადობა, რაც უკავშირდება ადრეული დიაგნოსტიკისა და მართვის გაუმჯობესებას (3).

კვლევის შედეგები მიუთითებს, საქართველოში ამ მიმართულებით არასახარბიელო მდგომარეობა ფიქსირდება. კერძოდ, მიუხედავად იმისა, რომ კიბოსმიერი ტკვილის სწორი შეფასების შემთხვევაში მისი ეფექტური მართვა შესაძლებელია შემთხვევათა 90%-ში, დღემდე ტკვილის მქონე მრავალი პაციენტი, რაც ამ კვლევიტაც დასტურდება, ვერ იღებს სათანადო დახმარებას. აღნიშნულის გათვალისწინებით, გადამოწმდა კვლევაში მონაწილე 60 ექიმის ცოდნა ტკვილის შეფასებასა და მართვაში; ამისთვის, მათ ჩაუტარდათ ტესტირება (იხ. დანართი 16), ხოლო მიღებული შედეგები შედარდა 2006 წელს 138 ექიმისთვის ჩატარებული ანალოგიური კვლევის მონაცემებს (111).

ცხრილი 99.

ექიმთა ტესტირების შედეგები ტკვილის შეფასებასა და მართვაში

| N | ტკვილის შეფასების მახასიათებელი | 2022 წელი | | 2006 წელი | |
|---|---|-----------|----------|-----------|-----------|
| | | დიახ | არა | დიახ | არა |
| 1 | ადგენთ თუ არა პათოფიზიოლოგიას | 21/35% | 39/65% | 59/42.8% | 79/57.2% |
| 2 | რამდენია ოპიოიდის ნახევარ დაშლის დრო | 40/66.7% | 20/33.3% | 40/29% | 98/71,0% |
| 3 | იყენებთ თუ არა ჯანმო-ს ტკვილის მართვის სქემას | 41/68.3% | 19/32.7% | 69/50,0% | 69/50,0% |
| 4 | ტკვილს აფასებთ თუ არა რიცხოზობრივად | 51/85% | 9/15% | 2/1.5% | 136/98,5% |
| 5 | ნიშნავთ თუ არა ოპიოიდს ტკვილის სიმძლიერით | 20/33.3% | 40/66.7% | 23/16.7 | 115/83,3% |
| 6 | იცით თუ არა ტკვილის მართვის დოზის შერჩევა | 57/95% | 3/5% | 44/31.9 | 94/68.1% |
| 7 | იცით თუ არა ოპიოიდის გვერდითი მოვლენები | 57/95% | 3/5% | 80/58% | 58/42.0% |

წყარო: კვლევის შედეგები.

კვლევაში მონაწილე 60 ექიმის ტკვილის შეფასებასა და მართვაში ტესტირებამ გამოავლინა, რომ მათი ცოდნა უმჯობესდება, თუმცა, აღინიშნება ექიმთა ცოდნის გარკვეული დეფიციტიც (იხ. ცხრილი 99).

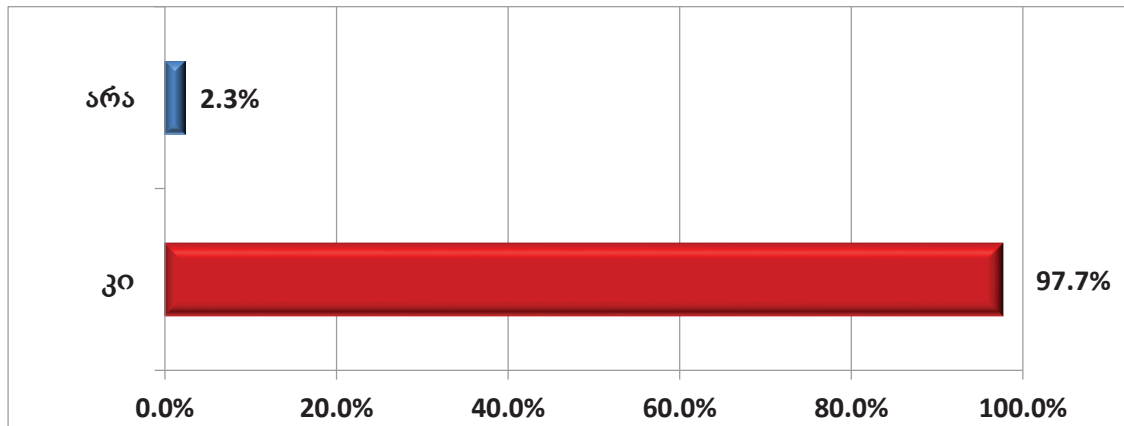
უნდა აღინიშნოს, რომ ექიმების 85%-მა იცოდა ტკვილის სიმძლიერის რიცხოზობრივი შეფასება, ხოლო ნაწილმა კი - ჯანმო-ს ტკვილის მართვის რეკომენდაციები (68.3%), თუმცა, ვერ იყენებდნენ კლინიკურ ჯგუფებთან ასოცირებული შეზღუდვების გამო. შედეგად, ტკვილის ადეკვატური მართვა 222 პაციენტიდან შესაძლებელი გახდა მხოლოდ 33.3%-ში;

ტკვილის მართვის დაბალ ეფექტიანობას ონკოლოგები უკავშირებდნენ მრავალ ბარიერს (ოჯახის ნებას, პაციენტთა სურვილს, მითებს, არსებულ შეზღუდვებს და ა.შ.).

ტკვილის ოპიოიდებით მართვის ბარიერებიდან წამყვანია კიბოსმიერი საშუალო და ძლიერი ტკვილის კლინიკურ ჯგუფებზე დამიკიდებულება. დიაგრამაზე 65 ჩანს, რომ ონკოლოგები ერთხმად (97.7%); აღნიშნავენ, რომ ტკვილის ადეკვატური მართვისთვის კლინიკური ჯგუფები წარმოადგენს ძირითად დაბრკოლებას, რაც სტატისტიკურად სარწმუნო იყო ($\chi^2=322.72, p<0.001$).

დიაგრამა 65.

ონკოლოგთა განაწილება იმის მიხედვით, თუ რამდენად უშლის მათ კლინიკური ჯგუფები ტკვილის მართვაში ($\text{Chi}^2=322.72, p<0.001$).

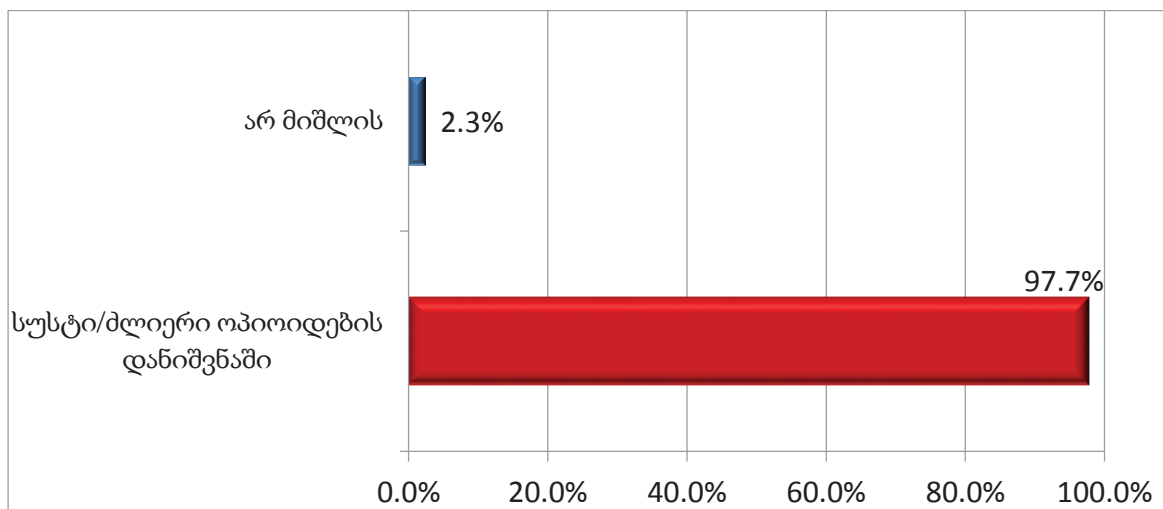


წყარო: კვლევის შედეგები.

ონკოლოგიური პაციენტები, რომლებსაც ესაჭიროებათ მკურნალობა, საბჭოთა სამედიცინო ტრადიციებიდან გამომდინარე, უნდა დაიყონ კლინიკურ ჯგუფებად; ეს ნეგატიურად მოქმედებს საშუალო/ძლიერი ტკვილის მართვაზე, რადგან II კლინიკური ჯგუფის პაციენტისთვის მკურნალობის დროს საშუალო და ძლიერი ტკვილის შემთხვევაში არ შეიძლება ოპიოიდის დანიშვნა. დიაგრამაზე 66 ჩანს, რომ ექიმები ტკვილის სამართავად ოპიოიდების არ ნიშნავდნენ 97.7%-ში, რასაც II კლინიკური ჯგუფის არსებობას უკავშირებდნენ.

დიაგრამა 66.

ექიმთა განაწილება იმის მიხედვით, უშლით თუ არა ოპიოიდების დანიშვნას მე-2 კლინიკური ჯგუფი



წყარო: კვლევის შედეგები.

ამ მოქმედი რეგულაციის გამო, ადამიანები განიცდის ტანჯვა-წამებას, რის გამოც არის სუიციდის მცდელობები.

ტკვილის მქონე ონკოლოგიური პაციენტის ემოციურ მდგომარეობას აღწერს 54 წლის მამაკაცი, რომელსაც შარდის ბუშტის კიბოს გამო რადიკალური ოპერაცია გაუკეთდა (p228): *შარდის ბუშტის კიბოს გამო გამიკეთეს ოპერაცია; გაუტკვიარებისას ანესთეზიოლოგმა სავარაუდოდ შეცდომით გამიკეთა პირველი ჩხვლეტა, შემდეგ მეორე და გამიყუჩდა. ოპერაციის მერე, დამეწყო ისეთი ტკივილები, რომ მთელ ჩემს ჩონჩხს ვხედავდი თვალებში და ყოველი წერტილი მტკიოდა. ამას ვერ აღვწერ, უბრალოდ ათქულიან შკალაზე ალბათ ეს ტკივილები იყო ოცი (!) სხვანაირად ვერ ავიწერთ, ვიტყვი, რომ ჯერ მორფით გამიჩერეს, ისევ დაიწყო იგივე და ასე გაგრძელდა;. 3-4 დღე კლინიკაში მიყუჩებდნენ;, მერე გამწერეს, მორფი არ დამინიშნეს, რადგან კიბო აღარ გაქვსო.. ყოველდღე, ზოგჯერ დღეში 2-ჯერ ვიძახებდი ფასიან სასწრაფოს, რომ დაეყუჩებინათ ის საშინელი ტკივილი... ტკივილების გამო სამჯერ მქონდა სუიციდის მცდელობა. სასწრაფოს ექიმებს ვეცოდებოდი, მირჩევდენ კლინიკაში მისვლას, რომ დაენიშნათ მორფი... მივდიოდი და არ მინიშნავდენ ... ასე გაგრძელდა 2 წელი, მქონდა სასტუმროს ბიზნესი, და გამაკოტრა, ტკივილების გაყუჩებაში გადავიხადე 35000 ლარზე მეტი. ბოლოს ბანკმა გამიყიდა სახლი, ბიზნესი, სასტუმრო და დამტოვა ქუჩაში ჩემი ხუთი შვილითა და მოხუცი დედით... ბოლოს ონკოლოგმა გაითავისა ჩემი მდგომარეობა და დამინიშნეს მორფი, რადგან მხოლოდ ეს მიჩერებდა ამ აუტანელ ტკივილებს, ახლა კი 2022 წლის სექტემბერია, ცოცხალი ვარ, ჩემი 8-9 ახლობელი ადამიანი და ნათესავი კი უკვე დავკრძალებით, რომლებსაც ჩემს მერე აღმოაჩნდათ კიბო და უკვე კარგა ხანია მიცვალებულები არიან, მე კი მორფის წყალობით ვარ ჯერ კიდევ და არც მეტყობა, რომ ავადმყოფი ვარ.*

გამოკითხულ პაციენტთა პროცენტული მაჩვენებლებიდან ჩანს, რომ ექიმთა სარწმუნო უმრავლესობა პასუხობს, რომ ოპიოიდების დანიშვნას მათ ძირითადად უზღუდავს II კლინიკური ჯგუფის არსებობა.

4.7. ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკვილის

რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის შედეგების შედარება

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის დროს ტკვილის სიხშირის, გამოვლენის, სიმძლიერის, დანიშნული ანალგეტიზური წამლებისა და მიღებული ეფექტიანობის

შეფასება მოიცავს მრავალ კომპონენტს. ტკვილის მართვის დამატებითი ბარიერების გამოსავლენად ერთმანეთს შედარდა რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის შედეგები. პაციენტების განაწილება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით და ანალიზი მოყვანილია ცხრილში 100, საიდანაც ჩანს, რომ რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის შედარებით ტკვილის მქონე პაციენტებს ექიმები ყველაზე ხშირად აფიქსირებდნენ თბილისში და აჭარაში.

ცხრილი 100.

რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის ტკვილის მქონე პაციენტების განაწილება რეგიონების მიხედვით

| რეგიონი | კითხვარი #1,3 | | კითხვარი #2 | | OR | 95%CI | | p | |
|-----------------|---------------|------|-------------|------|-----|-------|------|-------|----|
| | n= | % | n= | % | | Low | High | | |
| თბილისი | 51 | 21.7 | 58 | 26.1 | 0.8 | 0.5 | 1.2 | 0.257 | NS |
| აფხაზეთი | 5 | 2.1 | 4 | 1.8 | 1.2 | 0.3 | 4.5 | 0.814 | NS |
| აჭარა | 56 | 23.8 | 79 | 35.6 | 0.6 | 0.4 | 0.9 | 0.006 | |
| გურია | 26 | 11.1 | 19 | 8.6 | 1.1 | 0.6 | 2.1 | 0.795 | NS |
| იმერეთი | 13 | 5.5 | 11 | 5.0 | 1.1 | 0.5 | 2.6 | 0.75 | NS |
| კახეთი | 20 | 8.5 | 8 | 3.6 | 2.5 | 1.1 | 5.8 | 0.024 | |
| მცხეთა-მთიანეთი | 4 | 1.7 | 2 | 0.9 | 1.9 | 0.3 | 10.5 | 0.379 | NS |
| რაჭა-ლეჩხუმი | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| სამეგრელო | 21 | 8.9 | 15 | 6.8 | 1.4 | 0.7 | 2.7 | 0.338 | NS |
| სამცხე-ჯავახეთი | 13 | 5.5 | 9 | 4.1 | 1.4 | 0.6 | 3.3 | 0.374 | NS |
| ქვემო ქართლი | 15 | 6.4 | 7 | 3.2 | 2.1 | 0.8 | 5.2 | 0.118 | NS |
| შიდა ქართლი | 11 | 4.7 | 10 | 4.5 | 4.8 | 0.6 | 41.5 | 0.160 | NS |
| სულ | 235 | 66.4 | 222 | 62.7 | 1.2 | 0.9 | 1.6 | 0.286 | NS |

წყარო: კვლევის შედეგები.

აჭარაში მცხოვრები ტკვილის მქონე პაციენტები (პროსპექტული) სარწმუნოდ ჭარბობდნენ გამოკითხულთა შორის ($p < 0.001$). რეტროსპექტულად გამოკითხულთა (1, 3 კითხვართ) შორის კახეთში მცხოვრები ტკვილის მქონე პაციენტები კი - 1 და 3 კითხვართ გამოკითხულთა შორის ($p < 0.001$). მკურნალობის პროცესში მყოფი ტკვილის მქონე პაციენტები ასევე შედარდნენ ერთმანეთს ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვითაც, რომელიც დაეფუძნა რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის შედეგად მიღებულ მონაცემებს.

ცხრილი 102.

კიბოსმიერი ტკვილის მქონე პაციენტების ასაკობრივი ჯგუფების განაწილება რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის მიხედვით

| ასაკი | კითხვარი 1,3 | | კითხვარი 2 | | OR | 95%CI | | P | |
|-----------|--------------|------|------------|------|-----|-------|------|-------|----|
| | n= | % | n= | % | | Low | High | | |
| <36 წ. | 5 | 2.1 | 8 | 3.6 | 0.6 | 0.2 | 1.8 | 0.313 | NS |
| 36-40 წწ. | 2 | 0.9 | 3 | 1.4 | 0.6 | 0.1 | 3.8 | 0.622 | NS |
| 41-45 წწ. | 9 | 3.8 | 9 | 4.1 | 0.9 | 0.4 | 2.4 | 0.909 | NS |
| 46-50 წწ. | 8 | 3.4 | 12 | 5.4 | 0.6 | 0.2 | 1.5 | 0.281 | NS |
| 51-55 წწ. | 24 | 10.2 | 20 | 9.0 | 1.1 | 0.6 | 2.1 | 0.677 | NS |
| 56-60 წწ. | 37 | 15.7 | 31 | 14.0 | 1.2 | 0.7 | 1.9 | 0.604 | NS |
| 61-65 წწ. | 56 | 23.8 | 45 | 20.3 | 1.2 | 0.8 | 1.9 | 0.321 | NS |
| 66-70 წწ. | 40 | 17.0 | 47 | 21.2 | 0.8 | 0.5 | 1.3 | 0.385 | NS |
| 71-75 წწ. | 31 | 13.2 | 27 | 12.2 | 1.1 | 0.6 | 1.9 | 0.755 | NS |
| 76-80 წწ. | 14 | 6.0 | 14 | 6.3 | 0.9 | 0.4 | 2.0 | 0.885 | NS |
| >80 წწ. | 9 | 3.8 | 6 | 2.7 | 1.4 | 0.5 | 4.1 | 0.501 | NS |
| სულ | 235 | 66.4 | 222 | 62.7 | 1.2 | 0.9 | 1.6 | 0.286 | NS |

წყარო: კვლევის შედეგები.

ცხრილი 102-დან ჩანს, რომ პაციენტთა ასაკის ზრდასთან ერთად იზრდება ტკვილის სიხშირეც რაოდენობაც; მაქსიმუმი აღინიშნება 56-70 წლების ასაკში, შემდეგ წლებში ტკვილის სიხშირე კლებულობს; რეტროსპექტულად (კითხვარი 1,3) გამოკითხული ტკვილის მქონე პაციენტთა ჯგუფი არცერთ ასაკობრივი ჯგუფში სარწმუნოდ არ განსხვავდებოდა პროსპექტული კვლევის კითხვართ გამოკითხულთა ჯგუფისაგან.

კიბოს მეტასტაზებისა და ტკვილის მქონე პაციენტების განაწილება და შანსთა ფარდობების ანალიზით (იხ. ცხრილი 103) ჩანს, რომ მეტასტაზების მქონე პაციენტები სარწმუნოდ სჭარბობენ რეტროსპექტული კვლევის მონაწილეებში. კერძოდ, 111 პაციენტს ანუ 47.2% ჰქონდა მეტასტაზები, რომელთა რაოდენობა 1.3-ჯერ აღემატება პროსპექტულ კვლევაში მონაწილე მეტასტაზების მქონეთა მონაცემებს - 78 პაციენტი ანუ 35.1% (p<0.001).

პროსპექტულ კვლევაში ჩართული ტკვილის მქონე პაციენტები უფრო ადრეულ სტადიებზე მკურნალობდნენ, ვიდრე რეტროსპექტული კვლევის მონაწილეები. პროსპექტულ კვლევის ონკოლოგიურ პაციენტებს ტკვილი შედარებით იშვიათად (62.7%) ჰქონდათ, ვიდრე რეტროსპექტულ კვლევის პაციენტებს (66.4%).

ცხრილი 103.

რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის მიხედვით კიბოსმიერი ტკვილის მქონე პაციენტების მეტასტაზების განაწილება

| მტს | კითხვარი #1,3 | | კითხვარი #2 | | OR | 95%CI | | P | |
|-----|---------------|------|-------------|------|-----|-------|------|-------|----|
| | n= | % | n= | % | | Low | High | | |
| კი | 111 | 47.2 | 78 | 35.1 | 1.7 | 1.1 | 2.4 | 0.009 | |
| არა | 124 | 52.8 | 144 | 64.9 | 0.6 | 0.4 | 0.9 | 0.009 | |
| სულ | 235 | 66.4 | 222 | 62.7 | 1.2 | 0.9 | 1.6 | 0.286 | NS |

წყარო: კვლევის შედეგები.

ცხრილი 104.

რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის კიბოსმიერი ტკვილის მქონე პაციენტების განაწილება სქესის მიხედვით

| სქესი | კითხვარი #1,3 | | კითხვარი #2 | | R | 95%CI | | p | |
|-------|---------------|------|-------------|------|-----|-------|------|-------|----|
| | n= | % | n= | % | | Low | High | | |
| კაცი | 114 | 47.2 | 103 | 35.1 | 1.1 | 0.8 | 1.6 | 0.665 | |
| ქალი | 121 | 52.8 | 119 | 64.9 | 0.9 | 0.6 | 1.3 | 0.665 | |
| სულ | 235 | 66.4 | 222 | 62.7 | 1.2 | 0.9 | 1.6 | 0.286 | NS |

წყარო: კვლევის შედეგები.

რეტროსპექტული კვლევის დროს (1, 3 კითხვარით) გამოკითხული პაციენტებისგან მიღებული ინფორმაცია სქესის შესახებ არ განსხვავდება პროსპექტული კვლევის II

კითხვარით მიღებული შედეგებისგან. ორივე ჯგუფში ტკვილის მქონე ქალები მეტი იყვნენ, ვიდრე მამაკაცები. სხვაობა გამოკვეთილია პროსპექტული კვლევის მონაწილეებს შორის (იხ. ცხრილი 104).

ცხრილი 105-დან ჩანს, III სტადიის პაციენტები სარწმუნოდ სჭარბობენ 1 და 3 კითხვარით გამოკითხულთა შორის, ხოლო IV სტადიის პაციენტები კი - პროსპექტული კვლევით ანუ მე-2 კითხვარით გამოკითხულთა შორის.

ცხრილი 105.

რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის მონაწილე კიბოსმიერი ტკვილის მქონე პაციენტთა განაწილება კიბოს სტადიების მიხედვით

| სტადია | კითხვარი #1,3 | | კითხვარი #2 | | OR | 95%CI | | P | |
|--------|---------------|------|-------------|------|-----|-------|------|-------|----|
| | n= | % | n= | % | | Low | High | | |
| I | 6 | 2.6 | 5 | 2.3 | 1.1 | 0.3 | 3.8 | 0.845 | |
| II | 31 | 13.2 | 24 | 10.8 | 1.3 | 0.7 | 2.2 | 0.365 | |
| III | 95 | 40.4 | 68 | 30.6 | 1.5 | 1.04 | 2.3 | 0.032 | |
| IV | 103 | 43.8 | 125 | 56.3 | 0.6 | 0.4 | 0.88 | 0.008 | |
| სულ | 235 | 66.4 | 222 | 62.7 | 1.2 | 0.9 | 1.6 | 0.286 | NS |

წყარო: კვლევის შედეგები.

ცხრილი 106.

რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის მონაწილე კიბოსმიერი ტკვილის მქონე პაციენტთა კლინიკური ჯგუფების მიხედვით განაწილება

| კლინიკ. ჯგუფი | კითხვარი #1,3 | | კითხვარი #2 | | OR | 95%CI | | P | |
|---------------|---------------|------|-------------|------|-----|-------|------|-------|----|
| | n= | % | n= | % | | Low | High | | |
| II | 229 | 97.4 | 202 | 91.0 | 3.8 | 1.5 | 9.6 | 0.005 | |
| IV | 6 | 2.6 | 20 | 9.0 | 0.3 | 0.1 | 0.7 | 0.005 | |
| სულ | 235 | 66.4 | 222 | 62.7 | 1.2 | 0.9 | 1.6 | 0.286 | NS |

წყარო: კვლევის შედეგები.

IV კლინიკური ჯგუფის პაციენტების კვლევაში არ ერთვებოდენ, თუმცა ისინი მაინც მოხვდნენ, რადგან ძლიერი ტკვილის გამო II კლინიკური ჯგუფიდან გადაიყვანეს IV-ში. II კლინიკური ჯგუფის პაციენტები სარწმუნოდ სჭარბობენ ორივე კვლევის მონაწილეთა შორის (იხ. ცხრილი 106).

IV კლინიკური ჯგუფის პაციენტების რიცხვი იყო მცირეა, რაც გავლენას ვერ ახდენდა საერთო სურათზე.

პალიატიურ სხივურ თერაპიაზე მყოფი ტკვილის მქონე პაციენტები სჭარბობენ პროსპექტული კვლევისას გამოკითხულებს (იხ. ცხრილი 107). პალიატიურ ქიმიო-სხივურ თერაპიაზე მყოფი პაციენტები კი - რეტროსპექტული კვლევის 1-ლი და მე-3 კითხვარით გამოკითხულთა შორის.

ცხრილი 107.

რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის მონაწილე ტკვილის მქონე პაციენტთა მკურნალობის მეთოდების მიხედვით განაწილება

| მეთოდი | კითხვარი #1,3 | | კითხვარი #2 | | OR | 95%CI | | P | |
|---------------------------------|------------------------------|------|-------------|------|-----|-------|------|--------|----|
| | n= | % | n= | % | | Low | High | | |
| | ნეო/ადიუვანტური ქიმიოთერაპია | 57 | 24.3 | 47 | | 21.2 | 1.1 | | |
| ნეო/ადიუვანტური სხივური თერაპია | 11 | 4.7 | 34 | 15.3 | 0.7 | 0.3 | 1.6 | 0.331 | NS |
| პალიატიური ქიმიოთერაპია | 102 | 43.4 | 77 | 34.7 | 1.2 | 0.8 | 1.7 | 0.336 | NS |
| პალიატიური სხივური თერაპია | 9 | 3.8 | 34 | 15.3 | 0.2 | 0.1 | 0.5 | <0.001 | |
| პალიატიური ქიმიო-სხივური | 38 | 16.2 | 18 | 8.1 | 1.9 | 1.03 | 3.4 | 0.042 | |
| ჰორმონოთერაპია | 3 | 1.3 | 7 | 3.2 | 0.4 | 0.1 | 1.6 | 0.188 | NS |
| ნეო/ადიუვანტური ქიმიო-სხივური | 15 | 6.4 | 5 | 2.3 | 2.8 | 1.0 | 7.8 | 0.052 | NS |
| სულ | 235 | 66.4 | 222 | 62.7 | 1.2 | 0.9 | 1.6 | 0.286 | NS |

წყარო: კვლევის შედეგები.

ცხრილი 108.

კიბოსმიერი ტკვილის კუპირებისთვის დანიშნული ანალგეტიკები

| ანალგეტიკი | კითხვარი 1,3 | | კითხვარი 2 | | OR | 95%CI | | p | |
|-------------------|--------------|------|------------|------|-------|-------|--------|--------|----|
| | n= | % | n= | % | | Low | High | | |
| აასს | 106 | 45.1 | 197 | 88.7 | 0.1 | 0.1 | 0.2 | <0.001 | |
| სუსტი ოპიოიდი | 4 | 1.7 | 8 | 3.6 | 0.5 | 0.1 | 1.6 | 0.213 | NS |
| ძლიერი ოპიოიდი | 13 | 5.5 | 16 | 7.2 | 0.8 | 0.35 | 1.6 | 0.381 | NS |
| არ წერია | 112 | 47.7 | 1 | 0.5 | 201.2 | 27.8 | 1459.0 | <0.001 | |
| სულ | 235 | 66.4 | 222 | 62.7 | 1.2 | 0.9 | 1.6 | 0.286 | NS |

წყარო: კვლევის შედეგები.

აასს-ზე მყოფი პაციენტები სარწმუნოდ მეტი არიან II კითხვარით გამოკითხულთა შორის; არცერთ საშუალებაზე მყოფი პაციენტები კი - I და III კითხვარით გამოკითხულთა შორის. ამასთან, სუსტი და ძლიერი ოპიოიდების დანიშვნაში სარწმუნო განსხვავება არ იყო, როგორც 1-ლი და მე-3, ისე მე-2 კითხვარით (ცხრილი 108). სტატისტიკურად ერთმანეთს შედარდა რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის მონაწილეები ცალკე სხვადასხვა სიძლიერის ტკვილის დროს დანიშნული ანალგეტიკების მიხედვით (ცხრილი 109).

ცხრილი 109.

კიბოსმიერი ძლიერი ტკვილის კუპირებისთვის დანიშნული პრეპარატები

| ძლიერი ტკვილი | კითხვარი 1,3 | | კითხვარი 2 | | OR | 95%CI | | p | |
|----------------|--------------|------|------------|------|-----|-------|------|-------|----|
| | n= | % | n= | % | | Low | High | | |
| აასს | 25 | 59.5 | 28 | 60.9 | 0.9 | 0.4 | 2.2 | 0.904 | NS |
| სუსტი ოპიოიდი | 2 | 4.8 | 4 | 8.7 | 0.5 | 0.1 | 3.0 | 0.385 | NS |
| ძლიერი ოპიოიდი | 15 | 35.7 | 14 | 30.4 | 1.3 | 0.5 | 3.1 | 0.610 | NS |
| არ წერია | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | N/A | N/A | N/A | | |
| სულ | 42 | | 46 | | 1.2 | 0.9 | 1.6 | 0.286 | NS |

წყარო: კვლევის შედეგები.

ცხრილი 110-დან ჩანს, რომ კიბოსმიერი ძლიერი ტკვილის დროს დანიშნული ანალგეზიური საშუალებების მიხედვით სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა არ დადასტურდა.

კიბოსმიერი ძლიერი ტკვილის მქონე პაციენტებს ძლიერ ოპიოიდები დაენიშნათ მხოლოდ 35.7%-30.4%-ში. ძლიერი ტკვილის დროს ონკოლოგები უპირატესად, ნიშნავდნენ (60%-ში) არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებს, რის გამოც ბუნებრივია, რომ კიბოსმიერი ტკვილის მქონე პაციენტები ადეკვატურ ანალგეზიურ დახმარებას ვერ იღებდნენ.

ცხრილი 110.

საშუალო ტკვილის კუპირებისთვის დანიშნული ანალგეტიკები

| საშუალო ტკვილი | კითხვარი 1,3 | | კითხვარი 2 | | OR | 95%CI | | p | |
|----------------|--------------|------|------------|------|-----|-------|------|-------|----|
| | n= | % | n= | % | | Low | High | | |
| აასს | 115 | 82.1 | 112 | 94.9 | 0.2 | 0.1 | 0.6 | 0.003 | |
| სუსტი ოპიოიდი | 2 | 1.4 | 4 | 3.4 | 0.4 | 0.1 | 2.3 | 0.289 | NS |
| ძლიერი ოპიოიდი | 0 | 0.0 | 2 | 1.7 | N/A | N/A | N/A | | |
| არ წერია | 23 | 16.4 | 0 | 0.0 | N/A | N/A | N/A | | |
| სულ | 140 | | 118 | | 1.2 | 0.9 | 1.6 | 0.286 | NS |

წყარო: კვლევის შედეგები.

ცხრილი 110-დან ასევე კარგად ჩანს, რომ საშუალო ინტენსივობის ტკვილის კუპირებისთვის დანიშნული პრეპარატებით განაწილებულ ჯგუფებს შორის სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა ჯგუფს შორის არ იყო. საშუალო სიძლიერის ტკვილის მქონე ონკოლოგიურ პაციენტებს, რომლებსაც ჯანმო-ს ტკვილის მართვის სქემით სუსტი ოპიოიდების დანიშვნა ეკუთვნოდათ, იგი მხოლოდ შემთხვევათა 1.4%-3.4%-ს დაენიშნა.

ამრიგად, კიბოსმიერი საშუალო სიძლიერის ინტენსივობის ტკვილის კუპირების მიზნით ონკოლოგები ძირითადად არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებს ნიშნავდნენ - 82.1%-94.9%, რადგან უფრო ძლიერი ანალგეტიკების დანიშვნა მოქმედი რეგულაციებით აკრძალულია.

ცხრილი 111.

კიბოსმიერი სუსტი ტკვილის კუპირებისთვის დანიშნული ანალგეტიკის მიხედვით პაციენტების განაწილება

| სუსტი ტკვილი | კითხვარი 1,3 | | კითხვარი 2 | | OR | 95%CI | | P | |
|-------------------|--------------|------|------------|------|------|-------|-------|--------|----|
| | n= | % | n= | % | | Low | High | | |
| აასს | 30 | 57.7 | 57 | 98.3 | 0.02 | 0.003 | 0.19 | <0.001 | |
| სუსტი ოპიოიდი | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | N/A | N/A | N/A | | |
| ძლიერი ოპიოიდი | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | N/A | N/A | N/A | | |
| არ წერია | 22 | 42.3 | 1 | 1.7 | 41.8 | 5.4 | 325.4 | <0.001 | |
| სულ | 52 | | 58 | | 1.2 | 0.9 | 1.6 | 0.286 | NS |

წყარო: კვლევის შედეგები.

სუსტი ტკვილის მიხედვით დაყოფილ ჯგუფებში მე-2 კითხვარით გამოკითხულებს შორის აასს-ის დანიშნის შანსი აღმოჩნდა სარწმუნოდ მაღალი. მიღებული მონაცემების საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ: ტკვილის მქონე პაციენტების რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევით მიღებულ მონაცემებს შორის სტატისტიკური განსხვავებები არ იყო. კიბოსმიერი ძლიერი (60%) და საშუალო სიმძლიერის ტკვილის დროს (82.1%-82.1%) ექიმები ძირითადად ნიშნავენ არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებს ($p<0.001$).

5. ოპიოიდების რეგულირება საქართველოში

5.1. სამედიცინო ოპიოიდების მოხმარება საქართველოში

54 ონკოლოგიური პაციენტის გამოკითხვით დადგინდა, რომ ტკვილი ჰქონდა 235 პაციენტს ანუ 66,4%-ს; ტკვილის მქონე 235 პაციენტიდან კი საშუალო და ძლიერი ტკვილი დააფიქსირა 177 პაციენტმა ანუ 75.3%. მათგან, ჯანმო-ს სამსაფეხურიანი ტკვილის მართვისა და საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს მოქმედი ტკვილის მართვის გაიდლაინის შესაბამისად, ყველა პაციენტი საჭიროებდა ოპიოიდებით მართვას, თუმცა იგი მხოლოდ 17 პაციენტს (9.6%) დაენიშნა, ისიც მას შემდეგ, რაც მიეკუთვნენ IV კლინიკურ ჯგუფს და სპეციფიკური მკურნალობა შეუწყდათ. ამრიგად, საშუალო/ძლიერი ტკვილის მქონე 160 (90.4%) პაციენტმა ვერ მიიღო ადეკვატური ანალგეზიური ეფექტი, მაშინ როდესაც ტკვილის სწორი მართვის შემთხვევაში ეს შესაძლებელი იქნებოდა 90%-ში (123).

ონკოლოგიური პაციენტთა ტკვილის ასეთი არასწორი მართვის გასარკვევად, ჩვენ შევისწავლეთ საქართველოში კიბოს მქონე პაციენტთა ტკვილის ოპიოიდებით მართვის უზრუნველყოფის მდგომარეობა; ჩვენს წინაშე დადგა საკითხი, თუ როგორ შეგვეძლო დაგვედგინა იმ ადამიანთა რიცხვი, რომლებიც საჭიროებდნენ ოპიოიდებით თერაპიას და რამდენს? მოძიებული იყო გაეროს ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოსა და ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული ფორმულა:

1. წლიური სიკვდილის მაჩვენებელი 80% (ონკო/აივ) ან 67% (სხვა) პაციენტები, რომლებიც საჭიროებენ სიკვდილის წინ მორფს X
2. 90 დღეზე (საშუალოდ) X
3. 60-75 მგ დღეში (საშუალოდ 67.5 მგ).

ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული ფორმულით ოპიოიდების სავარაუდო რაოდენობის დასადგენად, მოძიებული იყო საქართველოში 2020 წელს სიკვდილიანობის მიზეზები, მათ შორის კიბოთი გარდაცვლილთა რაოდენობა, რომელიც ეყრდნობოდა დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სტატისტიკურ ცნობარს: 1. 2020 წელს კიბოთი გარდაიცვალა 8089 პაციენტი; 2. მათგან 6.471 (80%) კიბოს მქონე პაციენტს დაჭირდებოდა მორფინი; 3. პაციენტთა ამ რაოდენობას საშუალოდ დაჭირდებოდა 35 (39) კგ მორფინი; 4. 2020 წელს სამედიცინო მიზნებისთვის მორფინის ჯამურმა ხარჯვამ შეადგინა 9 კგ (იხ. ცხრილი 112).

ჯანმო-ს ფორმულით 2020 წელს კიბოს მქონე ინკურაბელური პაციენტების ტკვილის სწორი მართვისთვის საქართველოში საჭირო იყო 35 კგ ოპიოიდი. რეალობაში

დაიხარჯა 9 კილოგრამი ოპიოიდი, რაც გავრცელებული კიბოს მქონე პაციენტების მეოთხედს თუ დააკმაყოფილებს, ისიც მინიმალურ დონეზე გათვლილი. ამდენად, საქართველოში 2020 წელს ტკვილის მართვისთვის გამოყოფილი სამედიცინო ოპიოიდების წლიური მოხმარება ნორმასთან შედარებით 4-ჯერ ნაკლები იყო, რომელშიც არ შედიოდა კიბოს ადრეული/შუალედური სტადიების მკურნალობის პროცესში ტკვილის სამართავად ხანმოკლე დროით, ან ზოგჯერ კი ხანგრძლივად საჭირო ოპიოიდების რაოდენობა.

ცხრილი 112.

2013-2020 წწ.-ში ოპიოიდების მოხმარება საქართველოში,

Incb ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტის ანგარიში (136).

| წელი | ბუპრენეფრონი კგ (სუბოტექსი) ჩანაცვლებითი | მორფინი კგ კიბოს ტკვილისთვის | მეტადონი კგ ჩანაცვლებითი |
|------|--|------------------------------|--------------------------|
| 2013 | - | 8 | 23 |
| 2014 | 1 | 8 | 31 |
| 2015 | 1 | 8 | 38 |
| 2016 | 1 | 8 | 44 |
| 2017 | 2 | 9 | 64 |
| 2018 | 6 | 10 | 91 |
| 2019 | 7 | 9 | 108 |
| 2020 | 9 | 9 | 146 |

საქართველოში ტკვილის მართვისთვის გამოყოფილი ოპიოიდების რაოდენობის შესაბამისობის შესაფასებლად გამოვიყენეთ ნარკოტიკების კონტროლის (Incb) საერთაშორისო საბჭოს მიერ დადგენილი ოპიოიდების ხარჯვის მაჩვენებელს „განსაზღვრული დღიური დოზით - სტატისტიკური მიზნებისთვის (S-DDD)“ მოწოდებული დადგენილების მიხედვით ოპიოიდების მოხმარება არის:

1. ძალიან არაადეკვატური (არასაკმარისი) ხარჯვა - S-DDD <101;
2. „არაადეკვატური“ ანუ დაბალი მოხმარება - S - DDD 101- 200;
3. ნორმა - S-DDD > 200.

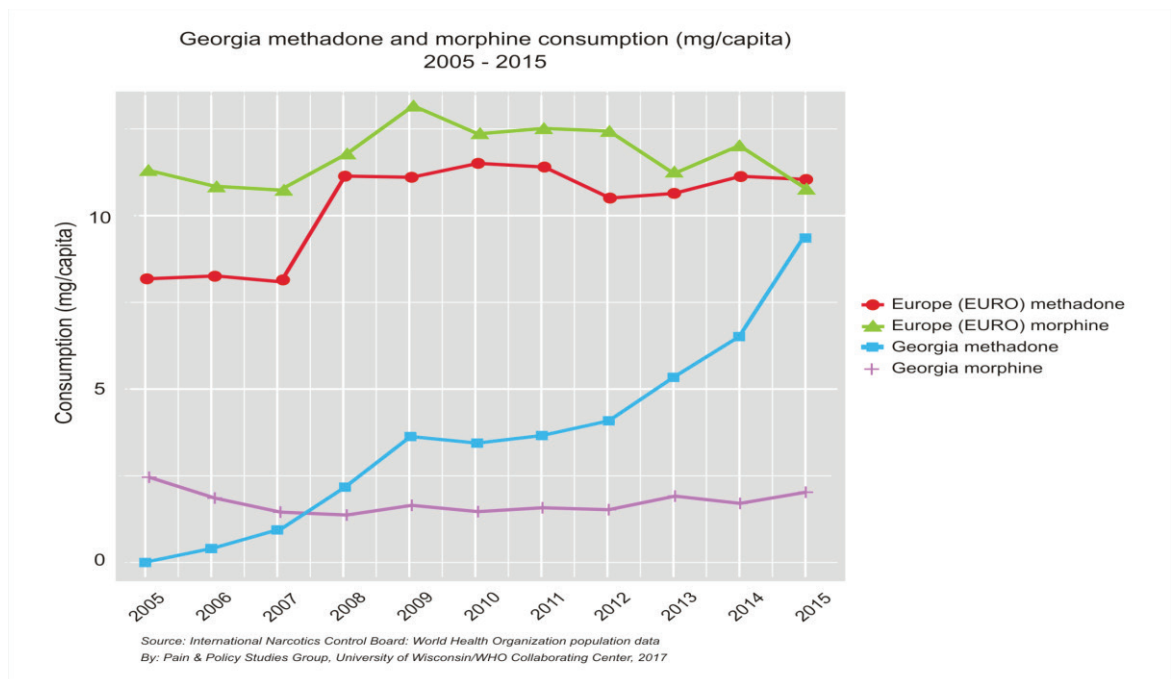
ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს დადგენილებიდან გამომდინარე, ჩნდება კითხვა, რამდენად საკმარისია საქართველოში კიბოსმიერი ტკვილის სწორი მართვისთვის მოხმარებული მორფინის დღიური დოზა?

ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტის 2019 წლის ტექნიკური ანგარიშის თანახმად, 2016–2018 წლებში საქართველოში ოპიოიდების ხარჯვა -

„განსაზღვრული დღიური დოზით - სტატისტიკური მიზნებისთვის (SDDD)“ 2015 წელს შეადგინა 101, რომელიც „მალიან არაადეკვატურ ხარჯვასა (S-DDD <101) და „არაადეკვატურ“ (არასაკმარის) ანუ დაბალი მოხმარების (S-DDD 101-200) მაჩვენებლებს შორის მერყეობს (124) ეს მიუთითებს, რომ საქართველოში ქრონიკული ტკივილის მართვა არასათანადოთ წარმოებს და პრობლემური საკითხია.

დიაგრამა 67.

მეტადონისა და მორფინის (ქრ. ტკივილის მართვისთვის) ხარჯვის მგ/სულზე შედარება ევროპასა და საქართველოში, 2005-2015 წლებში



დიაგრამა 67-ზე ასახულია 2005-2015 წლებში ევროპასა და საქართველოში ჩანაცვლებითი მკურნალობის მიზნით მოხმარებული მეტადონის რაოდენობა ერთ სულზე და ქრონიკული ტკივილის მართვის მიზნით გამოყენებული მორფინის ხარჯვა 1 სულზე.

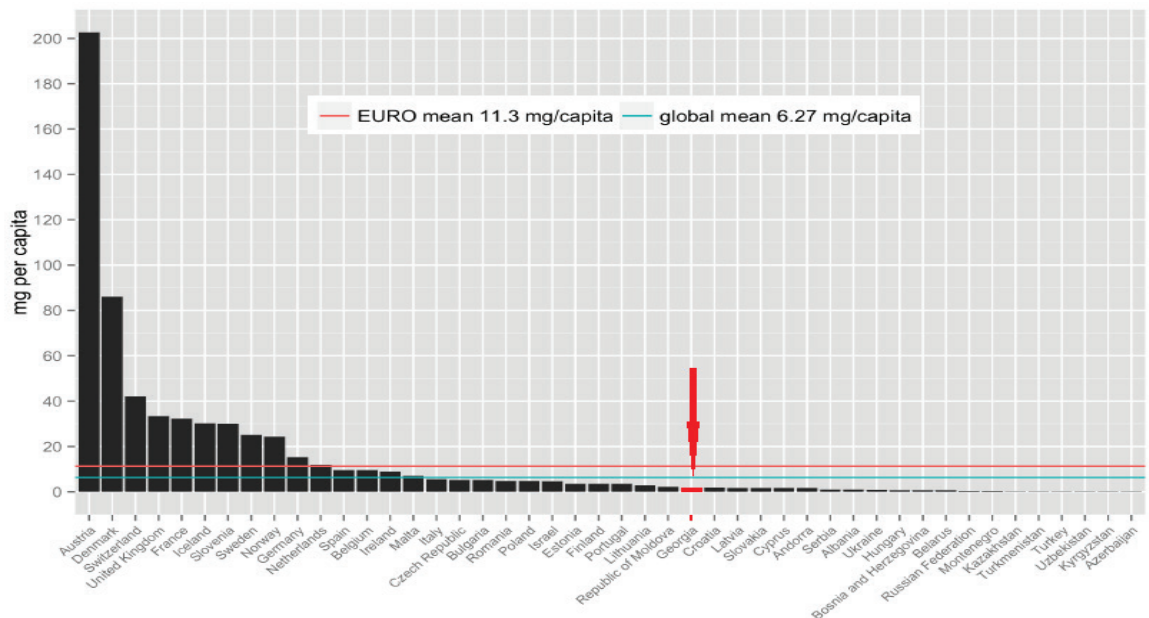
იდენტური მონაცემების შედარებით საქართველოში ორივე ოპიოიდის მოხმარება მცირეა; თუმცა დინამიკაში მეტადონის მოხმარება უფრო მეტად იზრდება, რომელიც ევროპულ მაჩვენებელს უახლოვდება, მორფინის მოხმარება დროში თითქმის არ იცვლება.

დიაგრამა 67-დან ასევე ჩანს, რომ მორფინის (ტკივილის სამმართავად) და მეტადონის (ჩანაცვლებითი თერაპიისთვის) სამედიცინო მიზნებისთვის მოხმარება ევროპაში

ორივე შემთხვევაში აღემატება 12 მგ - ს / სულზე, საქართველოში - პირიქით, მეტადონის მოხმარება სწრაფად იზრდება და ჯერ კიდევ 2015 წელს აღწევდა 9 მგ - ს / სულზე, მაშინ როდესაც ტკვილის გაყუჩების მიზნით მორფინის მოხმარება ახლოს დგას იზო ხაზთან და შეადგენს დაახლოებით 2- მგ -ს სულზე ანუ 2015 წელს ჩანაცვლებითი თერაპიისთვის მეტადონის მოხმარება 5 - ჯერ აღემატებოდა ტკვილის მიზნით მორფინის მოხმარებას (38 კგ ვერსუს 8 კგ). დღეს ეს დისონანსი უფრო მნიშვნელოვნად გაზრდილია (146 კგ : 9 კგ).

დიაგრამა 68.

მორფინის მოხმარება (ტკვილი) - ევროპა(მგ/სულზე), 2015



Sources: International Narcotics Control Board; World Health Organization population data
By: Pain & Policy Studies Group, University of Wisconsin/WHO Collaborating Center, 2015

დიაგრამაზე 68-დან ჩანს, რომ საქართველოში მორფინის მოხმარება ევროპის ქვეყნებთან შედარებით მინიმალურია

2013-2020 წლებში ოპიოიდების მოხმარების დინამიკამ აჩვენა (იხ. ცხრილი 112), რომ საქართველოში მეტადონის მოხმარება 23 კგ-დან 2020 წლისთვის გაიზარდა 6.5 ჯერ და 146 კგ-ს მიაღწია.

2013-2020 წწ.ში მორფინის მოხმარება ტკვილის კუპირებისთვის გაიზარდა მხოლოდ 1 კგ-ით და 9 კგ შედგინა. სხვაობა 2022 წლისთვის კიდევ უფრო მეტი იქნება (იხ. ცხრილი 113);

ცხრილი 113.

2021/2022 წლისთვის განსაზღვრული კვოტა საქართველოსთვის (136)

| განსაზღვრული კვოტა გრამებში | მეტადონი | მორფინი |
|-----------------------------|------------------|--------------|
| 2021 | 165 კგ (165 კგ) | 1300 (13 კგ) |
| 2022 | 250.000 (250 კგ) | 1300 (13 კგ) |

2022 წლისთვის საქართველოში მეტადონის მოხმარების საჭიროება განსაზღვრულია 250 კგ-ით (100 კგ-ით გაზრდა), მაშინ როდესაც ტკივილის მართვისთვის აუცილებელი ოპიოიდების საჭიროება განსაზღვრულია 13 კილოგრამით; თუმცა, ოპიოიდების ეს რაოდენობა ტკივილის მქონე მხოლოდ ტერმინალური სტადიის კიბოს მქონე პაციენტთა საჭიროებაზე (35 კგ) 2.7-ჯერ ნაკლებია.

ამრიგად, საქართველოში არის ოპიოიდების მოხმარების დაბალი მაჩვენებელი, რომელიც გამოწვეულია მისი რეგულირების მკაცრი პოლიტიკით, რის გამოც შეუძლებელია კიბოსმიერი საშუალო და ძლიერი ტკივილის ადეკვატური მართვა. ამ შედეგების საფუძველზე შეიძლება ითქვას, რომ ქვეყანაში შესაძლებელია ოპიოიდების საჭიროების მქონე ადამიანების ადეკვატური დახმარება. მაგალითად, „დამოკიდებულების სინდრომის“ მქონე ადამიანებისთვის მეტადონის გამოყენება ჩანაცვლებითი თერაპიის მიზნით, რომლის ხარჯვა 23 კგ-დან (2013 წ.) 250 კგ-მდე (2022 წ.) მოიმატა.

მეტადონისა და მორფინის მოხმარებას შორის მზრდი სხვაობა შეიძლება აიხსნას „დამოკიდებულების სინდრომის“ მქონე ადამიანების სიხშირით, რამაც მთავრობა აიძულა ან პოლიტიკური ნება იმდენად ძლიერი იყო, რომ 2005 წლიდან დაინერგა ჩანაცვლებითი თერაპია, რასაც შემდგომში მოყვა დარგის სპეციალისტების ცოდნის გაუმჯობესება და კანონმდებლობის ადაპტაცია;

მიღებული ცვლილებები მისასაღმებელია, თუმცა გაუგებარია ჯანდაცვის სფეროს მესვეურთა მდგრადობა კიბოთი გამოწვეული ტკივილის სამართავად ოპიოიდების გამოყენების შესახებ. ამ ფონზე კიბოსმიერი და სხვა დაავადებებით გამოწვეული ტკივილის მქონე პაციენტთა მდგომარეობა კი იგნორირებულია. ამასთან, კიბოსმიერი ტკივილის არაადეკვატური მართვის დროს პაციენტები მუდმივად განიცდიან ტანჯვას და ნაკლებ დროს ცოცხლობენ, ვიდრე „დამოკიდებულების სინდრომის“ მქონე ადამიანები. ამდენად, უხეშად ირღვევა ადამიანთა

ფუნდამენტური უფლება არ იტანჯებოდეს, ჰქონდეს წვდომა სამედიცინო მომსახურებაზე, განსაკუთრებით კი ესენციურ ანუ ძირითადი მნიშვნელობის მედიკამენტებზე, მათ შორის მორფინზე.

დასკვნა: სურვილისა და პოლიტიკური ნების შემთხვევაში შესაძლებელია და სახელმწიფოს ვალდებულება არის უზრუნველყოს სამედიცინო მიზნით ოპიოიდების მოხმარების რეგულირების ისეთი გარემო, რომელიც შესაძლებელს გახდის პაციენტთა სამედიცინო ჩვენებაზე და საჭიროებაზე დაყრდნობით ოპიოიდების დანიშვნას და გააუმჯობესებს მათ ხელმისაწვდომობას და ადამიანის ფუნდამენტური უფლების - ტკვილის გაყუჩებაზე ხელმისაწვდომობის დაცვას. იმედის გამოვთქვამთ, რომ სახელმწიფო განხორციელებს სამედიცინო მიზნით ოპიოიდების რეგულირების დოკუმენტებში ისეთ ცვლილებებს, რომელიც ხელს შეუწყობს არამარტი ინკურაბელურ პაციენტთა ტკვილით გამოწვეული ტანჯვის შემსუბუქებას, არამედ კიბოს მკურნალობის პროცესში შესაძლებელს გახდის ტკვილის ეფექტურ მართვას.

5.2. სამედიცინო ოპიოიდების მოქმედი მარეგულირებელი დოკუმენტები

განვითარებად ქვეყნებში კიბოსმიერი ტკვილის მქონე პაციენტთა დიდი ნაწილი, ვერ იღებს ანაგეზიურ ეფექტს (7,26,19). ასევეა საქართველოში, რაც დაადასტურა ფ.ძოწენიძის კვლევამ „ქრონიკული ტკვილის მართვაში არსებული ბარიერების შეფასება და მისი ზემოქმედება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე“ (113), რომელიც ეხებოდა ინკურაბელურ პაციენტთა ტკვილის მართვის ბარიერებს. ჩვენი მიზანი იყო კიბოს მკურნალობის პროცესში ტკვილის მართვის იმ ბარიერების დადგენა, რომლებიც ზღუდავენ ან აწესებენ მკაცრ ადმინისტრირებას და მათი ერთობლიობა იწვევს მკურნალობის პროცესში ტკვილის მართვის დაბალ ხარისხს. მოპოვებული მტკიცებულებები წარედგინება ჯანდაცვის სფეროს უფლებამოსილ პირებს, რომ დაიცვან ადამიანის ფუნდამენტური უფლებები და კიბოს მქონე პაციენტთა ტანჯვა-წამების პრევენციით მოხდეს პრობლემების გადაჭრა. საქართველოში სამედიცინო ოპიოიდების მოხმარების რეგულირების პირველი დოკუმენტი (109) მიიღეს საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრისა და შინაგან საქმეთა მინისტრის 15/03/2000-ის ერთობლივი ბრძანებით (N32/ო-N102) „ნარკოტიკული ანალგეტიკებით სიმპტომურ მკურნალობაზე მყოფი

კონტიგენტის საჭიროებისთვის ნარკოტიკული საშუალებების შენახვის, აღრიცხვის, დანიშვნის, გამოწერის, გაცემისა და გამოყენების დროებითი წესების“ დამტკიცების შესახებ; იგი დღემდე ფარავს ოპიოიდების დანიშვნას და გამოწერის წესებს.

ბრძანებით მკაცრად კონტროლდება ოპიოიდების მიმოქცევა და იზღუდება მათი მოსარგებლე პაციენტთა კატეგორია; N465/ო ბრძანებით ოპიოიდის მისაღებად საჭიროა:

1. სპეციალური რეცეპტის ფორმა (ფორმა 1);
2. რეცეპტის (ფორმა 1) ბლანკი ერთჯერადია, ვარგისიანია 5 დღე;
3. ექიმი რეცეპტს წერს 2 პირად, გადამღები ქაღალდის გამოყენებით;
4. ოპიოიდური საშუალების გამოსაწერი რეცეპტის ბლანკი (ფორმა 1) ინახება ამბულატორიაში მისი ხელმძღვანელის ბრძანებით გამოყოფილ პირთან, სეიფში ან რკინის კარადაში. თუ ამბულატორიის ექიმის გარდა, სხვა ექიმიც გამოთქვამს პაციენტის საჭიროების მიზნით ოპიოიდის დანიშვნას, მან რეცეპტის ბლანკების ნებართვის მისაღებად განცხადებით უნდა მიმართოს ნარკოტიკებზე კონტროლის ინსპექციას.

ამრიგად, საქართველოში 2000 წლიდან მოქმედებს სამედიცინო ოპიოიდების მოხმარების ყველა ბარიერი, რომლებიც განვითარებად ქვეყნებშია. ბრძანებით იზღუდება ოპიოიდის მიმღებებიც, რაც ჩანს იმ განაწესისგან, თუ ვიზე შეიძლება ოპიოიდის გამოწერა:

1. ონკოლოგიურ ინკურაბელურ ან სომატურ ავადმყოფს ნარკოტიკული საშუალება ენიშნება სიმპტომური მკურნალობისთვის სხვადასხვა არანარკოტიკული ანალგეზიური საშუალებების შესაძლებლობათა ამოწურვის შემდეგ;
2. ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების დანიშვნა შეიძლება მხოლოდ IV კლინიკური ჯგუფის ტერმინალური მდგომარეობის პაციენტებისთვის; დიაგნოზი და დაავადების სტადია დადგენილი უნდა იყოს ავტორიზებული დაწესებულების და ან კომისიის მიერ.

ამდენად, ეს რეგულაცია არის საბჭოთა რეგულაციის გადმონაშთი (110), რომლითაც ტერმინალურ კიბოს მქონე პაციენტებს შეუძლია სარგებლობა; ყველა დანარჩენი ონკოლოგიური პაციენტი, მათ შორის IV სტადიის ტკვილის მქონე ადამიანებიც უნდა დაელოდონ ტერმინალურ ანუ სიკვდილის წინა მდგომარეობის დადგომას, როცა ტკვილი ხშირად აღარც არის.

ბრძანება სირთულეს ქმნის იმიტაც, თუ როგორ და ვის შეუძლია ოპიოიდის დანიშვნა: ნარკოტიკული საშუალების პაციენტისთვის დანიშვნა, მისი რაობის, ერთჯერადი და დღე-ღამის დოზის განსაზღვრა ან დოზის შეცვლა *ხდება კომისიურად*, რომელიც დირექტორის, ხოლო იქ სადაც ამბულატორია შედის საავადმყოფოს სტრუქტურაში, დირექტორის ბრძანებით იქმნება კომისია; მასში შედიან: კლინიკური დირექტორი ან ამბულატორიის განყოფილების გამგე (თავმჯდომარე), ოჯახის ექიმი და ონკოლოგი, ან მკურნალი ექიმი არაონკოლოგიური დაავადებების შემთხვევაში პაციენტის მიხედვით.

ბრძანებით ასევე პრობლემურია ოპიოიდის მარაგი და მისი გაცემა:

1. ონკოლოგიურ და სომატურ პაციენტებზე ნარკოტიკული საშუალების გამოწერის უფლება აქვს მხოლოდ ამბულატორიის ოჯახის ექიმს, კომისიის გადაწყვეტილების საფუძველზე;
2. ქალაქსა და რაიონულ ცენტრში მცხოვრები კონტიგენტისთვის 1 რეცეპტის ბლანკზე შეიძლება ერთჯერადად გამოიწეროს ნარკოტიკული საშუალებების არა უმეტეს 3 ან 4 დღის, სოფლად მცხოვრებელი კონტიგენტისთვის - არა უმეტეს 5 დღის მარაგისა, დღიური დოზის მითითებით;
3. ოპიოიდების გაცემა ხდება პოლიციის შენობაში არსებული აფთიაქიდან ნარკოტიკული საშუალებების გაცემის დღეების მიხედვით, ძირითადად კვირაში 1-ხელ ან 2-ჯერ.

ამრიგად, სამედიცინო ოპიოიდების მოხმარების ნორმატიული დოკუმენტები ხისტია და ხშირად აცდენილია სამედიცინო ჩვენების ნორმებს. მაგ., ადრეულ ან შუალედურ სტადიებზე, როცა კიბოს მქონე პაციენტი არის მკურნალობის პროცესში და მე-2 კლინიკურ ჯგუფს მიეკუთვნება, საშუალო და ძლიერი ტკვილის შემთხვევაში არც ონკოლოგს და არც ოჯახის ექიმს უფლება არ აქვს ტკვილის სინდრომი მართოს ოპიოიდით, რადგან მოქმედი რეგულაციით არ შეიძლება მისი დანიშვნა.

საქართველოს კანონებში - ჯანმრთელობის დაცვის (2002), პაციენტის უფლებების (2000) და საექიმო საქმიანობის შესახებ (2005) მომხდარი ცვლილებებით

აღიარებულია პალიატიური მზრუნველობა. კანონებში ჯანმრთელობის დაცვისა და პაციენტის უფლებების შესახებ ჩაიწერა: „პალიატიური მზრუნველობა არის აქტიური, მრავალპროფილური მზრუნველობა, რომლის უპირველესი ამოცანაა ტკვილისა და სხვა სიმპტომების მოხსნა და ა.შ.

კანონმდებლობით პალიატიური მზრუნველობის მიზანია ავადმყოფის ცხოვრების ხარისხზე ზრუნვა, ხოლო ტკვილისა და სხვა სიმპტომების მართვით ექიმი ახდენს ავადმყოფთა ტანჯვის პრევენციას, აღიარებს პალიატიური მზრუნველობისა და აუცილებელ წამლებზე ხელმისაწვდომობის საჭიროებას..

ტკვილის სწორი მართვისთვის (პალიატიური მზრუნველობის კომპონენტი) ეროვნულ კანონში „ნარკოტიკული საშუალებების ფსიქო-ტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ 2012 წელს შევიდა ცვლილებები და დამატებები:

2007 წელს სახელმწიფომ აიღო ვალდებულება, რომ უზრუნველყო საჭიროების მქონე პაციენტების ოპიოიდებით ხელმისაწვდომობა საჭირო დოზებით და ფორმებით:

„სახელმწიფო უზრუნველყოფს ნარკოტიკული საშუალებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერების ხელმისაწვდომობას საჭირო რაოდენობითა და ფორმით, სამედიცინო, სამეცნიერო და კანონმდებლობით ნებადართული სხვა მიზნებისათვის,

საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად. 2012 წელს კანონში (მუხლი N1 პუნტი 3.ე), რომელიც განსაზღვრავს კანონის მიზნებს, რეგულირების სფეროს და

პრინციპებს და პრევენციულ ზომებზე იყო საუბარი, ჩაიწერა სამედიცინო მიზნებით ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის ვალდებულება, სახელდობრ: „სამედიცინო მიზნებისათვის ნარკოტიკულ საშუალებათა ადეკვატური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

მის შესასრულებლად ცვლილებები შევიდა ამავე კანონის 38 მუხლის, მე-2 პუნქტში, რომელშიც გაიწერა შემდეგი: „ამ კანონის ამოქმედებიდან 8 თვეში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ საქართველოს აღმასრულებელი ხელისუფლების შესაბამის ორგანოებთან შეთანხმებით დაამტკიცოს ამ კანონის ამოქმედებისათვის საჭირო სამართლებრივი აქტები.

2012 წელს კანონში „ნარკოტიკული საშუალებების ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ განხორციელდა

ცვლილებები: გაუქმდა სტიგმის შემცველი ტერმინი სომატონარკომანი; შეიცვალა „დამოკიდებულების“ შინაარსობრივად გაუმართლებელი განსაზღვრება; გაუქმდა ფიზიკური დამოკიდებულება, როგორც დამოკიდებულების მონოკრიტერიუმი.

ამრიგად, საქართველოს კანონის თანახმად ტკვილის მართვა პაციენტებში უნდა ხდებოდეს უწყვეტად ეთიკური სტანდარტების შესაბამისად, აუცილებელი წამლები, როგორცაა მორფინი, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველა საჭიროების მქონე

პაციენტისთვის, სახელმწიფომ კი - უნდა უზრუნველყოს ყველა ოპიოიდის საჭირო რაოდენობითა და ფორმით. კანონებთან შესაბამისობაში მოსაყვანად ქრონიკული ტკივილის მართვისა და სამედიცინო მიზნებით ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის გასაუმჯობესებლად, ქვეყანაში ოპიოიდების მარეგულირებელ დოკუმენტებში 2008-2011 წლებში განხორციელდა რიგი ლიბერალური ცვლილებები;

2008 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 157/ნ ბრძანებით დამტკიცდა ინსტრუქცია „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე (N157/ნ ბრძანება/ინსტრუქცია 2008); განისაზღვრა, რომ პალიატიური მზრუნველობის „უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა სიმპტომების მოხსნა... დამტკიცებული ინსტრუქციის შესრულების მიზნით მიიღეს ახალი რეგულაციები:

ა) ქრონიკული ინკურაბელური პაციენტისთვის გამოწერილი 1 რეცეპტი (ფორმა) შეიძლება შეიცავდეს ნარკოტიკული საშუალების 7 დღის სამყოფ რაოდენობას;
ბ) პრეპარატის მართებული დანიშვნა/გამოწერაზე პასუხისმგებელია ექიმი, რომელიც გასცემს რეცეპტს და დაწესებულების ხელმძღვანელი, ან მის მიერ დანიშნული პასუხისმგებელი პირი, რომელიც აწარმოებს მონიტორინგს. 2010 წელს დაემატა „მეწარმე ფიზიკურ პირად რეგისტრირებული პირველადი ჯანდაცვის ექიმი სოფლად, რომელიც ახორციელებს სოფლის მოსახლეობისთვის ამბულატორიული მომსახურებას, რეცეპტის გამოწერაზე პასუხისმგებელია ერთპიროვნულად, რასაც ადასტურებს რეცეპტის ბლანკზე ხელმოწერითა და პირადი ბეჭდის დასმით (26.02.2010 N55/ნ).

გ) თუკი მკურნალობის განმავლობაში პაციენტის მდგომარეობა შეიცვალა, რაც საჭიროებს ნარკოტიკის, ან მისი დოზის ან ფორმის შეცვლას, მაშინ ექიმმა უნდა გასცეს ახალი რეცეპტი;

დ) რეცეპტი ვარგისიანია 5 სამუშაო დღის განმავლობაში, ხოლო შემდეგ ფარმაცევტს არ აქვს უფლება გასცეს მედიკამენტი. საჭიროების შემთხვევაში გაიცემა ახალი რეცეპტი;

ე) საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამსახურებმა ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო ბიუროში ქვეყნისთვის ყოველწლიური კვოტის წარდგენისას, სახელმწიფო შესყიდვების განხორციელებისას, გაითვალისწინონ ჯანმო-ს რეკომენდაციები ტკივილის გაყუჩებისთვის მოთხოვნილი

სხვადასხვა ნარკოტიკების, მათი ფორმების და ამ ფორმების თანაფარდობის თაობაზე. ამავე ბრძანებაში, 2010 წელს შევიდა ცვლილება, სადაც სოფლის ექიმს მიეცა ოპიოიდების დანიშვნის/გამოწერის ერთპიროვნული უფლება (26.02.2010 N 55/5).

2008 წელს მიღებული იქნა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრისა და შინაგან საქმეთა მინისტრის ერთობლივი ბრძანება N199/5-883. ამ ბრძანების მიხედვით „ნარკოტიკული ანალგეტიკებით სიმპტომურ თერაპიაზე მყოფი კონტინგენტის საჭიროებისთვის ნარკოტიკული საშუალებების შენახვის, აღრიცხვის, დანიშვნის, გამოწერის, გაცემის და გამოყენების დროებითი წესის დამტკიცების შესახებ საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 13 მარტის და შინაგან საქმეთა მინისტრის 2000 წლის 15 მარტის N 32/ო-N 102 ერთობლივ ბრძანებას (სსმ III, 2000 წ., N 26, მუხლი 241) დაემატა 4¹ პუნქტი: *„ქრონიკული ინკურაბელური ავადმყოფებისთვის განსხვავებულ პირობებს არეგულირებს „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის N 157/5 ბრძანება.*

2010 წელს დამტკიცდა რეცეპტის ახალი ფორმა საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის N 17/5 ბრძანებით. რომელიც ცვლილების სახით აისახა სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული წამლების გამოსაწერი რეცეპტის ბლანკის ფორმების დანიშვნისა და გამოწერის დროებითი წესების შესახებ 1 რეცეპტის ფორმაზე ერთდროულად დაიშვა 2 ოპიოიდის ან ერთი ოპიოიდის 2 განსხვავებული ფორმის გამოწერა - 1 რეცეპტის ბლანკზე დასაშვებია სხვადასხვა დასახელებისა და ფორმის ნარკოტიკული საშუალების გამოწერა.

სახელმწიფო პროგრამა 2011 წლამდე ოპიოიდურ საშუალებებზე ფარავდა ონკოლოგიური პაციენტების საჭიროებას. საქართველოს მთავრობის დადგენილების N77 (2011 წლის 15.02) საფუძველზე 2011 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, პროგრამის ონკოლოგიურ ინკურაბელურ ავადმყოფთა სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, შეიცვალა სახელწოდება და პროგრამის ბენეფიციარად დასახელებული ონკოლოგიური ინკურაბელური პაციენტები ჩანაცვლდა ტერმინით „ქრონიკული ინკურაბელურით.„ ამით ონკოლოგიური პაციენტების გარდა

შესაძლებელი გახდა ოპიოიდების დანიშვნა და გამოწერა საჭიროების მქონე სომატური პაციენტებისთვისაც.

ამგვარად, საქართველოში 2008-2012 წწ.-ში სამედიცინო მიზნებით ოპიოიდების გამოყენების ხელმისაწვდომობის გასაზრდელად გატარდა შემდეგი ცვლილებები: 1. ქრონიკული ინკურაბელური პაციენტებისთვის განსხვავებულ პირობებს არეგულირებს „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე 2008 წ. 10 ივლისის N 157/ნ ბრძანება (ბრძანება N 199/ნ–883 2008 წ); 2. 1 რეცეპტზე შესაძლებელი გახდა ოპიოიდების 7 დღის მარაგის გამოწერა (ბრძანება N157/ნ 2008 წ); 3. წამლის დანიშვნასა და რეცეპტის გამოწერაზე, ოპიოიდების დოზის და ფორმის შეცვლაზე, პასუხისმგებლობა დაეკისრა ექიმს (ბრძანება N 157/ნ 2008 წ); 4. პირველადი ჯანდაცვის ექიმს სოფლად ერთპიროვნულად უფლებამოსილება მიენიჭა ოპიოიდის რეცეპტის გამოწერაზე (26.02.2010 N 55/ნ); 5.

თუკი მკურნალობის განმავლობაში პაციენტის მდგომარეობა შეიცვალა, რომელიც საჭიროებს ნარკოტიკის, ან მისი დოზის ან ფორმის შეცვლას, მაშინ ექიმმა უნდა გასცეს ახალი რეცეპტი (ბრძანება N 157/ნ 2008 წ); 6. ერთი რეცეპტის ფორმაზე დაიშვა ერთდოულად 2 ოპიოიდის ან ერთი ოპიოიდის 2 განსხვავებული ფორმის გამოწერა (ბრძანება N 18/ნ - N 96 2010).

ტკვილის სწორი მართვისა და ხელმისაწვდომის გასაუმჯობესებლად ჯანმო-მ შეიმუშავა სტრატეგია:

1. კანონმდებლობის;
2. წამლის ხელმისაწვდომობის;
3. განათლების ერთობლიობის (WHO,1996).

ამ კომპონენტთა ერთობლიობა განაპირობებს მედიკამენტების ხელმისაწვდომობას და ტკვილის ეფექტურ მართვას. საქართველოში პირველად დაიყო მესამე კომპონენტის შესრულება:

2002 წ. - ტრენინგები ტკვილის მედიცინაში, რომელიც საქართველოს მასშტაბით დღემდე გრძელდება;

2003 წ. - გამოიცა სახელმძღვანელო პალიატიურ მზრუნველობაში, რომელიც სხვა ავტორებმა კიდევ 5 ჯერ გამოცეს (110-115, 129-133).

2007 წლიდან საქართველოს უმაღლეს და საშუალო სამედიცინო სკოლებში დაიწყო პალიატიური მზრუნველობისა და ტკვილის მედიცინის სწავლება;

2010 წელს გამოცემულ ონკოლოგიის სახელმძღვანელოში (ავტორები: რ. ღვამიჩავა, მ. შავდია) ცალკე თავად (129) შევიდა ონკოლოგიურ პაციენტთა ტკვილის მართვის პრინციპები;

2011-2012 წწ. - საოჯახო მედიცინისა და მომიჯნავე სპეციალობების სარეზიდენტო პროგრამებში შეიტანეს პალიატიური მზრუნველობა და ტკვილის მედიცინა;

2012 წელს - საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცდა ქრონიკული ტკვილის მართვის გაიდლაინი (116);

2017 წელს - მოქმედება დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის პროფესიული გადამზადების პროგრამამ პალიატიურ მზრუნველობასა და ტკვილის მედიცინაში; ამრიგად, კიბოსმიერი ტკვილის მართვის გაუმჯობესების მიზნით საქართველოში 2007-2020 წწ.-ში განხორციელებული ცვლილებები საკმარისი არ აღმოჩნდა ჯანმო-ს სტრატეგიული მიმართულებების დასაფარად, რადგან სახელმწიფომ საკმარისი ნება ვერ გამოიჩინა. ამიტომ, არ მოხდა მიღებული ცვლილებების დანერგვა.

ბრძანებების მიღებასთან ერთად არ მოხდა ძველი და ახალი რეგულაციების სინქრონიზაცია - ძველი შემზღვეველი ნორმები არ გაუქმდა და კანონმდებლობაში მივიღეთ ორმაგი სტანდარტის მქონე რეგულაციები.

გარდა ამისა, ნორმატიული დოკუმენტები ეწინააღმდეგება საქართველოს კანონებით განსაზღვრულ მოცემულობებს, რეგულაციები - ურთიერთწინააღმდეგობრივია. ამრიგად, შეიძლება დავასკვნათ: *საქართველოში მკაცრმა კანონმდებლობამ ხელი შეუწყო სამედიცინო მიზნებით ოპიოიდების მოხმარების შეზღუდვას, ღრმად გაუღდა ფესვები „ოპიოიდობის (127,128) ფენომენს, როგორც ექიმებს/ექთნებს შორის, ისე საზოგადოებაში.*

ტკვილის მართვისადმი ამ დამოკიდებულებამ საფუძველი გაუყარა საბჭოთა მენტალობის ექიმების არასწორ დამოკიდებულებას ქრონიკული ტკვილის შეფასებისა და ოპიოიდებით მართვისადმი.

ოპიოიდების მოხმარების კონტროლის მკაცრი მექანიზმები დაინერგა სახელმწიფო ორგანოებისა და სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრაციის მიერ;. მკაცრმა კანონმდებლობამ და ტკვილის შესახებ ექიმთა ცოდნის დეფიციტმა შექმნეს არასწორი წარმოდგენა ოპიოიდების ფარმაკოლოგიურ თავისებურებებზე, რამაც ხელი შეუწყო ცრუ წარმოდგენებს ოპიოიდების გვერდითი ეფექტებისა თუ

დამოკიდებულების შესახებ; ამან გავლენა იქონია ყველაზე, მათ შორის პაციენტთა და მათი ოჯახის განწყობაზე. ჩამოყალიბდა „მანკიერი წრე (127), რომელიც „კეთილმსურველ ექიმსაც კი ხშირად უარს ათქმევინებს დაეხმაროს პაციენტს და შეუმსუბუქოს დაავადების და ტკვილის ერთობლიობით გამოწვეული მძიმე ტანჯვა; ამ მოწყვლადი ადამიანების დახმარება და ტვირთის შემსუბუქება ჯანდაცვის პოლიტიკისთვის წამყვანია (128), ისე როგორც ტკვილის მართვა. ამ ფონზე ექიმთა განათლების დონე უცვლელია მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს რიგი სამედიცინო ლიტერატურა ტკვილის მართვის შესახებ ქართულ ენაზე (127-130). თუ მხედველობაში მივიღებთ, რომ საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ (2002) ტერმინალურ სტადიას განსაზღვრავს უკურნებელი დაავადების „სიკვდილის წინა სტადიად“ - ნიშნავს, რომ *თუ პაციენტი არ კვდება, ტკვილის გაყუჩება არ შეუძლია; ასეთი მიდგომა კანონის უხეში დარღვევა წამლებზე ხელმისაწვდომობისა და ცხოვრების ხარისხზე მისი გავლენის, ასევე ლახავს დამკვიდრებულ ბიოეთიკურ პრინციპებს (133,134). ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებებს და მას ტანჯვისა და წამების ობიექტად აქცევს (135).*

ამრიგად, ძლიერი ოპოიდური ანალგეტიკების დანიშვნა შესაძლებელია იმ პაციენტებისთვის, ვისაც სამკურნალო თუ სასიცოცხლო რესურსი აღარ აქვთ და ოპოიდები ენიშნებათ სიკვდილის წინ, რამაც წარმოშვა მითი ექიმებში და საზოგადოებაში, რომ მორფინი არის კიბოს ბოლო სტადიის წამალი (136) და მისი დანიშვნა ასოცირდება გარდაუვალ სიკვდილთან. კიბოს ადრეულ და შუალედურ სტადიებზე მკურნალობის პროცესში ძლიერი ტკვილის მართვა ოპოიდებით დროებით ან ხანგრძლივად, ხშირად სიცოცხლის ბოლომდე აუმჯობესებს ადამიანის ცხოვრების ხარისხს, აქტივობას. ფუნქციონირებას. მითუმეტეს, რომ ძლიერი ტკვილი შესაძლოა განვითარდეს ქრონიკული დაავადების ყველა ეტაპზე (17), რაც კვლევითაც დადგინდა.

სამწუხაროდ, ჩვენ რეალობაში ოპოიდები ინიშნება არა სიცოცხლის ხარისხის გასაუმჯობესებლად, რომ პაციენტის სოციალური და ფიზიკური აქტივობა შენარჩუნდეს, არამედ სიცოცხლის ბოლოს, როცა პაციენტის მდგომარეობის აღარ გაუმჯობესდება; ამიტომ, მოსახლეობაში არის მითები მორფინის შესახებ. ამრიგად, განათლების დეფიციტმა, მორფინის სიცოცხლის დასასრულს დანიშვნის წესმა, რაც არ ეფუძნება ფარმაკოლოგიურ მოქმედებას, მის შესახებ შექმნა მითები, რომელიც მხარდაჭერილია მკაცრი და უსამართლო რეგულაციებით.

ტკვილის სწორი მართვისთვის, პაციენტებთან/ექიმებთან ასოცირებული ბარიერების აღმოფხვრის გარდა, აუცილებელია ოპიოიდების რეგულირების ხელშემშლელი ფაქტორების კორეგირება. ასეთ ფაქტორებს მიეკუთვნება ის, რომ: ოპიოიდები არ არის სუსპენზიისა და პლასტირების სახით; ოპიოიდის გასაცემი რეცეპტი შეიცავს მხოლოდ 7 დღის მარაგს; ოპიოიდები გაიცემა მხოლოდ პაციენტის საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით; რეგიონებში ოპიოიდები გაცემა კვირაში მხოლოდ 1 დღეს;

| დანიშვნა/გამოწერასთან დაკავშირებული ბარიერები; | |
|---|---|
| ავტორიზებული სპეციალობის მქონე პირი | მხოლოდ ოჯახის/სოფლის /ზპ ექიმი ავტორიზებული დაწესებულებიდან |
| სპეციალური ნებართვა | ვერიფიცირებული დიაგნოზი; კომისიის გადაწყვეტილება |
| პაციენტების კრიტერიუმები | მხოლოდ უკუჩვენებელი პაციენტები ტერმინალურ ფაზაში |
| რეცეპტის ფორმებზე ხელმისაწვდომობა | სპეც. ფორმა N1; მხოლოდ პროგრამის ფარგლებში და ავტორიზებ. ამბულატორიის ოჯახის ექიმებისთვის |
| გაცემასთან დაკავშირებული ბარიერები / ავტორ. აფთიაქები | პოლიციის შენობაში არსებული ავტორიზებული აფთიაქები. აფთიაქებისთვის წაყენებული კრიტერიუმები |

რაც მთავარია, საქართველოს კანონები აღიარებენ სამედიცინო მიზნებისთვის ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის აუცილებლობას ექიმების მიერ სერვისის უწყვეტი მიწოდებით, ხოლო კანონქვემდებარე აქტები (2008 წელი) ზღუდავენ ოპიოიდების დანიშვნას მხოლოდ უკუჩვენებელი პაციენტებისთვის, ისიც დაავადების ტერმინალურ ფაზაში (2018 წელი), ექიმს სერვისის მიწოდება შეუძლია მხოლოდ ბოლო 6 თვის მანძილზე, თუ დაავადების ტერმინალური ფაზა დადასტურებულია.

კვლევის შედეგები და მტკიცებულებები:

1. საქართველოში კიბოს რეესტრის შექმნა დადებითად აისახა 2015-2019 წლებისა და მანამდე არსებულ სტატისტიკაზე. კერძოდ, 2015-2019 წწ.-ში კიბოს ყველა ახალი შემთხვევის რაოდენობა მერყეობდა 10.000-11.000-ის ფარგლებში, ხოლო 2008 წელს, როცა მოსახლეობა მეტი იყო, რეგისტრირდებოდა 7.000 ახალი შემთხვევა (118) ანუ 1.5-ჯერ ნაკლები. კიბოს ინციდენტობამ 100.000 მოსახლეზე 2008 წელს საქართველოში შეადგინა 143,0, ხოლო 2019 წელს, როცა კიბოს 10.339 ახალი შემთხვევა დაფიქსირდა, ავადობამ 100.000 მოსახლეზე 277.9 შეადგინა (დიაგრამა 1);
2019 წელს კიბოს ყველა ახალი შემთხვევის 43% დადგინდა I-II სტადიაზე, რაც შესამჩნევი გაუმჯობესება არის საბჭოთა საქართველოს (1990 წლამდე) იგივე სტადიაზე გამოვლენილ პაციენტებთან შედარებით, როცა მათი წილი 1/3 იყო. ონკოლოგიური პათოლოგიების 41% III და IV სტადიებზე გამოვლინდა, ხოლო 16% სტადია ვერ დაზუსტდა;
დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გაუმჯობესებით კიბოს ხუთწლიანი გადარჩენის მაჩვენებელმა საქართველოში შეადგინა 50.1%; იგი ყველაზე მაღალია ფარისებრ ჯირკვალის (92,8%), Cancer In situ (89,1%), ჰოჯკინის ლიმფომის (74.5%), თირკმლისა და თირკმლის მენჯისა (69.3%) და საშვილოსნოს ტანის (66,7%) კიბოს შემთხვევაში; საქართველოს 2015-2019 წწ.-ის კიბოს ხუთწლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები (50.1%) სხვა ქვეყნებთან შედარებით დაბალია; ეს ხშირად ტკვილის მიზეზიც არის, რომელიც გავლენას ახდენს მკურნალობის შედეგებზეც (118);
2019 წელს 15971 კიბოს მეთოდებიდან 40.8% მოდიოდა ქირურგიულზე, 34.6%, - ქიმიო-, იმუნო- და ჰორმონო თერაპიაზე, 17.1% - რადიოთერაპიაზე;
მედიკამენტური და სხივური თერაპია ჯამურად ჩაუტარდა 8655 პაციენტს (54,2%)
2019 წელს საქართველოში. საერთაშორისო მონაცემებით კიბოს მკურნალობისას ტკვილი აქვს 55%-ს (17) ანუ საქართველოში ამ წელს ნამკურნალებ 8655 პაციენტიდან 50%-ს მაინც ანუ 4330 პაციენტს მკურნალობის პროცესში სავარაუდოთ აღენიშნებოდა ტკვილი;
საქართველოში ქალები უფრო ხშირად ავადდებიან კიბოთი, ვიდრე კაცები (Z=17,8; P<0,001);
2. 2015-2019 წლებში საქართველოში რეგისტრირებული იქნა მამაკაცთა კიბოთი დაავადების 22,875 შემთხვევა. 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით, ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 258;

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წწ.-ში ყოველ 100.000 მამაკაცზე საქართველოში ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 183. კიბოს ლოკაციების მიხედვით რანგით I ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (ASR=27,3; 95% CI ASR= 26,4-28,2), II - პროსტატის (ASR=20,4; 95% CI ASR= 19,6-21,1), III - შარდის ბუშტის (ASR=16,0; 95% CI ASR= 15,3-16,7), IV - კოლორექტუმის (ASR=15,8; 95% CI ASR= 15,1-16,5), V - კანის კიბოს (ASR=14,8; 95% CI ASR= 14,1-15,4).

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100.000 კაცზე თბილისში ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 244. კიბოს ლოკაციების მიხედვით რანგით I ადგილზეა ფილტვის (ASR=34,1; 95% CI ASR= 32,1-36,2), II - პროსტატის (ASR=32,5; 95% CI ASR= 30,5-34,6), III - კოლორექტუმის (ASR=24,1; 95% CI ASR= 22,3-25,8), IV - შარდის ბუშტის (ASR=22,7; 95% CI ASR= 21,0-24,4), V- კანის კიბო (ASR=17,3; 95% CI ASR= 15,9-18,8).

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წწ.-ში ყოველ 100,000 კაცზე საქართველოს რეგიონებში (თბილისის გარდა) წლიურად კიბოთი ავადდებოდა 166. კიბოს ლოკაციების მიხედვით რანგით პირველია ფილტვის (ASR=25,6; 95% CI ASR= 24,5-26,7), მეორე - პროსტატის (ASR=16,8; 95% CI ASR=16,0-17,7), მესამე- კანის (ASR=14,3; 95% CI ASR= 13,5-15,1), მეოთხე - შარდის ბუშტის კიბოს (ASR=14,1; 95% CI ASR= 13,3-14,9), მეხუთე-კოლორექტუმის კიბო (ASR=13,5; 95% CI ASR= 12,7-14,2).

მამაკაცთა მოსახლეობის კიბოთი 5 ძირითადი ლოკაციის ავადობის სტრუქტურაში საქართველოში I ფილტვის კიბო (ASR=27,3); იგი პირველია თბილისშიც (ASR=34,1) და რეგიონებშიც (ASR=25,6). ინციდენტობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) აჩვენებს, რომ თბილისში ფილტვის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,3-ჯერ აღემატება (SRR=1,3) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეს. მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში საქართველოში რანგით II ადგილზეა პროსტატის კიბო (ASR=20,4); იგი ასევე მეორეა თბილისში (ASR=32,5) და რეგიონებში (ASR=16,8). SRR-ით თბილისში პროსტატის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,9-ჯერ მეტია (SRR=1,9) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეზე; მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში საქართველოში მესამე ადგილზეა შარდის ბუშტის კიბოს (ASR=16,0). შარდის ბუშტის კიბო IV ადგილზეა თბილისში (ASR=24,1) და რეგიონებში (ASR=14,1). SRR-ით თბილისში შარდის ბუშტის კიბოს

ინციდენტობის სიხშირე 1,7-ჯერ აღემატება (SRR=1,7) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში საქართველოში IV ადგილზეა მსხვილი ნაწლავის კიბო (ASR=15,8). ამ ლოკაციის კიბო თბილისში III ადგილზეა (ASR=24,1), რეგიონებში - V (ASR=13,5). SRR-ის მიხედვით თბილისში კოლორექტუმის კიბოს ავადობის სიხშირე 1,8-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,8) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის სიხშირეს.

მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში საქართველოში, მე-5 ადგილზეა კანის კიბო (ASR=14,8), ისე როგორც თბილისში (ASR=17,3), მაშინ როდესაც რეგიონებში კანის კიბო III ადგილზეა (ASR=14,3). SRR-ის მიხედვით თბილისში კანის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,2-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,2) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეს;

სტანდარტიზებული ინდიკატორებით დადგენდა 2015-2019 წწ.-ში თბილისში და ქვეყნის რეგიონებში მცხოვრებ მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა და თითოეული ლოკაციის სარანგო ადგილი: I და II ადგილები თბილისში და რეგიონებში ეკავა ფილტვისა და პროსტატის კიბოს, ამ ლოკაციებს ავადობის სიხშირეები თბილისში, შესაბამისად, 1,3-ჯერ და 1,9-ჯერ აღემატებოდა რეგიონებში მათი ავადობის დონეებს; IV ადგილი თბილისშიც და რეგიონებშიც ეკავა შარდის ბუშტის კიბოს; III და V ადგილები შესაბამისად ეკავათ თბილისში კოლორექტუმისა და კანის კიბოს, ხოლო რეგიონებში პირიქით -კანისა და კოლორექტუმის კიბოს.

3. 2015-2019 წწ.-ში საქართველოში რეგისტრირებული იქნა ქალთა კიბოთი დაავადების 29,303 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლებით საქართველოში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 301; ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წწ.-ში ყოველ 100,000 ქალზე საქართველოში ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 197. კიბოს ლოკაციებით I ადგილი ეკავა ძუძუს (ASR=63,2; 95% CI ASR= 61,8-64,5), II - ფარისებრი ჯირკვალის (ASR=34,4;95%CI ASR=33,3-35,5), III - საშვილოსნოს ყელის (ASR=13,4; 95% CI ASR= 12,8-14,1), IV - საშვილოსნოს ტანის (ASR=11,3; 95% CI ASR= 10,8-11,9), V - მსხვილი ნაწლავის კიბოს (ASR=10,3; 95% CI ASR= 9,7-10,8); ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წწ.-ში ყოველ 100.000 ქალზე საქართველოში ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 301; კიბოს

ლოკაციებით რანგით პირველია ძუძუს (AAR=95,7; 95% CI AAR= 94,3-97,0), II - ფარისებრი ჯირკვალის (AAR=41,0; 95% CI AAR= 39,9-42,1), III - მსხვილი ნაწლავის (AAR=18,9; 95% CI ASR= 18,4-19,4), IV - საშვილოსნოს ყელის (AAR=18,6; 95%CI AAR= 18,0-19,3), V - საშვილოსნოს ტანის კიბო (AAR=18,5; 95% CI AAR= 18,0-19,1). ASR-თან შედარებით AAR მაჩვენებლებით III და V ადგლებს ცვლიან კოლორექტუმისა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობები.

2015-2019 წლებში ქალთა კიბოთი დავადების კუმულაციურმა რისკმა 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში საქართველოში, შეადგინა 13,3 (95% CI CR64= 13,1-13,5), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იზრდება და შეადგენს 19,5 (95% CI CR74= 19,3-19,8). 2015-2019 წლებში საქართველოში ქალთა კიბოთი დავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკაციების მიხედვით ჰქონდა ძუძუს კიბოს (CR64=4,8; 95% CI CR64= 4,7-4,9), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში მატულობს (CR74=7,0; 95% CI CR74= 6,8-7,1).

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წწ.-ში თბილისში 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 265. კიბოს ლოკაციებით რანგით I ადგილზეა ძუძუს (ASR=85,3;95% CI ASR= 82,5-88,1), II - ფარისებრი ჯირკვალის (ASR=52,4; 95% CI ASR= 50,1-54,8), III - საშვილოსნოს ყელის (ASR=16,0; 95% CI ASR= 14,7-17,3), IV - საშვილოსნოს ტანის (ASR=15,2; 95% CI ASR= 14,1-16,4), V- კოლორექტუმის კიბო (ASR=14,9; 95% CI ASR= 13,8-16,0);

კიბოს ლოკაციებით რანგით I ადგილზეა ძუძუს (AAR=123,6; 95% CI AAR= 120,7-126,4), II - ფარისებრი ჯირკვალის (AAR=64,1; 95% CI AAR=61,7-66,5), III - კოლორექტუმის (AAR= 25,6;95% CI ASR=24,5-26,7), IV - საშვილოსნოს ტანის (AAR=23,6; 95%CI AAR=22,4-24,7), V - საშვილოსნოს ყელის კიბო (AAR=21,4; 95% CI AAR=20,1-22,7). ASR-თან შედარებით AAR მაჩვენებლებით III და V ადგლებს ცვლიან კოლორექტუმის, საშვილოსნოს ყელისა და ტანის კიბოს ინციდენტობები, კერძოდ საშვილოსნოს ტანი რჩება IV ადგილზე, მსხვილი ნაწლავის მე-5-დან ინაცვლებს მე-3-ზე, საშვილოსნოს ყელის მე-3-დან ქვეითდება მე-5 ადგილზე.

ქალთა კიბოთი დავადების კუმულაციურმა რისკმა 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში 2015-2019 წწ.-ში თბილისში, შეადგინა 17,0 (95% CI CR64= 16,6-17,4), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იზრდება და შეადგენს 25,7 (95% CI CR74= 25,1-26,2). 2015-2019 წლებში საქართველოში ქალთა კიბოთი დავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი, 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში, ლოკაციების მიხედვით

ჰქონდა ძუძუს კიბოს (CR64=6,2; 95% CI CR64= 6,0-6,0), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში მატულობს (CR74=9,5; 95% CI CR74= 9,2-9,8).

2015-2019 წლებში რეგიონებში რეგისტრირებული იქნა ქალთა კიბოთი დავადების 17,608 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლებით, საქართველოში 100.000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 263; ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წწ.-ში ყოველ 100,000 ქალზე რეგიონებში ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 168. კიბოს ლოკაციებით I ადგილზეა ძუძუს (ASR=54,0; 95% CI ASR= 52,5-55,5), II - ფარისებრი ჯირკვალის (ASR=25,9; 95% CI ASR= 24,7-27,0), III - საშვილოსნოს ყელის (ASR=12,3; 95% CI ASR= 11,6-13,0), IV - საშვილოსნოს ტანის (ASR=9,7; 95% CI ASR= 9,1-10,4), V - საკვერცხის კიბო (ASR=11,0; 95% CI ASR= 8,7-10,0);

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში 100,000 ქალზე რეგიონებში ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 363. კიბოს ლოკაციები პირველია ძუძუს (AAR=83,0; 95% CI AAR= 81,5-84,5), II - ფარისებრი ჯირკვალის (AAR=30,6; 95% CI AAR= 29,4-31,8), III - კანის (AAR=21,1; 95% CI ASR= 20,6-21,7), IV - საშვილოსნოს ყელის (AAR=17,4; 95% CIAAR=16,6-18,1), V - საშვილოსნოს ტანის კიბო (AAR=16,2; 95% CI AAR= 15,6-16,8);.

2015-2019 წწ.-ში ქალთა კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში, რეგიონებში შეადგინა 11,6 (95% CI CR64= 11,4-11,9), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იზრდება და შეადგენს 16,8 (95% CI CR74=16,6-17,1); 2015-2019 წწ.-ში ქალთა კიბოთი დავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში, საქართველოში, ლოკაციებით ჰქონდა ძუძუს კიბოს (CR64=4,2; 95% CI CR64= 4,0-4,3), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ოდნავ მატულობს (CR74=5,9; 95% CI CR74= 5,8-6,1);

ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (ASR) საქართველოში, თბილისში და რეგიონებში კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში 1-ლ ადგილზეა ძუძუს კიბო (ASR=63,2). იგი ასევე პირველია თბილისში (ASR=85,3) და რეგიონებში (ASR=54,0). ინციდენტობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) აჩვენებს, რომ თბილისში ძუძუს კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,6-ჯერ მეტია (SRR=1,6) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეზე;

ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში საქართველოში, II ადგილზეა თიროიდულ კიბო (ASR=34,4). თიროიდული კიბო II სარანგო ადგილზეა თბილისში (ASR=52,4) და

რეგიონებში (ASR=25,9). ამავე დროს, SRR-ით თბილისში თიროიდულ კიბოს სიხშირე 2-ჯერ მეტია (SRR=2,0) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეზე; ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში საქართველოში, III ადგილზეა საშვილოსნოს ყელის კიბო (ASR=13,4). იგი მე-3 ადგილზეა თბილისში (ASR=16,0) და რეგიონებში (ASR=12,3). SRR-ით თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,3-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,3) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეს. ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში საქართველოში, IV ადგილზეა საშვილოსნოს ტანის კიბო (ASR=11,3), რომელიც ასევე IV ადგილზეა თბილისში (ASR=15,2) და რეგიონებში (ASR=9,7). SRR-ით თბილისში საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,6-ჯერ მეტია (SRR=1,6) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეზე.

ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში საქართველოში, V ადგილზეა კოლორექტუმის (ASR=10,3), ისე როგორც თბილისში (ASR=14,9), მაშინ როდესაც რეგიონებში მსხვილი ნაწლავის კიბო VII ადგილზეა (ASR=8,5). SRR-ით თბილისში კოლორექტალურ კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,8-ჯერ მეტია (SRR=1,8) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეზე.

- სამედიცინო ბარათებში 354 კიბოს მქონე პაციენტიდან მკურნალობის პროცესში ტკვილი ფიქსირებული ჰქონდა 138 პაციენტს ანუ 39%-ს (Chi-Square 17.19; $p < 0.001$); სამედიცინო ბარათებით 207 კიბოს მქონე ქალიდან ტკვილი ჰქონდა 62-ს (30%), ხოლო 147 ონკოლოგიური მამაკაციდან - 76-ს (51.7%) ანუ კაცებში (51,7%) ტკვილი 1,7-ჯერ უფრო მეტია, ვიდრე ქალებში (30%)(Chi-Square 10.17; $p < 0.001$); სამედიცინო ბარათებით მკურნალობის დროს ტკვილი ადრეულ (I-III) სტადიებზე ხშირია ქალებში (59,7%), ვიდრე - კაცებში (44.7%) და პირიქით, IV სტადიაზე კაცებში ტკვილი (55,3%) 1.4-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში (40.3%; $p < 0.001$); კიბოსმიერი ტკვილის სიხშირე სტადიების მიხედვით იყო: I სტადიის დროს 19 პაციენტიდან ტკვილი ჰქონდა - 5-ს (26.3%), II სტადიისას 59 პაციენტიდან - 11-ს (18.6%), III სტადიისას 155 პაციენტიდან - 55-ს (35.5%) და IV სტადიის დროს 121 პაციენტიდან - 67-ს (55.4%); 138 ტკვილის მქონე პაციენტიდან მისი სიძლიერე დაუდგინდა 81 (58,7%) პაციენტს, 57-ს (41,3%) კი - არა (OR=7.3, 95%CI – 3.4-15.7, $p < 0.001$); 81 პაციენტიდან სუსტი ტკვილი ჰქონდა 21.7%-ს (OR=5.7, 95%CI – 1.7-19.0, $p = 0.005$), საშუალო -24.6%-ს

(OR=9.9, 95%CI – 2.3-41.9, $p<0.001$), ძლიერი - 12.3% -ს (OR=3.0, 95%CI – 0.9-10.5, $p=0.086$);

ბარათებით 354 კიბოს მქონე პაციენტიდან ტკვილის სიძლიერე 10 ქულიანი შკალით შეუფასდა მხოლოდ 2 პაციენტს ანუ 0.6%-ში (Chi-Square 346.05; $p<0.001$);

ბარათებით ტკვილი ძირითადად იმართებოდა არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებით (ასსს) - 114 პაციენტი, რაც 33-ით მეტია, ვიდრე, ვისაც ასეთი ტკვილი ჰქონდა - 81; 51 საშუალო/ძლიერი ტკვილის მქონე პაციენტიდან ოპიოიდები დაენიშნა 21-ს (41.2%);

ბარათებით ტკვილის მართვა დანიშნული ანალგეტიკები ეფექტური იყო 35 (25.4%) პაციენტის, ნაწილობრივ - 85-ის (61.6%), უშედეგო - 18-ის (13%) (Chi-Square 344.53; $p<0.001$); ამდენად, 74.6%-მა ვერ მიიღო სათანადო დახმარება;

ბარათებით კიბოს მკურნალობის მეთოდებიდან ტკვილი ყველაზე ხშირი იყო პალიატიური თერაპიის დროს - 54.7%, რადიკალური მკურნალობიდან - ნეო/ადიუვანტური ქიმიო-სხივური თერაპიის კომბინაციის შემთხვევაში - 45.8%; ($p <0.05$);

5. ტელეფონით გამოკითხული 354 პაციენტიდან, ტკვილი ჰქონდა 235-ს (66.4%), ხოლო იგივე პაციენტებს ბარათებში ტკვილი ეწერა მხოლოდ - 39.0%-ში (Chi-Square 58.0; $p<0.001$) ანუ ტკვილი ეწერა 58.7%-ს, რაც 41.3%-ით ნაკლებია (Chi-Square 70.47; $p <0.001$);

354 პაციენტიდან გამოკითხვის დროისთვის, გარდაცვლილი იყო 31 (8.8%), 235 ტკვილის მქონედან კი - 28 (11.9%) ანუ 31 გარდაცვლილი პაციენტიდან 28-ს (90%) ჰქონდა ტკვილი (Chi-Square 8.72; $p<0.001$);

გამოკითხული, ტკვილის მქონე 235 პაციენტიდან 177-ს (75.3%) საშუალო და/ან ძლიერი ტკვილი ჰქონდა; მათგან ოპიოიდები დაენიშნა 17 (9.6%) პაციენტს, 160 (90.4%) კი - დარჩა ადეკვატური დახმარების გარეშე (Chi-Square 186.90; $p<0.001$);

ტელეფონით გამოკითხულთა შორის, ტკვილი კაცებში (85.8%) 1.6-ჯერ ხშირი იყო ($p<0.001$), ვიდრე ქალებში (55.1%) ((Chi-Square 33; $p <0.001$);

ონკოლოგიური პაციენტების ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება ტკვილის სიხშირეც, რომელიც ყველაზე მეტია 51-70 წლის ასაკში (66.8%; $p <0.001$);

გამოკითხულ 159 (44.9%) პაციენტს მიაჩნდა, რომ ექიმები ტკვილის სიძლიერის აფასებდნენ პირადი გამოცდილებით, 190 (53.7%) პაციენტმა კი არ იცოდა, თუ როგორ აფასებდნენ ექიმები ტკვილს (Chi-Square 166.39; $p<0.001$)

ტკივილის მქონე 235 პაციენტიდან I-II სტადია ჰქონდა 15,7%-ს, III სტადია – 40,4% (ჯამურად I-III ჰქონდა 56,2%-ს, IV სტადია - 43.8%-ს ($p<0.001$);

კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობისას ტკივილი სარწმუნო იყო ძუძუს $OR=2.7$, 95%CI – 1.6-4.6, $p<0.001$), საკვერცხის ($OR=2.7$, 95%CI – 1.4-5.3, $p=0.003$); ფილტვის ($OR=8.2$, 95%CI – 1.9-35.1, $p=0.005$) და კოლინჯის კიბოს დროს ($OR=2.1$, 95%CI – 1.02-4.4, $p=0.045$);

კიბოს მკურნალობისას ტკივილი I სტადიაზე ჰქონდა 2.6%-ს ($OR=4.7$, 95%CI – 1.7-12.7, $p=0.003$); II-ზე - 13.2% ($OR=2.0$, 95%CI – 1.2-3.6, $p=0.016$); III-ზე - 40.4% ($OR=1.4$, 95%CI – 0.94-2.1, $p=0.095$). IV სტადიაზე - 43.8% ($OR=2.8$, 95%CI – 1.6-4.9, $p<0.001$);

კიბოს მკურნალობის მეთოდებიდან, პალიატიური ქიმიო-სხივური თერაპიის დროს ტკივილი 1,7-ჯერ ($p<0,001$) მეტია, ვიდრე რადიკალურის დროს. რადიკალური მკურნალობისას საშუალო/ძლიერი ტკივილი ჰქონდა 55,8%-ს, პალიატიური თერაპიისას - საშუალო /ძლიერი ტკივილი 1,6-ჯერ უფრო ხშირია (86,6% , $p<0,001$), ვიდრე რადიკალური თერაპიის დროს.

ტელეფონით გამოკითხული კიბოს მქონე პაციენტები, ქიმიოთერაპიის დროს 75,3%-ში აღნიშნავენ საშუალო/ძლიერ ტკივილს ($p<0.001$); ტკივილი გრძელდებოდა 2-3 დღე ($OR=1.8$, 95%CI–1.12-2.8, $p<0.001$), რის გამოც საჭირო იყო ოპიოიდებით მართვა.

კიბოს მქონე პაციენტთა ქიმიოთერაპიის პროცესში მის დაწყებას უკავშირდება ტკივილის შემთხვევათა 43.7%-ში ($p<0.001$);

ქიმიოთერაპიის დაწყებამდე ტკივილის მქონე პაციენტებში ძლიერი ტკივილი 2-ჯერ ხშირია - 41.7%, ვიდრე მკურნალობის დაწყებამდე ტკივილის არმქონეებში - 22.7% ($p<0.001$).

გამოკითხული ტკივილის მქონე პაციენტების ტკივილის სიხშირე, მიუხედავად მისი მართვის ადეკვატურობისა, 1 თვეში 235 პაციენტიდან შემცირდა 117-ით (49,8%) და შეადგინა 118 (50,2%);

235 ტკივილის მქონე პაციენტიდან, დანიშნული ანალგეტიკებით ტკივილი მოეხსნა 23%-ს, ნაწილობრივ - 59.1%-ს, უშედეგო იყო 17.9%-ში; ტკივილის მართვის ინდექსმა შედგინა მხოლოდ 29.4% ($p<0.001$);

- ექიმთან ვიზიტისას, 354 კიბოს მქონე პაციენტიდან მკურნალობის დროს ტკივილი ჰქონდა 222-ს (62.7%, $Chi^2=22.88$; $p<0.001$). მათგან სუსტი ტკივილი ჰქონდა 58 (26.1%) პაციენტს, საშუალო - 118-ს (33.3%) და ძლიერი - 46-ს (13%);

222 ტკვილის მქონე პაციენტიდან ქალი იყო 119 (51.5%), მამაკაცი - 103 (48.5%; Chi-Square 15.84; $p < 0.001$). 193 ქალიდან ტკვილი ჰქონდა 103-ს (53.4%), 161 მამაკაციდან - 119-ს (73.9%); მამაკაცებში ტკვილი 1.4-ჯერ (73.9% : 53.4%) მეტია, ვიდრე ქალებში ($p < 0.005$);

ექიმთან ვიზიტისას, 222 ტკვილის მქონე პაციენტიდან ტკვილი მოეხსნა 104-ს (46.8%), ნაწილობრივ - 118-ს (53.2%) (Chi²=59.42, $p < 0.001$); საშუალო და ძლიერი ტკვილის მქონე 164 (73.9%) პაციენტიდან ოპიოიდი დაენიშნა 24-ს (14.6%), დანარჩენ 140 (85.4%) პაციენტს დაენიშნა აასს (Chi-Square 288.01; $p < 0.001$); ტკვილის მართვის ინდექსი იყო 36.9%;

ტკვილის მქონე 222 პაციენტის ტკვილი უპირატესად არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებით იმართებოდა, მათგან საშუალო სიძლიერის ტკვილი იყო 82.1%-ში, ძლიერი - 60%-ში ($p < 0.001$); საშუალო ტკვილის დროს, ტკვილის მართვის ინდექსი იყო - 6.8%, ძლიერი ტკვილისას - 34.8%-ში ($p < 0.001$);

კიბოსმიერი ტკვილის მქონე პაციენტთა განაწილება რეგიონებისა (Chi-Square 0.624) და ასაკობრივ ჯგუფების მიხედვით სარწმუნო არ იყო (Chi-Square 0.298);

კიბოს სტადიის ზრდასთან ერთად იზრდება ტკვილის სიხშირეც; I სტადიაზე ტკვილი ჰქონდა 2.3%-ს (OR=2.2, 95%CI - 0.8-6.2, $p = 0.124$); II სტადიაზე - 10.8%-ს (OR=4.1, 95%CI - 2.4-7.2, $p < 0.001$); III სტადიაზე - 30.6%-ს (OR=1.5, 95%CI - 0.97-2.4, $p = 0.071$). IV სტადიაზე - 56.3%-ს (OR=5.8, 95%CI - 3.5-9.7, $p < 0.001$);

222 ტკვილის მქონე პაციენტიდან, ტკვილი ადრეულ/შუალედურ სტადიებზე ჰქონდა 97 (43,7%) პაციენტს, IV სტადიაზე - 125-ს (56,3%); ადრეულ/შუალედურ სტადიებზე, ტკვილი ქალებში უფრო ხშირია (50.5%), ვიდრე მამაკაცებში (37.8%), IV სტადიაზე პირიქით, ტკვილი ხშირია მამაკაცებში (62.2%), ვიდრე ქალებში (49,5%); კიბოს მკურნალობის მეთოდებიდან ტკვილი ხშირია პალიატიური ქიმიოთერაპიის დროს - 34.7%, ნეო/ადიუვანტური ქიმიოთერაპიისა - 21.2% და ნეო/ადიუვანტური სხივური და პალიატიური სხივური თერაპიის შემთხვევაში - 15.3% (Chi-Square 68.05; $p < 0.001$);

გამოკითხული პალიატიური თერაპიის მიმღები 129 პაციენტიდან, საშუალო და ძლიერი ტკვილი ჰქონდა 94-ს (87.6%), რომელთა სიხშირე სხვადასხვა მეთოდის დროს 85.3-88.9%-ის ფარგლებში მერყეობდა (Chi²=59.42, $p < 0.001$);

გამოკითხულ პაციენტებში ტკვილი ხშირია ფილტვის (92.5%), კუჭ-ნაწლავისა (78.5%) და შარდ-სასქესო ტრაქტის კიბოს დროს, საშუალო სიძლიერის ტკვილი -

ფილტვის, შარდ-სასქესო და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კიბოს დროს, ძლიერი ტკვილი - ძუძუს (36.1%) კიბოს შემთხვევაში ($p<0.001$).

7. 235 კიბოსმიერი ტკვილის მქონე პაციენტიდან, ექიმს ტკვილი არ გაუმხილა 33.6%-მა (Chi-Square 258.32, $p<0.001$);

კიბოსმიერი ტკვილის მქონე 235 პაციენტიდან 22.6%-მა ექიმს ტკვილი არ აცნობა, რადგან „ძალიან არ ტკიოდა“ (OR=6.6, 95%CI-2.6-17.1, $p<0.001$), 7.2%-მა - „ექიმა არ ჰკითხა“ (OR=3.0, 95%CI-0.87-10.5), 6.8%-ს „მკურნალობის გადადების“ შეეშინდა (OR=4.3, 95%CI-0.97-18.9), 46.4%-ს „ტკვილს უძლებდა“ (Chi-Square 284.26; $p<0.001$); ტკვილის მქონე 235 პაციენტიდან, ექიმს ტკვილი თავისი ნებით აცნობა 17%, 83%-მა კი არ აცნობა, რადგან არ იცოდა ტკვილის მართვის შესაძლებლობები ($p<0.001$);

ტკვილის მქონე 235 პაციენტიდან, ექიმის რჩევით ტკვილის მართვას აგრძელებდა 67.8% (OR=32.8, 95%CI – 14.6-73.9, $p<0.001$), 22.7% ეწეოდა თვითმკურნალობას (Chi-Square 223.28; $p<0.001$);

354 პაციენტიდან ძლიერი ტკვილის დროს მორფინის გამოყენებაზე მზად იყო 26.3%, 73.7% კი - სხვადასხვა მოტივით თავს იკავებდა (Chi-Square 74.84; $p<0.001$);

354 კიბოს მქონე პაციენტის გამოკითხვით, ტკვილის დროს მორფინით მართვაზე 19.2% უარს ამბობდა; 33.9% - „არ იცოდა“ გაიკეთებდა თუ არა, 11.3% - ეშინოდა მორფინზე მიჩვევის; 9.3% - აცხადებდა, რომ მას „კიბო არ ჰქონდა“;

235 ტკვილის მქონე პაციენტის გამოკითხვით, 20% წინააღმდეგი იყო ტკვილის მორფინით მართვის; 26% „არ იცოდა“ გაიკეთებდა თუ არა; 13.6% - ეშინოდა მიჩვევის, 6.4% - „კიბო არ მაქვს“ (Chi-Square 39.10; $p<0.001$).

მორფინით ტკვილის მართვის საჭიროებისას, 354 პაციენტის ოჯახიდან, 18.4%-ს არ სურდა ოპიოიდის დანიშვნა; 235 ტკვილის მქონე პაციენტის ოჯახიდან კი - 28.4%-ს. ოპიოიდის დანიშვნაზე თანახმა იყო 71.6% (OR=4.8; 2.4-9.8; $p<0.001$);

8. ექიმები კიბოსმიერი ტკვილის მქონე პაციენტებს კითხვას ტკვილის შესახებ არ უსვამდენ 21.7%-ში, ტკვილის არმქონეებს კი 39.5%-ში (OR=2.4, 95%CI – 1.5-3.8, $p<0.001$);

ექიმები პაციენტთა ინფორმირებას ტკვილის შესახებ ახდენდენ იშვიათად - 0.8%-ში (Chi-Square 342.10; $p<0.001$);

ექიმებმა ტკვილის სიძლიერე, ტკვილის რიცხოვრივი შკალით შეუფასეს 5 (1.4%) პაციენტს, სხვებს - პირადი გამოცდილების საფუძველზე (Chi-Square 166.39; ; $p<0.001$);

ექიმები ტკვილს მართვდნენ პირადი შეხედულებით (99.1%), რომელიც შედეგებზეც აისახა: ტკვილი მოეხსნა 23%-ს, ნაწილობრივ - 59.1%-ს, არ მოეხსნა - 17.9%-ს ($\text{Chi}^2=59.42, p<0.001$); ტკვილის მართვის ინდექსი იყო მხოლოდ 36.9%; პაციენტების მკურნალობის დროს, ტკვილის ოპიოიდებით მართვის საჭიროების დროს, ოჯახი ექიმებზე გავლენის მოხდენას ცდილობს 18.4%-ში ($\text{Chi}^2=141.74, p<0.001$); მკურნალობის პროცესში, ტკვილის ოპიოიდებით მართვას ძირითადად ზღუდავს (97.7%) II კლინიკური ჯგუფი ($\text{Chi}^2=322.72, p<0.001$); საქართველოს კანონმდებლობა აღიარებს სამედიცინო მიზნებისთვის ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის აუცილებლობას, ექიმების მიერ სერვისის უწყვეტი მიწოდებით, თუმცა კანონქვემდებარე აქტებით ოპიოიდების დანიშვნა შესაძლებელია მხოლოდ უკურნებელი პაციენტებისთვის და ექიმს სერვისის მიწოდება შეუძლია, ბოლო 6 თვის მანძილზე, თუ დაავადების ტერმინალური ფაზა დადასტურებულია.

ამრიგად, ტკვილის მართვა ასოცირდება ექიმთა განათლებასთან, პაციენტთა ცნობიერებასთან და სამედიცინო ოპიოიდების მოხმარების რეგულირებასთან; უკანასკნელი მორგებულია არა სამედიცინო ჩვენებაზე, არამედ დიაგნოზზე და სიცოცხლის სავარაუდო პერიოდზე. შესაბამისად, უნდა განხორციელდეს ისეთი ცვლილებები, რომელიც უზრუნველყოფს მკურნალობის პროცესში ტკვილის ადეკვატური მართვას და ადამიანთა ფუნდამენტური უფლებების დაცვას, ხოლო სახელმწიფო ამით შეასრულებს საერთაშორისო საზოგადოების წინაშე აღებული ვალდებულებას.

დასკვნები:

1. სტანდარტიზებული ინდიკატორებით დადგენილი იქნა კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა და 5 ძირითადი ლოკაციის სარანგო ადგილი 2015-2019 წლებში საქართველოში, რეგიონებში და თბილისში მამაკაცთა და ქალთა პოპულაციებში. საქართველოში ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100.000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 183. კიბოს ლოკაციების მიხედვით რანგით I ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (ASR=27,3; 95% CI ASR= 26,4-28,2), II - პროსტატის (ASR=20,4; 95% CI ASR= 19,6-21,1), III - შარდის ბუშტის (ASR=16,0; 95% CI ASR= 15,3-16,7), IV - კოლორექტუმის (ASR=15,8; 95% CI ASR= 15,1-16,5), V - კანის კიბოს (ASR=14,8; 95% CI ASR= 14,1-15,4).
2. ქალაქ თბილისში და საქართველოს რეგიონებში მცხოვრებ მამაკაცთა პოპულაციაში სტანდარტიზებული ინდიკატორებით დადგენილი იქნა 2015-2019 წლებში კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა და თითოეული ლოკაციის სარანგო ადგილი: I და II სარანგო ადგილები როგორც თბილისში, ისე რეგიონებში ეკავათ, შესაბამისად, ფილტვისა და პროსტატის კიბოს, ამავე დროს ამ ლოკაციების კიბოთი ავადობის სიხშირეები თბილისში, შესაბამისად, 1,3-ჯერ და 1,9-ჯერ აღემატებოდა რეგიონებში რეგისტრირებულ ავადობის დონეებს; IV სარანგო ადგილი როგორც თბილისში, ისე რეგიონებში ეკავა შარდის ბუშტის კიბოს; III და V ადგილები შესაბამისად ეკავათ თბილისში კოლორექტუმისა და კანის კიბოს, ხოლო რეგიონებში პირიქით -კანისა და კოლორექტუმის კიბოს.
3. 2015-2019 წწ.-ში საქართველოში რეგისტრირებული იქნა ქალთა ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადების 29,303 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 197. კიბოს ლოკაციების მიხედვით რანგით I ადგილი ეკავა ძუძუს კიბოს (ASR=63,2; 95% CI ASR= 61,8-64,5), II - ფარისებრი ჯირკვალის (ASR=34,4;95%CI ASR=33,3-35,5), III - საშვილოსნოს ყელის (ASR=13,4; 95% CI ASR= 12,8-14,1), IV - საშვილოსნოს ტანის (ASR=11,3; 95% CI ASR= 10,8-11,9), V- კოლორექტუმის (ASR=10,3; 95% CI ASR= 9,7-10,8) კიბოს.
4. ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (ASR) საქართველოში, თბილისში და რეგიონებში კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით 1-ლი ადგილი უკავია ძუძუს კიბოს (ASR=63,2). ძუძუს კიბოს ასევე 1 სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში

(ASR=85,3), ისე რეგიონებში (ASR=54,0). ამავე დროს, ინციდენტობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) გვიჩვენებს, რომ თბილისში ძუძუს კიბოს ავადობის სიხშირე 1,6-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,6) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

5. 2008 წლის იგივე მონაცემებთან შედარებით დადგინდა, რომ ქვეყანაში მოსახლეობის რაოდენობის შემცირების მიუხედავად, იზრდება ავადობის მაჩვენებელი ყველა ლოკაციის კიბოსთვის. საქართველოში კიბოს ინციდენტობამ 100.000 მოსახლეზე 2008 წელს შეადგინა 143,0%000, ხოლო 2019 წელს, კიბოს რეგისტრირებულ შემთხვევათა რაოდენობა გაორმაგდა და შეადგინა 277.9%000, რაც ძირითადად დაკავშირებულია საქართველოში კიბოს პოპულაციური რეგისტრის შექმნასთან;
6. საქართველოში 2018-2019 წლებში საშუალოდ ყოველწლიურად ყველა მიზეზით რეგისტრირდებოდა 46,591 გარდაცვალების შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 4,255 (9%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 42,336 (91%) შემთხვევა. 2018-2019 წლებში ქ. თბილისში ყოველწლიურად ყველა მიზეზით რეგისტრირდება გარდაცვალების 12.335 შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 1,476 (12%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 10,859 (88%) შემთხვევა.
7. 2015-2019 წლებში საქართველოს მოსახლეობის ორივე სქესში კიბოს დიაგნოსტიკა ნულოვან სტადიაში ისეთი მიზეზულია (0.2%), რომ არც კი აისახება გრაფიკულად. შემთხვევათა ნახევარზე მეტი დიაგნოსტიკებული იქნა III-IV კლინიკურ სტადიაში. განსაკუთრებით საყურადღებო და შემაშფოთებელია კიბოს ვერიფიკაციის ყველაზე მაღალი სიხშირე IV კლინიკურ სტადიაში.
8. 2015-2019 წლებში საქართველოს მოსახლეობის ორივე სქესში, კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მიერ, სულ რეგისტრირებული იქნა 35 ლოკაციის კიბოს 52,179 შემთხვევა, მათ შორის უცნობი და არამკაფიოდ განსაზღვრული ლოკაციების 989 შემთხვევა, მათგან 737 (74.5%)- IV სტადიაში. კიბოს ლოკაციებიდან IV კლინიკურ სტადიაში დიაგნოსტიკების ყველაზე მაღალი სიხშირეები აღინიშნა ღვიძლის (64.8%), პანკრეასის (61.6%), ფილტვის (61.2%), ნაღვლის ბუშტის (51.2%), კუჭის (43.8%), ძვალ-სახსროვანი სისტემის (43.5%), წვრილი ნაწლავისა (42.0%) და რეტროპერიტონეუმის (41.5%) კიბოს დროს.
9. 2015-2019 წლებში საქართველოს მოსახლეობის ორივე სქესში კიბო I სტადიაში დიაგნოსტიკებული იქნა 22.1%-ში, II-ში-18.5%-ში, III-ში-19.7%-ში, IV-ში-24.1%-ში. საქართველოს რეგიონებიდან მაღალი სიხშირით IV კლინიკურ სტადიაში კიბო

დიაგნოსტირებული იქნა გურიაში (ASR=56,2%⁰⁰⁰⁰; AAR=85.7%⁰⁰⁰⁰; CR₆₄=3.6. CR₇₄= 6.4), თბილისში (ASR=54,2%⁰⁰⁰⁰; AAR=79.2%⁰⁰⁰⁰; CR₆₄=3.2; CR₇₄= 6.5), აჭარაში (ASR=54,2%⁰⁰⁰⁰; AAR=79.2%⁰⁰⁰⁰; CR₆₄=3.4; CR₇₄= 5.7), რაჭა-ლეჩხუმში (ASR=46,2%⁰⁰⁰⁰; AR=75.5%⁰⁰⁰⁰; CR₆₄=2.9; CR₇₄= 5.2) და სამეგრელო-ზემო სვანეთში (ASR=43,0%⁰⁰⁰⁰; AAR=62,9.5%⁰⁰⁰⁰; CR₆₄=2.9; CR₇₄= 5.1).

10. კიბოს პოპულაციური რეგისტრი ონკოლოგიურ პაციენტებში არ არეგისტრირებს ტკვილის სინდრომის შემთხვევებს, მათ სიძლიერეს და არ უწევს Follow-up მონიტორინგს. ასევე არ რეგისტრირდება კლინიკური ჯგუფები, თუმცა საქართველოში მათი მიხედვით წარმოებს ონკოლოგიურ პაციენტების მკურნალობა და ტკვილის სინდრომის მართვა.
11. კლინიკური სტადიების მქონე 44,119 ონკოლოგიურ პაციენტში III და IV სტადიების დროს, ტკვილის სიხშირის მოდელირებით განსაზღვრული იქნა ტკვილის სინდრომის მინიმალური (19,000 შემთხვევა, 43.1%) და მაქსიმალური (29,000 შემთხვევა, 65.7%) სავარაუდო ოდენობები.
12. საქართველოში კიბოსმიერი ტკვილი კიბოს მკურნალობის პროცესში პაციენტებს აღენიშნებათ 62.7-66.4%-ის სიხშირით ($p<0.001$); კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობის პროცესში პაციენტთა 73.9%-75.3%-ს საშუალო და ძლიერი ტკვილი ჰქონდა, რომელიც ჯანმო-ს ტკვილის მართვის რეკომენდაციით საჭიროებდა ოპიოიდებით მართვას;
13. კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობის დროს ტკვილი იყო როგორც ადრეულ და შუალედურ სტადიებზე - 43,7%-ს, ისე IV სტადიაზე - 56,3%; ადრეულ და შუალედურ სტადიებზე ტკვილი უფრო ხშირი იყო ქალებში (50.5%), ვიდრე მამაკაცებში (37.8%), ხოლო IV სტადიაზე - პირიქით, ტკვილი უფრო ხშირი იყო მამაკაცებში (62.2%), ვიდრე ქალებში (49,5%);
14. მკურნალობის პროცესში ტკვილი ყველაზე ხშირია ფილტვის (92.5%), კუჭ-ნაწლავისა (78.5%) და შარდ-სასქესო ტრაქტის სისმსივნეების დროს ($p<0.001$);
15. ტკვილის სინდრომის სიხშირე პალიატიური ქიმიო-სხივური თერაპიისას 1,7-ჯერ მეტია, ვიდრე რადიკალურის თერაპიის დროს ($p<0.001$). პალიატიური მკურნალობისას საშუალო და ძლიერი ინტენსივობის ტკვილი ჰქონდა პაციენტთა 87.6%-ს ($p<0.001$);
16. კიბოს მკურნალობის პროცესში საშუალო და ძლიერი ტკვილის მქონე პაციენტებს ოპიოიდი ენიშნებათ მხოლოდ 9.6% - 14.6%-ში ($p<0.001$). ამის გამო პაციენტები

განიცდიან ტანჯვას, ცხოვრების ხარისხისა და მკურნალობის ეფექტურობის დაქვეითებას;

17. კიბოსმიერი ტკვილის მქონე პაციენტებს ანალგეზიით ტკვილი მოეხსნა 23%-46.8%-ში ($p<0.001$), ტკვილის მართვის ინდექსმა შეადგინა 29.4%-36.9% ანუ მკურნალობა იყო დაბალ ეფექტიანი; საშუალო და ძლიერი ტკვილის დროს ოპიოიდი სულ დაენიშნა პაციენტთა 13.7%-ს; ყველა ეს პაციენტი მიჩნეული იქნა ინკურაბელურ-ტერმინალურად, გადაყვანილი IV კლინიკურ ჯგუფში და შეუწყდათ სპეციალური მკურნალობა;
18. ტკვილის 43.7%-ში ($p<0.001$) უკავშირდებოდა ქიმიოთერაპიას. ქიმიოთერაპიის პროცეში საშუალო და ძლიერი ტკვილი ჰქონდა პაციენტთა 75,3%-ს. ქიმიოთერაპიის დროს ტკვილის სინდრომი პაციენტთა 65.1%-ში გრძელდება 1 კვირამდე ($OR=1.8$, 95%CI – 1.12-2.8, $p<0.001$), რის გამოც ნაჩვენები იყო ოპიოიდური პრემედიკაცია; სხივური თერაპიის შემდეგ 10-15 დღეში ვითარდება სხვადასხვა სიძლიერის ტკვილი, მათ შორის ძლიერი. საკითხი საჭიროებს დამატებით შესწავლას;
19. კიბოსმიერი ტკვილის ეფექტიანი მართვის მიუხედავად, მისი სიხშირე 1 თვეში შემცირდა მხოლოდ 49,8%-ით და შეადგინა საწყისი რაოდენობის 50,2%; ტკვილის სინდრომის მქონე პაციენტთა ლეტალობამ 1 თვეში შეადგინა 11.9%, არმქონეებში კი - 2.5% ($p<0.001$); საშუალო და ძლიერი ტკვილი ჰქონდა გარდაცვლილი 31 პაციენტის 90%-ს, რის გამოც ტკვილი შესაძლოა განვიხილოთ დაავადების პროგრესირების სავარაუდო პრედიკტორათ, თუმცა იგი საჭიროებს შემდგომ გაღრმავებულ შესწავლას;
20. საშუალო/ძლიერი ტკვილის სინდრომის დროს ოპიოიდების დანიშვნის მთავარ ბარიერს შემთხვევათა 97.7%-ში წარმოადგენს პაციენტების კლასიფიცირება კლინიკური ჯგუფების მიხედვით ($p<0.001$), რომელიც პოსტსაბჭოთა წვეყნების გარდა არსად არ გამოიყენება.

პრაქტიკული რეკომენდაციები:

კვლევის შედეგად, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიღებული ახალი ცოდნის საფუძველზე, შემუშავებულ იქნა შემდეგი რეკომენდაციები:

1. ონკოლოგიურ პაციენტთა ჯანმრთელობის ადვოკატობის მიზნით რეკომენდებულია, რომ კლინიკურ ჯგუფებად დაყოფა ამოღებული იქნას კიბოს მართვის პრაქტიკიდან, გაიდლაინებიდან, ტკვილის სინდრომის მართვის საკანონმდებლო და ქვემდებარე სარეგულაციო აქტებიდან.
 - 1.1 ონკოლოგიური დიაგნოზების კლასიფიცირება მთელ მსოფლიოში ხორციელდება კლინიკური სტადიების და TNM სისტემის კლასიფიკატორებით. ონკოლოგიურ პაციენტთა კლინიკურ ჯგუფებად დაყოფა (საბჭოთა ნოუჰაუ) გამოიყენებოდა მხოლოდ საბჭოთა კავშირში და, როგორც გადმონაშთი, დღესაც ხმარებაშია ნაკლებად განვითარებულ პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში, მათ შორის საქართველოში. დღემდე კიბოსმიერი საშუალო/ძლიერი ტკვილის ოპიოიდებით მართვა ვერ მოხერხდა (97.7%) პაციენტთა მენეჯმენტში კლინიკური ჯგუფების გამოყენების გამო, რადგან კანონქვემდებარე აქტით ოპიოიდის დანიშვნა სამედიცინო მიზნებით დასაშვებია უკუჩვენებელი პაციენტებისთვის ტერმინალურ ფაზაში ბოლო 6 თვის მანძილზე.
 - 1.2 ონკოლოგიურ პაციენტთა კლინიკურ ჯგუფებად დაყოფა და მის მიხედვით ტკვილის სინდრომის მართვა ამცირებს მკურნალობის ეფექტიანობას, პაციენტებს ართმევს გადარჩენისა და სიცოცხლის გახანგრძლივების შანსებს, წირავს მათ ტანჯვა-წამებისათვის, არაჰუმანურია და არღვევს ადამიანის, მათ შორის პაციენტის, კონსტიტუციურ უფლებებსა და თავისუფლებებს.
 - 1.3 საბჭოთა მემკვიდრეობით მიღებული ტკვილის მართვაში დამკვიდრებული ნეგატიური პრაქტიკის დასაძლევად, რაც უკავშირდება "კლინიკური ჯგუფების" მიხედვით ოპიოიდების დანიშვნას, რომელიც არ ეფუძნება ტკვილის ფიზიოლოგიას, მისი მართვის პრინციპებს და ლახავს ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებებს, ამოღებული უნდა იქნას პრაქტიკიდან. მითუმეტეს, რომ იგი მხოლოდ რამდენიმე ყოფილ საბჭოთა ქვეყანაში მოქმედებს და არსად სხვაგან მსოფლიოში.
 - 1.4 განახორციელდეს კანონმდებლობის გადახედვა და უსაფუძვლო შეზღუდვებისა და დაბრკოლებების ამოღება, წინააღმდეგობების აღმოფხვრა, ასევე ოპიოიდებით ტკვილის მართვის რეგულირების აქტების ერთად თავმოყრა, რომ არ მოხდეს ნორმების დუბლირება.

- 1.5 განახორციელდეს განახლებული რეგულაციების პრაქტიკაში დანერგვის ხელშეწყობა და ინფორმაციის მიწოდება ექიმებისათვის, კლინიკების ადმინისტრაციებისა და მაკონტროლირებელი ორგანოებისთვის; აღნიშნული რეგულაციები უნდა განთავსდეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ გვერდზე, რაც მათ უფრო ხელმისაწვდომს გახდის.
2. სამედიცინო ბარათებში ტკვილის სიძლიერის ჩასაწერად შეტანილი იქნას გრაფა; ექიმებმა პაციენტების სამედიცინო მომსახურებაზე ინფორმირებული თანხმობის (ფორმა N IV-300-12/ა) მიღების დროს გააცნონ მათ კიბოსმიერი ტკვილის მართვის პრინციპები;
3. ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკვილის მართვაში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO, Geneva, 13,1387) ტკვილის მართვის სამსაფეხურიანი სქემის დანერგვით შესაძლებელია პრობლემის გადაჭრა, რითაც მიღწეული იქნება კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობისას ტკვილის ადეკვატური მართვა და ტანჯვა-წამების შემცირება.
4. უმაღლეს სამედიცინო სკოლებში დამამთავრებელ კურსებზე დაინერგოს ტკვილის მართვის პროგრამა, ასევე განახორციელდეს ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისთვის ტკვილის მართვის საბაზისო განათლების მხარდაჭერა. ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს ტრეინინგებით გასაფართოებელი აქვთ ცოდნა კიბოს კონტროლის ადვოკატობის, ძირითადი ლოკაციების კიბოს სკრინინგის, ადრეული და დროული დიაგნოსტიკის, კლინიკური სტადიებისა და TNM სისტემების მიხედვით შემთხვევების კლასიფიცირება-რეგისტრაციის, პაციენტებზე აქტიური Follow-up დაკვირვების, ECOG სტატუსისა და ტკვილის სინდრომის მონიტორინგის საკითხებში.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. WHO (2018). Global health estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Available from: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/.
2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. *CA Cancer J Clin*. 2019 Jan;69(1): 7-34.
3. World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention. Edited by Christopher P. Wild, Elisabete Weiderpass, Bernard W. Stewart. Lyon, 2020;
4. Haumann, J., Joosten, E. B. A., van den Beuken-van, M. H. (2017). Pain prevalence in cancer patients: Status quo or opportunities for improvement? *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 11(2), 99– 104. <https://doi.org/10.1097/SPC.000000000000261>. Crossref Pub MedWeb of Science@Google Scholar
5. He QH, Liu QL., Li Z., Li KZ., Xie YG. Impact of epidural analgesia on quality of life and pain in advanced cancer patients. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(3):307–313.
6. Deng D, Fu L, Zhao YX, et al. The relationship between cancer pain and quality of life in patients newly admitted to Wuhan Hospice Center of China. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012;29(1):53–59.
7. [Li Z](#), [Aninditha T](#), [Griene B](#), [Francis J](#), [Renato P](#), [Serrie A](#), [Umareddy I](#), [Boisseau S](#), [Hadjiat Y](#). Burden of cancer pain in developing countries: a narrative literature review. [Clinicoecon Outcomes Res](#). 2018 Nov 2;10:675-691. doi: 10.2147/CEOR.S181192. eCollection 2018.
8. Kim YS, Do H, Lee JW, et al. Patient reporting pain intensity immediately after surgery can be associated with underlying depression in women with breast cancer. *Psychooncology*. 2016; 25(3):308–315.
9. International Association for the Study of Pain. (2011). IASP Taxonomy. <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>.
10. Gress, K. L., Charipova, K., Kaye, A. D., Viswanath, O., & Urits, I. (2020). An Overview of Current Recommendations and Options for the Management of Cancer Pain: A Comprehensive Review. *Oncology and Therapy*, 8(2), 251– 259. <https://doi.org/10.1007/s40487-020-00128-y>. CrossrefPubMedWeb of Science@Google Scholar
11. Ovayolu N, Ovayolu Ö, Serçe S, Tuna D, Pirbudak Çöçelli L, Sevinç A. Pain and quality of life in Turkish cancer patients. *Nurs Health Sci*. 2013;15(4):437–443.
12. Kwon JH. [Overcoming barriers in cancer pain management](#). *J Clin Oncol*. 2014 Jun 1;32(16):1727-33. doi: 10.1200/JCO.2013.52.4827. Epub 2014 May 5. Review. Erratum in: *J Clin Oncol*. 2014 Jun 1;32(16):2117.
13. Rau KM, Chen JS, Wu HB, et al. The impact of pain control on physical and psychiatric functions of cancer patients: a nation-wide survey in Taiwan. *Jpn J Clin Oncol*. 2015;45(11):1042–1049.
14. M.Shavdia, N.Ninashvili, Natia Shavdia. Cancer pain assessment and treatment in 1494 advanced cancer patients. *Pain Practice*, Vol.12, Suppl.1, February 2012, p.39 /6th World Congress, WIP-2012, Miami, USA, February 4-6. 2012;

15. [Running A, Seright T. Current Pain and Headache Reports 16\(4\):325-31.May,2012 with 150 Reads \[https://www.researchgate.net/publication/225065907 Integrative Oncology anaging Cancer Pain withComplementary and Alternative Therapies\]\(https://www.researchgate.net/publication/225065907_Integrative_Oncology_anaging_Cancer_Pain_withComplementary_and_Alternative_Therapies\).DOI:10.1007/s11916-012-0275-x](#) · Source: [PubMed](#).
16. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. (2010). Adult cancer pain. J Natl Compr Canc Netw 8(9). <http://www.nccn.org/JNCCN/toc/2010september.asp#adult>.
17. Marieke H. J. van den Beuken-van Everdingen, Sander M. J. van Kuijk,, Elbert A. J. Joosten. Treatment of Pain in Cancer: Towards Personalised. Medicine. [Cancers \(Basel\)](#). 2018 Dec; 10(12): 502. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles-PMC6316711/>;
18. van den Beuken-van Everdingen M.H., de Rijke J.M., Kessels A.G., Schouten H.C., van Kleef M., Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: A systematic review of the past 40 years. *Ann.Oncol.* 2007;18:1437–1449.doi:10.1093/annonc/mdm056. [[PubMed](#)][[CrossRef](#)] [[Google cholar](#)];
19. van den Beuken-van Everdingen, M.H.; Hochstenbach, L.M.; Joosten, E.A.; Tjan-Heijnen, V.C.; Janssen, D.J. Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Pain Symptom Manag.* 2016, 51, 1070–1090. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)];
20. Lou, F., & Shang, S. (2017). Attitudes towards pain management in hospitalized cancer patients and their influencing factors. *Chinese Journal of Cancer Research*, 29(1), 75. <https://doi.org/10.21147/j.issn.1000-9604> [CrossrefPubMedWeb of Science@Google Scholar](#)
21. Buchman DZ, Ho A, Illes J. You present like a drug addict: patient and clinician perspectives on trust and trustworthiness in chronic pain management. *Pain Med.* 2016;17(8):1394–1406.
22. Fact Sheets by Population [webpage on the Internet].Population Fact Sheets. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx. Accessed August 3, 2017.
23. Javier FO, Irawan C, Mansor MB, Sriraj W, Tan KH, Thinh DHQ. Cancer Pain Management Insights and Reality in Southeast Asia: Expert Perspectives From Six Countries. *J Glob Oncol.* 2016;2(4):235–243.
24. Hong SH, Roh SY, Kim SY, et al. Change in cancer pain management in Korea between 2001 and 2006: results of two nationwide surveys. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(1):93–103.
25. Al Qadire M, Tubaishat A, Aljezawi MM. Cancer pain in Jordan: prevalence and adequacy of treatment. *Int J Palliat Nurs.* 2013;19(3):125–130.
26. Samira Orujlu, Hadi Hassankhani, Azad Rahmani et all., Barriers to cancer pain management from the perspective of patients: A qualitative study. *Nursing Open*, Volume 9, Issue 1, Pages: 541-549, January 2022; <https://onlinelibrary.Wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.1093>
27. von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, et al: Physician attitudes and practice in cancer pain management: A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Intern Med* 119:121-126, 1993
28. Harrington CB, Hansen JA, Moskowitz M, Todd BL, Feuerstein M. It’s not over when it’s over: long-term symptoms in cancer survivors--a systematic review. *Int J Psychiatry Med.* 2010;40(2):163–181.

29. Abesadze G., Abesadze A. Shavdia M., Ghvamichava R., Metivishvili G., Natia Shavdia. Cancer patients and distribution of information regarding the diagnoses. Joint ECCO 15-34th Multidisciplinary Congress, Abstracts. Europ. Journal of Cancer; Oxford, Vol. 7, # 2, September 2009; p. 194;
30. International Journal of Caring Sciences May-August 2018 Volume 11 | Issue 2| Page 1323
www.internationaljournalofcaringsciences.org
31. Foley KM. The relationship of pain and symptom management to patient requests for physician-assisted suicide. *J Pain Symptom Manage.* 1991;6(5):289-297.
32. Mayer DK, Travers D, Wyss A, Leak A, Waller A. Why do patients with cancer visit emergency departments? Results of a 2008 population study in North Carolina. *J Clin Oncol.* 2011;29(19):2683-2688.
33. Fortner BV, Demarco G, Irving G, et al. Description and predictors of direct and indirect costs of pain reported by cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2003;25(1):9-18.
34. Kimberly L., Pargeon MA. Barriers to Effective Cancer Pain Management: A Review of the Literature [Journal of Pain and Symptom Management. Volume 18, Issue 5](#), November 1999, Pages 358-368 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(99\)00097-4](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(99)00097-4)
35. [Pflughaupt M](#), [Scharnagel R](#), [Gossrau G](#), [Kaiser U](#), [Koch T](#), [Sabatowski R](#). Physicians' knowledge and attitudes concerning the use of opioids in the treatment of chronic cancer and non-cancer pain. [Schmerz.](#) 2010 Jun;24(3):267-75. doi: 10.1007/s00482-010-0913-3.
36. A Kapoor, A Kalwar, MK Singhal, RK Nirban. Challenges in the management of cancer pain in elderly population: A review. *Clinical Cancer* 2015 | Volume : 4 | Issue : 2 | Page : 111-119- ccij-online.org
37. He QH, Liu QL, Li Z, Li KZ, Xie YG. Impact of epidural analgesia on quality of life and pain in advanced cancer patients. *Pain Manag Nurs.* 2015;16(3):307-313.
38. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in The Netherlands. *Pain.* 2007;132(3):312-320.
39. Breivik H, Cherny N, Collett B, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol.* 2009;20(8):1420-1433.
40. Deng D, Fu L, Zhao YX, et al. The relationship between cancer pain and quality of life in patients newly admitted to Wuhan Hospice Center of China. *Am J Hosp Palliat Care.* 2012;29(1):53-59.
41. Ovayolu N, Ovayolu Ö, Serçe S, Tuna D, Pirbudak Çoçelli L, Sevinç A. Pain and quality of life in Turkish cancer patients. *Nurs Health Sci.* 2013;15(4):437-443.
42. Oliveira KG, von Zeidler SV, Podestá JR, et al. Influence of pain severity on the quality of life in patients with head and neck cancer before antineoplastic therapy. *BMC Cancer.* 2014;14(1):39.
43. Kwon JH, Oh SY, Chisholm G, et al. Predictors of high score patient-reported barriers to controlling cancer pain: a preliminary report. *Support Care Cancer.* 2013;21(4):1175-1183.
44. Saini S, Bhatnagar S. Cancer pain management in developing countries. *Indian J Palliat Care.* 2016;22(4):373.

45. Foley KM, Wagner JL, Joranson DE, Gelband H [database on the Internet]. Pain Control for People with Cancer and AIDS. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, editors. Disease Control Priorities in Developing Countries [Internet]. 2nd ed. Washington, DC: World Bank; 2006 [cited February 20, 2017]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11800/>. Accessed October 9, 2018.
46. Ovayolu N, Ovayolu Ö, Serçe S, Tuna D, Pirbudak Çöçelli L, Sevinç A. Pain and quality of life in Turkish cancer patients. *Nurs Health Sci*. 2013;15(4):437–443.
47. Jacobsen R., Liubarskienė Z., Idrup C et al. Barriers to cancer pain management: a review of empirical research *Medicina (Kaunas)* 2009; 45(6) - <http://medicina.kmu.lt>.
48. Lee GL, Pang GS, Akhileswaran R, et al. Understanding domains of health-related quality of life concerns of Singapore Chinese patients with advanced cancer: a qualitative analysis. *Support Care Cancer*. 2016;24(3):1107–1118.
49. [Mallah H](#), [Mousa R](#), [Fadl NB](#), [Musmar S](#), [Ball S](#), [Nugent K](#). Pain Severity and Adequacy of Pain Management in Terminally Ill Patients with Cancer: An Experience from North Palestine. *Indian J Palliat Care*. 2019 Oct-Dec;25(4):494-500. doi: 10.4103/IJPC.IJPC_39_19.
50. Penalba V., Deshields T.L., Klinkenberg D. Gaps in communication between cancer patients and healthcare providers: Symptom distress and patients' intentions to disclose. *Support Care Cancer*. 2018 doi: 10.1007/s 00520-018-4442-4. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)];
51. Street R.L., Jr., Tancredi D.J., Slee C., et al., A pathway linking patient participation in cancer consultations to pain control. *Psychooncology*. 2014;23:1111–1117. doi:10.1002/pon.3518. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
52. Egan, M., Cornally, N. (2013). Identify barriers to pain management in long term care. *Nursing Older People*, 25(7), 25-31.
53. Jacobsen, R., Samsanaviciene, J., Liubarskiene, Z., Sciupokas A. (2010). Barriers to pain management among Lithuanian cancer patients. *Pain Practice*, 10(2), 145-157.
54. Jerant, A., Franks, P., Tancredi, DJ., Saito, N, Kravitz, RL. *International Journal of Caring Sciences* May-August 2018 Volume 11 |Issue 2| Page 1327 www.internationaljournalofcaringsciences.org (2011). Tendency to adhere to providerrecommended treatments and subsequent pain severity among individuals withcancer. *Patient Prefer Adherence*, 5, 23-31.
55. Oldenmenger W.H., Geerling J.I., Mostovaya I., Vissers K.C.P., de Graeff A., Reyners A.K.L., van der Linden Y.M. A systematic review of the effectiveness of patient-based educational interventions to improve cancer-related pain. *Cancer Treat. Rev*. 2018;63:96–103. doi:10.1016/j.ctrv. 2017.12. 005
56. Prevost V, Delorme C, Heutte N, et al. Evaluation of patients' needs to design and assess a patient education program in cancer pain. *J Pain Res*. 2019;12:1813–1823. Published 2019 Jun 6. doi:10.2147/JPR.S197920
[A. Deniz](#), [K.Timur](#), [A. Emre](#), [T. Deniz](#); Cancer Pain Prevalence and its Management. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. Vol. 15 Issue 20/ Pages.8557-8562/2014/1513-7368; (pISSN)/2476-762X(eISSN)
57. Bartoszczyk, D.A., Stephanie, Gilbertson W. (2015). Interventions to nurse-related barriers in cancer pain management. *Oncol Nurs Forum*, 42(6), 634–641.

58. Bennett, MI., Bagnall. A.M, José Closs, S. (2009). How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? Systematic review and meta-analysis. *Pain*, 143(3), 192-9.
59. Tranvag E.J., Norheim O.F., Ottersen T. Clinical decision making in cancer care: A review of current and future roles of patient age. *BMC Cancer*. 2018;18:546. doi: 10.1186/s12885-018-4456-9. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
60. Nygaard H.A., Naik M., Ruths S., Kruger K. Clinically important renal impairment in various groups of old persons. *Scand. J. Prim. Health Care*. 2004;22:152–156. doi: 10.1080/02813430410006468-1. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
61. Sverrisdottir E., Lund T.M., Olesen A.E., Drewes A.M., Christrup L.L., Kreilgaard M. A review of morphine and morphine-6-glucuronide's pharmacokinetic-pharmacodynamic relationships in experimental and clinical pain. *Eur. J.Pharm. Sci*. 2015;74:45–62. doi: 10.1016/j.ejps.2015.03.020. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
62. Ashby M., Fleming B., Wood M., Somogyi A. Plasma morphine and glucuronide (M3G and M6G) concentrations in hospice inpatients. *J. Pain Symptom Manag*. 1997;14:157–167. doi: 10.1016/S0885-3924(97)00020-1. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
63. Smith G.D., Smith M.T. The excitatory behavioral and antianalgesic pharmacology of normorphine-3-glucuronide after intracerebroventricular administration to rats. *J. Pharmacol. Exp. Ther*. 1998;285:1157–1162. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
64. Paladini A., Fusco M., Coaccioli S., Skaper S.D., Varrassi G. Chronic Pain in the Elderly: The Case for New Therapeutic Strategies. *Pain Phys*. 2015;18:E863–E876. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
65. Fainsinger R.L., Nekolaichuk C., Lawlor P., Hagen N., et al. An international multicentre validation study of a pain classification system for cancer patients. *Eur. J. Cancer*. 2010;46:2896–2904. doi: 10.1016/j.ejca.2010.04.017. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
66. Jacobsen R, Møldrup C, Christrup L, Sjøgren P. Patient-related barriers to cancer pain management: a systematic exploratory review. *Sc J Caring Sci* 2009;23(1):190-208.
67. Li YX, Yu JQ, Tang L, et al. Cancer pain management at home: voice from an underdeveloped region of China. *Cancer Nurs*. 2013;36(4):326–334.
68. WHO, WHO Expert Committee on the Selection, and Use of Essential Medicines, World Health Organization. WHO model list of essential medicines: 16th list (updated) March 2010; 2010 [cited July 24, 2017]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70643/1/a95060_eng.pdf. Accessed July 27, 2017.
69. Anderson KO, Richman SP, Hurley J, Palos G, Valero V, Mendoza TR, et al. Cancer pain management among underserved minority outpatients – perceived needs and barriers to optimal control. *Cancer* 2002;94:2295-304.
70. Berry DL, Wilkie DJ, Thomas CR, Fortner P. Clinicians communicating with patients experiencing cancer pain. *Cancer Invest* 2003;21:374-81

71. Kimberlin C, Brushwood D, Allen W, Radson E, Wilson D. Cancer patient and caregiver experiences: communication and pain management issues. *J Pain Symptom Manage* 2004;28: 566-78.
72. Edwards, HE., Nash, RE, Jake, M., et al. (2011). Determinants of nurses' intention to administer opioids for pain relief. *Nursing and Health Sciences*, 3(3), 149 – 159.)
73. Amoatey Odonkor C, Addison W, Smith S, Osei-Bonsu E, Tang T, Erdek M. Connecting the dots: a comparative global multi-institutional study of prohibitive factors affecting cancer pain management. *Pain Med*. 2017;18(2):363–373.
74. Buchman DZ, Ho A, Illes J. You present like a drug addict: patient and clinician perspectives on trust and trustworthiness in chronic pain management. *Pain Med*. 2016;17(8):1394–1406.
75. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45(6):1094–1106.
76. Kim YS, Park H, Park E.C. Park K. Attitude and knowledge of physicians about cancer pain management: Young doctors of South Korea in their early career. *Jpn. J. Clin. Oncol*. 2011;41:783–791. Doi:10.1002/pon.3518. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)];
77. Te Boveldt N.D., Vernooij-Dassen M.J., Jansen A., Vissers K.C., Engels Y. Pain is not systematically registered in Dutch medical oncology outpatients. *Pain Pract*. 2015;15:364–370. doi: 10.1111/ papr.12180. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)];
78. Besse K., Vernooij-Dassen M., Vissers K., Engels Y. The Impact of a National Guideline on the Management of Cancer Pain on the Practice of Pain Assessment and Registration. *Pain Pract*. 2016;16:148–153. doi: 10.1111/papr.12270. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)];
79. Kasasbeh M.A.M., McCabe C., Payne S. Cancer-related pain management: A review of knowledge and attitudes of healthcare professionals. *Eur. J. Cancer Care (Engl)*. 2017;26 doi: 10.1111/ecc.12625. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)];
80. Shvartzman P., Friger M., Shani A., Barak F., Yoram C., Singer Y. Pain control in ambulatory cancer patients—can we do better? *J. Pain Symptom Manag*. 2003;26:716–722. doi: 10.1016/S0885-3924(03)00220-3. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
81. [Grossman SA.](#), Undertreatment of cancer pain: barriers and remedies. [Support Care Cancer](#). 1993 Mar;1(2):74-8.
82. Shaiova, Lauren MD., Difficult Pain Syndromes: Bone Pain, Visceral Pain, and Neuropathic Pain; *The Cancer Journal*: [September-October 2006 - Volume 12 - Issue 5 - p 330-340](#)
83. Deandrea S., Montanari M., Moja L., Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann. Oncol*. 2008;19:1985–1991. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
84. Greco M.T., Roberto A., Corli O., Deandrea S., Bandieri E., Cavuto S., Apolone G. Quality of cancer pain management: An update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. *J.Clin.Oncol*. 2014;32:4149–4154. doi:10.1200/JCO.2014.56.0383. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
85. Breuer B., Fleishman S.B., Cruciani R.A., Portenoy R.K. Medical oncologists' attitudes and practice in cancer pain management: A national survey. *J. Clin. Oncol*. 2011;29:4769–4775. doi: 10.1200/JCO.2011.35.0561 . [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

86. Martens M.J.M., Janssen D.J.A., Schols J., van den Beuken-van Everdingen M.H.J. Opioid Prescribing Behavior in Long-Term Geriatric Care in the Netherlands. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2018;19:974–980. doi: 10.1016/j.jamda.2018.07.009. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
87. Hoang H.T., Sabia M., Torjman M., Goldberg M.E. The importance of medical education in the changing field of pain medicine. *Pain Manag.* 2014;4:437–443. doi: 10.2217/pmt.14.37. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
88. Marieke H. J. van den Beuken-van Everdingen, Sander M. J. van Kuijk et al Treatment of Pain in Cancer: Towards Personalised Medicine. *Cancers (Basel)*. 2018 Dec; 10 (12): 502. Published online 2018 Dec 10. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6316711/>
89. Scholten, Willem. 2013. Access to Opioid Analgesics: Essential for Quality Cancer Care. In *Cancer Pain*, edited by Magdi Hanna and Zbigniew (Ben) Zylicz, 249–62. Springer London.
90. Maurer, Martha A., Aaron M. Gilson, S. Asra Husain, and James F. Cleary. 2013. Examining Influences on the Availability of and Access to Opioids for Pain Management and Palliative Care. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 27 (3): 255–60. <https://doi.org/10.3109/15360288.2013.816407>.
91. Wolfert, Marla Z., Aaron M. Gilson, June L. Dahl, and James F. Cleary. 2010. - Opioid Analgesics for Pain Control: Wisconsin Physicians' Knowledge, Beliefs, Attitudes, and Prescribing Practices. *Pain Medicine (Malden, Mass.)* 11 (3): 425–34. <https://doi.org/10.1111/j.15264637.2009.00761.x>.
92. Upshur C., Luckmann R., Savageau J. Primary care provider concerns about management of chronic pain in community clinic populations. *J Gen Intern Med*, 2006 Jun;21(6):652-5. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00412.x.
93. Minozzi, Silvia, Laura Amato, and Marina Davoli. 2013. Development of Dependence Following Treatment with Opioid Analgesics for Pain Relief: A Systematic Review. *Addiction (Abingdon, England)* 108 (4): 688–98. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.04005.x>.
94. Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes - Supplement-AR15_availability_English.Pdf. n.d.
95. WHO |WHO Model Lists of Essential Medicines| 2017;
96. SIXTY-SEVENTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. n.d. Accessed July 29, 2018.
97. Human Rights Watch – Global State of Pain Treatment. Access to Palliative Care as a Human Right. [cited February 20, 2017]. Available from: <https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/hhr0511W.pdf>
98. Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, Horton S, editors [database on the Internet]. *Cancer: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 3)*. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2015 [cited February 20, 2017]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343628/>. Accessed November 1, 2015.

99. Burden of cancer pain in developing countries: A narrative literature review. [ClinicoEconomics and Outcomes Research](#) November 2018, Volume 10:675-691. DOI: [10.2147/CEOR.S181192](#)).
100. WHO. Access to Controlled Medications Programme. Available from http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/AccessControlledMedicinesProg.Framework.pdf. Accessed September 10, 2018.
101. Cherny, N. I., J. Baselga, F. de Conno, L. Radbruch. 2010. Formulary Availability and Regulatory Barriers to Accessibility of Opioids for Cancer Pain in Europe: A Report from the ESMO/EAPC Opioid Policy Initiative. *Annals of Oncology*. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp581>.
102. Lebaron V, Beck SL, Maurer M, Black F, Palat G. An ethnographic study of barriers to cancer pain management and opioid availability in India. *Oncologist*. 2014;19(5):515–522.
103. Гершанович М., Райкин М. Симптомаетическое лечение больных злокачественными новообразованиями в далело зашедших стадиях, Медицина.1980. Москва, 200 с
104. Клиническая онкология. Под. ред. Н.Блохина, Б.Петерсона. М.,Москва, 1979, 648 с.
105. Петерсон Б., Медицина,1980. Медицина, Москва, 448 с.
106. Общая онкология. Руководство для врачей.Под. ред. Н.Напалкова. Л. Медицина, 1989.648 с.
107. Клинические группы и учет онкологических больных. <https://studfile.net/preview/5509917/page:18/>;
108. Delegates to the International Pain Summit of the International Association for the Study of Pain (2010). "Declaration of Montreal". Archived from the original on 13 May 2011.
109. Cancer in Georgia, 2015-2019; Treatment p. 56-67; NCDC.Ge <https://test.ncdc.ge> › Handlers › GetFile (<https://test.ncdc.ge>);
110. Numeric pain Raiting Scale. https://www.physio-pedia.com/Numeric_Pain_Rating_Scale;
111. შავდია მ., შავდია ნათია, ყაჯრიშვილი მ. საქართველოში ონკოლოგიურ პაციენტთა ქრონიკული ტკივილის არასწორი მართვის მიზეზები. თსსუ შრომათა კრებული. ტ. XII, 2008, თბილისი, გვ. 184-186.
112. ბრძანება N32/ო-N102 "ნარკოტიკული ანალგეტიკებით სიმტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტიგენტის საჭიროებისთვის ნარკოტიკული საშუალებების შენახვის, აღრიცხვის, დანიშვნის, გამოწერის, გაცემისა და გამოყენების დროებითი წესების დამტკიცების შესახებ (Joint Decree of MLHSA an MIA 32-102.Pdf,|2000);
113. ძოწენიძე ფ. სადოქტორო ნაშრომი „ქრონიკული ტკივილის მართვაში არსებული ბარიერების შეფასება და მათი ზემოქმედება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე“, თბილისი, 2018, 250 გვ.
114. ჩხაიძე მ. სადოქტორო ნაშრომი „ტერმინალურ ფაზაში კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში სიკვდილის მექანიზმებისა შეფასება“, თბილისი, 2022, 268 გვ.
115. საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს გაიდლაინი ქრონიკული ტკივილის მართვა, ფ.ძოწენიძე, თ.რუხაძე, ი.აბესაძე, 2012;
116. Babin, E, Sigston, E, Hitier, M, Dehesdin, D, Marie et all. Quality of life in head and neck cancers patients: predictive factors, functional and psychosocial outcome. *Eur Arch Oto-*

- Rhino-Laryngol 2008;265:265–70. <https://doi.org/10.1007/s00405-007-0561-0>. Search in [Google Scholar](#)
117. NCDC.ge;
118. van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, Tjan-Heijnen VC, Janssen DJ. Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. J Pain Symptom Manage 2016;51(6):1070–1090.e9. [CrossRefexternal icon PubMedexternal icon](#);
119. Jensen MP, Chang HY, Lai YH, Syrjala KL, Fann JR, Gralow JR. Pain in long-term breast cancer survivors: frequency, severity, and impact. Pain Med 2010;11(7):1099–106. [CrossRefexternal icon PubMedexternal icon](#)
120. M. Shayne Gallaway, Julie S. Townsend, Daniel Shelby, Mary C. Puckett. Pain Among Cancer Survivors. Original Research, Volume 17, July 9, 2020;
121. Anne K. C. Söderlund Schaller, Anna Peterson and Emmanuel Bäckryd., Pain management in patients undergoing radiation therapy for head and neck cancer – a descriptive study. the journal Scandinavian Journal of Pain <https://doi.org/10.1515/sjpain-2020-0067>;
122. ღვამიჩავა რ., შავდია მ. ონკოლოგია, ჯისიაი, თბილისი, 2010, 674 გვ.;
123. Lou, F., Shang, S. (2017). Attitudes towards pain management in hospitalized cancer patients and their influencing factors. Chinese Journal of Cancer Research, 29 (1) 75 <https://doi.org/10.21147/j.issn.1000-9604> Crossref PubMedWeb of Science@Google Scholar;
124. Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes : Indispensable, Adequately Available and Not Unduly Restricted 2016;
125. Bennett, Daniel S, Daniel B Carr. 2002.Opiophobia as a Barrier to the Treatment of Pain. | Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy 16 (1): 105–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14650454>.
126. PPSG Glossary. n.d. Opiophobia | Pain & Policy Studies Group. | Accessed July 30, 2018. <http://www.painpolicy.wisc.edu/glossary/opiophobia>.
127. Human Rights Watch (Organization), and Diederik. Lohman. 2009.
128. King, Nicholas B, Veronique Fraser. n.d. Untreated Pain, Narcotics Regulation, and Global Health Ideologies. | Accessed March 17, 2017. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001411>.
129. ღვამიჩავა რ., აბესაძე ი., შავდია მ. და სხვები. პალიატიური მზრუნველობა - სამედიცინო და ორგანიზაციული ასპექტები, თბილისი, 2005, 138 გვ.;
130. პალიატიური მზრუნველობა (სახელმძღვანელო ექიმებისთვის), დ.კორძაიას რედაქციით, პოლიგრაფი, თბილისი, 2005, 235 გვ.;
131. აბესაძე ი., და თანაავტორები. პალიატიური მზრუნველობა, თბილისი, 2016.;
132. მეტივიშვილი გ., პალიატიური მზრუნველობა, თბილისი, 2016.;
133. Reddy, Bhavani S. 2006a. The Epidemic of Unrelieved Chronic Pain: The Ethical, Societal, and Regulatory Barriers Facing Opioid Prescribing Physicians. | Journal of Legal Medicine 27 (4): 427–42. <https://doi.org/10.1080/01947640601021048>.
134. McCormick Thomas. n.d. Bioethic Tools: Principles of Bioethics. | Accessed July 30, 2018. <https://depts.washington.edu/bioethx/tools/princpl.html>.

135. Manfred Nowak, Anand Grover. 2008. UN Human Rights Experts Call upon CND to Support Harm Reduction|Human Rights Watch. 2008. <https://www.hrw.org/news/2008/2/10/unhuman-rights-experts-call-upon-cnd-support-harm-reduction>.
136. Estimated world requirements of narcotic drugs for 2020, Georgia
137. Health Organization 2011;
138. https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2019/Narcotic_Drugs_Technical_Publication_2019_web.pdf

დანართი N 1.



საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის
ბიოსამედიცინო კვლევების ეთიკურ საკითხთა საბჭოს
„ბიოეთიკის საბჭო“

მისამართი: კოსტავას ქ. 77^ა; I კორპუსი. თბილისი, საქართველო, 0175
ტელეფონი: +995 598 84 39 72
საკონტაქტო პირი: მირანდა ნონიკაშვილი
E-mail: m.nonikashvili@ug.edu.ge

ბიოეთიკის საბჭო

სამეცნიერო კვლევის სათაური: კიბოსმიერი ტკვილის მართვის ბარიერები
მკურნალობის პროცესში

სამეცნიერო კვლევის ავტორი (სახელი, გვარი): ნათია შავდია

აკადემიური სტატუსი (მონიშნეთ): სტუდენტი მაგისტრანტი დოქტორანტი სხვა

კვლევის სამეცნიერო ხელმძღვანელი

ვასილ ტყემელაშვილი, მედ. მეცნ. დოქტორი, პროფესორი.

(სახელი, გვარი, სამეცნიერო ხარისხი, აკადემიური თანამდებობა)

სამეცნიერო კვლევის ჩატარების ვადები

კვლევის დაწყების თარიღი: 2018

კვლევის დასრულების თარიღი: 2021

13-3696

27/05/2020

საქართველოს უნივერსიტეტი, ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა,
ბიოსამედიცინო კვლევების ეთიკურ საკითხთა საბჭო

ქალბატონ ნათია შავდიას, კვლევის სათაური: „კიბოსმიერი ტკვილის მართვის
ბარიერები მკურნალობის პროცესში“

ეთიკის კომიტეტის სახელით, გაცნობებთ რომ თქვენს მიერ გამოსაყენებელი
საკვლევი ინსტრუმენტი არ ეწინააღმდეგება კვლევის ეთიკურ პრინციპებს და მოიცავს
ისეთ მნიშვნელოვან წინაპირობებს, როგორცაა პიროვნების პატივისცემა და მისი
უფლებების დაცვა (მკვლევარი ვალდებულია მიიღოს ინფორმირებული თანხმობა
საკვლევი პირებისგან და უზრუნველყოს მიღებული ინფორმაციის კონფიდენციალობა)
და სოციალური სამართლიანობა (კვლევის შედეგებისა და სარგებლის თანაბარი
განაწილება), რის გამოც ეთიკის საბჭო მხარს უჭერს წარმოდგენილი კვლევის
განხორციელებას.

დასკვნა ძალაშია ხელმოწერის შემდეგ ერთი წლის განმავლობაში. თუ თქვენს
კვლევაში რაიმე ცვლილებას შეიტანეთ, შესწორებისთვის უნდა წარუდგინოთ
ცვლილებები ბიოსამედიცინო კვლევების ეთიკურ საკითხთა საბჭოს.

საქართველო, თბილისი, 0171, მ. კოსტავას ქ. #77ა, ტელ (995 32) 255 22 22 *5522 ელ-
ფოსტა: ug@ug.edu.ge ვებ-გვერდი: www.ug.edu.ge Georgia, Tbilisi, 0171, M. Kostava str #
77a. Tel.: (995 32) 255 22 22 *5522 E-mail ug@ug.edu.ge Web Page: www.ug.edu.ge

პროფესორი ოთარ თოიძე, ბიოსამედიცინო კვლევების ეთიკურ საკითხთა საბჭოს
თავმჯდომარე, ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა,
კვლევის კოდი: UGREC-08-20

დანართი N 2. რეტროსპექტულ კვლევაში ჩართულ კიბოს მქონე პაციენტთა ავთვისებიანი სიმსივნეთა ლოკალიზაციის ჩამონათვალი

| ლოკალიზაცია | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|---------------------|------------|------|------------|----------|------------|
| ძუძუ | 79 | 22.3 | 9.83 | 69.17 | 918.41 |
| საკვერცხე | 40 | 11.3 | 9.83 | 30.17 | |
| არაჰოჯკინის ლიმფომა | 11 | 3.1 | 9.83 | 1.17 | |
| ფალოპის მილი | 1 | 0.3 | 9.83 | -8.83 | |
| საშვილოსნოს ტანი | 30 | 8.5 | 9.83 | 20.17 | |
| სათესლე ჯირკვალი | 3 | 0.8 | 9.83 | -6.83 | |
| ყბის ქვეშა ჯირკვლი | 2 | 0.6 | 9.83 | -7.83 | |
| სწორი ნაწლავი | 6 | 1.7 | 9.83 | -3.83 | |
| ღვიძლი | 3 | 0.8 | 9.83 | -6.83 | |
| ვულვა | 1 | 0.3 | 9.83 | -8.83 | |
| ხორხი | 16 | 4.5 | 9.83 | 6.17 | |
| ჰოჯკინის ლიმფომა | 8 | 2.3 | 9.83 | -1.83 | |
| ფილტვი | 31 | 8.8 | 9.83 | 21.17 | |
| კოლინჯის ნაწლავი | 32 | 9.0 | 9.83 | 22.17 | |
| კანი | 9 | 2.5 | 9.83 | -0.83 | |
| კუჭი | 30 | 8.5 | 9.83 | 20.17 | |
| ფატერის დვრილი | 1 | 0.3 | 9.83 | -8.83 | |
| თირკმელი | 2 | 0.6 | 9.83 | -7.83 | |
| სარკომა | 1 | 0.3 | 9.83 | -8.83 | |
| ლეიკემია | 2 | 0.6 | 9.83 | -7.83 | |
| საშვილოსნოს ყელი | 4 | 1.1 | 9.83 | -5.83 | |
| პანკრეასი | 13 | 3.7 | 9.83 | 3.17 | |
| ზედა ყბა | 1 | 0.3 | 9.83 | -8.83 | |
| ფარისებრი ჯირკვალი | 1 | 0.3 | 9.83 | -8.83 | |
| უცნობი ლოკალიზაცია | 2 | 0.6 | 9.83 | -7.83 | |
| შარდის ბუშტი | 1 | 0.3 | 9.83 | -8.83 | |
| პროსტატა | 8 | 2.3 | 9.83 | -1.83 | |
| ასოს თავი | 1 | 0.3 | 9.83 | -8.83 | |
| თავის ტვინი | 1 | 0.3 | 9.83 | -8.83 | |
| ყბა-ყურა ჯირკვალი | 4 | 1.1 | 9.83 | -5.83 | |
| საყლაპავი | 2 | 0.6 | 9.83 | -7.83 | |
| ქოლანგიო-კარცინომა | 1 | 0.3 | 9.83 | -8.83 | |
| მელანომა | 2 | 0.6 | 9.83 | -7.83 | |
| ნაღვლის ბუშტი | 3 | 0.8 | 9.83 | -6.83 | |
| პირის ღრუ | 0 | 0.0 | 9.83 | -9.83 | |
| ენა | 1 | 0.3 | 9.83 | -8.83 | |
| ყია | 0 | 0.0 | 9.83 | -9.83 | |
| ყური | 0 | 0.0 | 9.83 | -9.83 | |
| ტუჩი | 0 | 0.0 | 9.83 | -9.83 | |

| | | | | | |
|----------------|---|-----|------|-------|--|
| ცხვირ-ხახა | 1 | 0.3 | 9.83 | -8.83 | |
| სანაღვლე გზები | 0 | 0.0 | 9.83 | -9.83 | |

დანართი N3. რეტროსპექტულ კვლევაში ჩართულ კიბოს მქონე პაციენტთა

კიბოთი დაზიანებულ ორგანოთა ჩამონათვალი (ბაზებში შესატანი რიცხვი)

| | | | |
|------------------------|----------------------|------------------------|--------------------|
| 1. ძუძუ | 12. ჰოჯკინის ლიმფომა | 23. ზედა ყბა | 34. ნაღვლის ბუშტი |
| 2. საკვერცხე | 13. ფილტვი | 24. ფარისებრი ჯირკვალი | 35. პირის ღრუ |
| 3. არაჰოჯკინის ლიმფომა | 14. კოლინჯი | 25. უცნობი | 36. ენა |
| 4. ფალოპის მილი | 15. კანი | 26. შარდის ბუშტი | 37. ყია |
| 5. საშვილოსნოს ტანი | 16. კუჭი | 27. პროსტატა | 38. ყური |
| 6. სათესლე ჯირკვალი | 17. ფატერის დვრილი | 28. ასოს თავი | 39. ტუჩი |
| 7. ყბის ქვეშა ჯირკვლი | 18. თირკმელი | 29. თავის ტვინი | 40. ცხვირ-ხახა |
| 8. სწორი ნაწლავი | 19. სარკომა | 30. ყბა-ყურა ჯირკვალი | 41. სანაღვლე გზები |
| 9. ღვიძლი | 20. ლეიკემია | 31. საყლაპავი | |
| 10. ვულვა | 21. საშვილოსნოს ყელი | 32. ქოლანგიო-კარცინომა | |
| 11. ხორხი | 22. პანკრეასი | 33. მელანომა | |

დანართი 4. რეტროსპექტულ კვლევაში ჩართულ ონკოლოგიური პაციენტთა

ჩატარებული მკურნალობის ტიპები

| თერაპია | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square | df | Asymp. Sig. |
|---------------------------------|------------|------|------------|----------|------------|----|-------------|
| ნეო/ადიუვანტური ქიმიოთერაპია | 119 | 33.6 | 50.57 | 68.43 | 300.72 | 1 | .000 |
| ნეო/ადიუვანტური სხივური თერაპია | 28 | 7.9 | 50.57 | -22.57 | | | |
| პალიატიური ქიმიო- | 124 | 35.0 | 50.57 | 73.43 | | | |
| პალიატიური სხივური თერაპია | 9 | 2.5 | 50.57 | -41.57 | | | |
| პალიატიური ქიმიო-სხივური ერთად | 46 | 13.0 | 50.57 | -4.57 | | | |
| ჰორმონოთერაპია | 4 | 1.1 | 50.57 | -46.57 | | | |

| | | | | | | | |
|---|-----|-----|-------|--------|--|--|--|
| ნეო/ადიუვანტური ქიმიო- და სხივური ერთად | 24 | 6.8 | 50.57 | -26.57 | | | |
| სულ | 354 | 100 | | | | | |

დანართი 5. რეტროსპექტულ კვლევაში ჩართულ ონკოლოგიურ

პაციენტთა განაწილება რეგიონების მიხედვით

| რეგიონი | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|-----------------|------------|------|------------|----------|------------|
| თბილისი | 88 | 24.9 | 32.18 | 55.82 | 219.99 |
| აფხაზეთი | 6 | 1.7 | 32.18 | -26.18 | |
| აჭარა | 76 | 21.5 | 32.18 | 43.82 | |
| გურია | 36 | 10.2 | 32.18 | 3.82 | |
| იმერეთი | 17 | 4.8 | 32.18 | -15.18 | |
| კახეთი | 30 | 8.5 | 32.18 | -2.18 | |
| მცხეთა-მთიანეთი | 7 | 2.0 | 32.18 | -25.18 | |
| რაჭა-ლეჩხუმი | 0 | 0.0 | 32.18 | -32.18 | |
| სამეგრელო | 33 | 9.3 | 32.18 | 0.82 | |
| სამცხე-ჯავახეთი | 19 | 5.4 | 32.18 | -13.18 | |
| ქვემო ქართლი | 26 | 7.3 | 32.18 | -6.18 | |
| შიდა ქართლი | 16 | 4.5 | 32.18 | -16.18 | |

დანართი 6. რეტროსპექტულ კვლევაში ჩართულ ონკოლოგიურ პაციენტთა

განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

| ასაკობრივი ჯგუფები | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|--------------------|------------|------|------------|----------|------------|
| <36 | 7 | 2.0 | 32.18 | -25.18 | 214.33 |
| 36-40 | 3 | 0.8 | 32.18 | -29.18 | |
| 41-45 | 10 | 2.8 | 32.18 | -22.18 | |
| 46-50 | 16 | 4.5 | 32.18 | -16.18 | |
| 51-55 | 32 | 9.0 | 32.18 | -0.18 | |
| 56-60 | 57 | 16.1 | 32.18 | 24.82 | |
| 61-65 | 79 | 22.3 | 32.18 | 46.82 | |
| 66-70 | 66 | 18.6 | 32.18 | 33.82 | |

| | | | | | |
|-------|----|------|-------|--------|--|
| 71-75 | 47 | 13.3 | 32.18 | 14.82 | |
| 76-80 | 26 | 7.3 | 32.18 | -6.18 | |
| >80 | 11 | 3.1 | 32.18 | -21.18 | |

დანართი N 7

საქართველოს უნივერსიტეტი

უნიკალური კოდი N

ტკვილის მართვის ბარიერები კიბოს მკურნალობის პროცესში

კითხვარი N 1 (ივსება არქივის ისტორიიდან)

ინიციალი: ისტ. N მცხოვრები:

ტელეფონი:

ასაკი:

მკურნალობა დასრულდა:

სქესი: 1. ქალი; 2. კაცი.

დიაგნოზი:

სტადია: 1, 2, 3, 4,

კლინიკური ჯგუფი: 1. II. 2. IV;

ამჟამად მტს-ი: 1. არა; 2. კი.

ჩატარდა: 1. ნეო/ადიუვანტური ქიმიო-; 2. ნეო/ადიუვანტური სხივური თერაპია; 3. პალიატიური ქიმიო-; 4. პალიატიური სხივური თერაპია; 5. პალიატიური ქიმიო-სხივური ერთად. 6. ჰორმონოთერაპია; 7. ნეო/ადიუვანტური ქიმიო- და სხივური ერთად.

ისტორიაში ტკვილი წერია: 1. კი; 2. არა.

ტკვილი რიცხობრივად შეფასდა: 1. კი; 2. არა;

ტკვილი 10 ქულიანი შკალით: 1. სუსტი (1-3); 2. საშუალო (4-6); 3. ძლიერი (7+). 4. არ წერია.

ექიმმა ტკვილი შეაფასა როგორც: 1. სუსტი; 2. საშუალო; 3. ძლიერი. 4. არ წერია.

რომელი ანალგეტიკი დაენიშნა: 1. აასს; 2. სუსტი ოპიოიდი; 3. ძლიერი ოპიოიდი; 4. არ წერია;

ანალგეტიკით ტკვილი მოეხსნა: 1. სრულად; 2. ნაწილობრივ; 3. არა; 4. არ წერია.

მკვლევარი:

თარიღი:

დანართი N 8.

საქართველოს უნივერსიტეტი

უნიკალური კოდი N (კითხვარი 1-ს გაგრძელება)

ტკვილის მართვის ბარიერები კიბოს მკურნალობის პროცესში

კითხვარი N 3 (ივსება სატელეფონო გამოკითხვით

მკურნალობის დასრულებიდან 1 თვეში)

პაციენტი: 1. ცოცხალია; 2. მოკვდა.

საუბრის თარიღი:

მკურნალობისას ტკვილი იყო: 1. კი; 2. არა. უთხარით ექიმს ტკვილის შესახებ: 1. კი; 2. არა; 3. არ მქონდა.

რატომ არ უთხარით ექიმს ტკვილის შესახებ: 1. ძალიან არ მტკივოდა; 2. არ უკითხავს; 3. თერაპიას გადადებდნენ; 4. ვუძლებდი; 5. ვუთხარი; 6. არ მტკიოდა.

გკითხათ ექიმმა ტკვილის შესახებ: 1. კი; 2. არა.

ექიმმა ტკვილი შეგიფასათ: 1. რიცხვებით; 2. გამოცდილებით; 3. არ ვიცი;

მკურნალობისას 10 ქულიანი შკალით ტკვილი იყო: 1. სუსტი (1-3); 2. საშუალო (4-6); 3. ძლიერი (7 და+). 4. არ მქონდა;

ექიმმა ტკვილის გამო დაგინიშნათ: 1. აასს; 2. სუსტი ოპიოიდი; 3. ძლიერი ოპიოიდი; 4. არ დაუნიშნია; 5. ანალგინი დიმედროლით; 6. გაგივლისო;

დანიშნული ანალგეტიკით ტკვილი მოიხსნა: 1. კი; 2. ნაწილობრივ; 3. არ მქონდა.

ამჟამად, როგორი ტკვილია: 1. სუსტი (1-3); 2. საშუალო (4-6); 3. ძლიერი (7 და+); 4. არ მაქვს. ამჟამად, ტკვილს მკურნალობთ: 1. ექიმის რჩევით; 2. ჩემით; 3. არ მტკივა.

რატომ არ მკურნალობთ ტკვილს: 1. ძალიან არ მტკივა; 2. ძლიერი ტკვილის დროს ვიმკურნალე; 3. ვუძლებ; 4. ვმკურნალობ; 5. არ მტკივა.

ტკვილის ეფექტურ მართვაზე ინფორმირებული ხართ: 1. კი; 2. არა.

ძლიერი ტკვილისას მორფინს გაიკეთებთ: 1. არა; 2. კი; 3. არ ვიცი; 4. კიბო არ მაქვს; 5. მიჩვევის მეშინია;

ქიმიო-ს დროს ტკვილი იყო: 1. არა; 2. სუსტი (1-3); 3. საშუალო (4-6); 4. ძლიერი (7 და+).

ქიმიო-ს დროს ტკვილის ხანგრძლივობა იყო: 1. 1-5 დღე; 2. 6-10 დღე; 3. 11-15 დღე; 4. 0 დღე

მკვლევარი:

თარიღი:

დანართი N 9.

საქართველოს უნივერსიტეტი

უნიკალური კოდი N

ტკვილის მართვის ბარიერები კიბოს მკურნალობის პროცესში

კითხვარი N2 (ივსება მკურნალი ექიმის მიერ)

ინიციალი: _____ ისტ N _____ ტელეფონი _____ ასაკი _____

სქესი: 1.ქალი 2.კაცი. დიაგნოზი:

კლ. ჯგუფი: 1. II; 2. IV;

სტადია: 1, 2, 3, 4;

მტს არის - 1. არა; 2. კი;

რა მკურნალობა უტარდება: 1.ნეო/ადიუვანტური ქიმიო-; 2.ნეო/ადიუვანტური სხივური:

3: პალიატიური ქიმიო-; 4. პალიატიური სხივური; 5. ქიმიო-სხივური ერთად; 6.

ჰორმონოთე-რაპია; 7. ნეო/ადიუვანტური და პალიატიური სხივური ერთად.

აქვს თუ არა ტკვილი: 1. კი; 2.არა.

რიცხოვობრივად ტკვილი არის: 1. სუსტი (1-3); 2.საშუალო (4-6); 3. ძლიერი (7+); 4.

ტკვილი არ აქვს.

რომელი ანალგეტიკი დაენიშნა: 1. აასს; 2. სუსტი ოპიოიდი; 3. ძლიერი ოპიოიდი; 4.

არცერთი. ანალგეტიკით ტკვილი მოეხსნა: 1. კი; 2. ნაწილობრივ; 3. არ იყო; 4. არ ჰქონდა

ტკვილის გამო რატომ არ დაენიშნა ანალგეტიკი: 1. პაციენტს არ უნდოდა; 2. ოჯახს არ უნდოდა; 3. ტკვილი არ ჰქონდა; 4. დაენიშნა;

ტკვილის მართვაში გიშლით IV კლინიკური ჯგუფი: 1. კი 2. არა.

რაში გზუდავთ IV კლინიკური ჯგუფი: 1. სუსტი/ძლიერი ოპიოიდების დანიშვნაში; 2. არ მიშლის.

ტკვილის მართვაში გზდუდავთ თუ არა ოჯახის წევრები: 1. კი; 2. არა.

ოჯახი რომელი ანალგეტიკის წინააღმდეგია: 1. სუსტი/ძლიერი ოპიოიდების; 2.

არცერთის;

საჭიროებისას დაგვიკავშირდით n.shavdia@yahoo.com ან მობილურზე 599225459 ნათია.

ექიმი: _____თარიღი: _____

დანართი N 10.

საქართველოს უნივერსიტეტი

უნიკალური კოდი N (კითხვარი 2-ის გაგრძელება)

ტკვილის მართვის ბარიერები კიბოს მკურნალობის პროცესში

კითხვარი N 4 (ივსება ბარათიდან პროაქტიური გამოკითხვიდან 1 თვეში)

პაციენტი: 1. ცოცხალი; 2. გარდაიცვალა.

ისტ N თარიღი: 2020 წ.

ისტორიაში ფიქსირებულია თუ არა ტკვილი: 1. კი; 2. ტკვილი არ აქვს.

ტკვილის სიმღიერე შეფასებულია თუ არა რიცხობრივად: 1. კი; 2. ტკვილი არ აქვს.

რა სიმღიერის ტკვილია დაფიქსირებული: 1. სუსტი (1-3); 2. საშუალო (4-6); 3. ძლიერი (7+); 4. არ აქვს ტკვილი.

რომელი ანალგეტიკი დაენიშნა: 1. აასს; 2. სუსტი ოპიოიდი; 3. ძლიერი ოპიოიდი; 4.

ტკვილი არ აქვს.

დანიშნულმა ანალგეტიკმა ტკვილი მოხსნა: 1. კი; 2. ნაწილობრივ; 3. ტკვილი არ აქვს.

ამჟამად თუ აქვს ტკვილი (მობილურით): 1. კი; 2. ზოგჯერ; 3. ტკვილი არ აქვს;

ამჟამად თუ გაქვთ ტკვილი რა სიმღიერისაა: 1. სუსტი (1-3); 2. საშუალო (4-6); 3. ძლიერი (7+); 4. არა.

მკვლევარი:

დანართი N 11. პროსპექტულ კვლევაში მონაწილე ონკოლოგიურ

პაციენტთა საცხოვრებელი ადგილები (ბაზებში შესატანი რიცხვი)

| რეგიონი | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|-----------------|------------|------|------------|----------|------------|
| თბილისი | 102 | 28.8 | 32.18 | 69.82 | 437.81 |
| აფხაზეთი | 4 | 1.1 | 32.18 | -28.18 | |
| აჭარა | 111 | 31.4 | 32.18 | 78.82 | |
| გურია | 26 | 7.3 | 32.18 | -6.18 | |
| იმერეთი | 19 | 5.4 | 32.18 | -13.18 | |
| კახეთი | 16 | 4.5 | 32.18 | -16.18 | |
| მცხეთა-მთიანეთი | 2 | 0.6 | 32.18 | -30.18 | |
| რაჭა-ლეჩხუმი | 0 | 0.0 | 32.18 | -32.18 | |
| სამეგრელო | 19 | 5.4 | 32.18 | -13.18 | |
| სამცხე-ჯავახეთი | 13 | 3.7 | 32.18 | -19.18 | |
| ქვემო ქართლი | 25 | 7.1 | 32.18 | -7.18 | |
| შიდა ქართლი | 17 | 4.8 | 32.18 | -15.18 | |

დანართი N 12. პროსპექტულ კვლევაში მონაწილე ონკოლოგიურ პაციენტთა

საცხოვრებელი ადგილები (ბაზებში შესატანი რიცხვი)

- | | | | | |
|-------------|---------------|----------------|-------------------|----------------|
| 1. თბილისი | 13. რუსთავი | 25. ჩხოროწყუ | 37. ადიგენი | 49. თეთრიწყარო |
| 2. აბაშა | 14. ქარელი | 26. თელავი | 38. კასპი | 50. ჭიათურა |
| 3. ზუგდიდი | 15. ხონი | 27. გარდაბანი | 39. ახალციხე | 51. სამტრედია |
| 4. სოხუმი | 16. ზესტაფონი | 28. ქედა | 40. დედოფლისწყარო | 52. საჩხერე |
| 5. ფოთი | 17. ოზურგეთი | 29. ხელვაჩაური | 41. ხაშური | 53. მესტია |
| 6. გურჯაანი | 18. სიღნაღი | 30. ბათუმი | 42. ხარაგაული | 54. ახალგორი |
| 7. ლანჩხუთი | 19. მარნეული | 31. ქობულეთი | 43. გალი | 55. ხობი |
| 8. ბოლნისი | 20. მცხეთა | 32. ხულო | 44. მარტვილი | 56. ჩოხატაური |
| 9. ვანი | 21. ყვარელი | 33. შუაბევი | 45. წალენჯიხა | 57. ოჩამჩირე |
| 10. დუშეთი | 22. წყალტუბო | 34. სენაკი | 46. საგარეჯო | 58. გაგრა |

11. ნინოწმინდა 23. ახმეტა 35. ასპინძა 47. თიანეთი 59. გულრიფში
12. გორი 24. ახალქალაქი 36. დმანისი 48. ქუთაისი

დანართი 13. პროსპექტულ კვლევაში ჩართულ ონკოლოგიურ პაციენტთა

განაწილება საკობრივი ჯგუფების მიხედვით

| ასაკობრივი ჯგუფები | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|--------------------|------------|------|------------|----------|------------|
| <36 | 7 | 2.0 | 32.18 | -25.18 | 214.33 |
| 36-40 | 3 | 0.8 | 32.18 | -29.18 | |
| 41-45 | 10 | 2.8 | 32.18 | -22.18 | |
| 46-50 | 16 | 4.5 | 32.18 | -16.18 | |
| 51-55 | 32 | 9.0 | 32.18 | -0.18 | |
| 56-60 | 57 | 16.1 | 32.18 | 24.82 | |
| 61-65 | 79 | 22.3 | 32.18 | 46.82 | |
| 66-70 | 66 | 18.6 | 32.18 | 33.82 | |
| 71-75 | 47 | 13.3 | 32.18 | 14.82 | |
| 76-80 | 26 | 7.3 | 32.18 | -6.18 | |
| >80 | 11 | 3.1 | 32.18 | -21.18 | |

დანართი N 14. პროსპექტულ კვლევაში ჩართულ კიბოს მქონე პაციენტთა ავთვისებიანი სიმსივნეთა ლოკაციების ჩამონათვალი

| ლოკალიზაცია | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|---------------------|------------|------|------------|----------|------------|
| ძუძუ | 85 | 24.0 | 9.83 | 75.17 | 777.76 |
| საკვერცხე | 36 | 10.2 | 9.83 | 26.17 | |
| არაჰოჯკინის ლიმფომა | 3 | 0.8 | 9.83 | -6.83 | |
| ფალოპის მილი | 0 | 0.0 | 9.83 | -9.83 | |
| საშვილოსნოს ტანი | 18 | 5.1 | 9.83 | 8.17 | |
| სათესლე ჯირკვალი | 0 | 0.0 | 9.83 | -9.83 | |
| ყბის ქვეშა ჯირკვლი | 0 | 0.0 | 9.83 | -9.83 | |
| სწორი ნაწლავი | 10 | 2.8 | 9.83 | 0.17 | |
| ღვიძლი | 2 | 0.6 | 9.83 | -7.83 | |
| ვულვა | 0 | 0.0 | 9.83 | -9.83 | |
| ხორხი | 25 | 7.1 | 9.83 | 15.17 | |
| ჰოჯკინის ლიმფომა | 2 | 0.6 | 9.83 | -7.83 | |
| ფილტვი | 42 | 11.9 | 9.83 | 32.17 | |
| კოლინჯის ნაწლავი | 24 | 6.8 | 9.83 | 14.17 | |

| | | | | | |
|--------------------|----|-----|------|-------|--|
| კანი | 16 | 4.5 | 9.83 | 6.17 | |
| კუჭი | 14 | 4.0 | 9.83 | 4.17 | |
| ფატერის დვრილი | 0 | 0.0 | 9.83 | -9.83 | |
| თირკმელი | 5 | 1.4 | 9.83 | -4.83 | |
| სარკომა | 4 | 1.1 | 9.83 | -5.83 | |
| ლეიკემია | 0 | 0.0 | 9.83 | -9.83 | |
| საშვილოსნოს ყელი | 7 | 2.0 | 9.83 | -2.83 | |
| პანკრეასი | 12 | 3.4 | 9.83 | 2.17 | |
| ზედა ყბა | 1 | 0.3 | 9.83 | -8.83 | |
| ფარისებრი ჯირკვავი | 2 | 0.6 | 9.83 | -7.83 | |
| უცნობი ლოკაცია | 4 | 1.1 | 9.83 | -5.83 | |
| შარდის ბუშტი | 6 | 1.7 | 9.83 | -3.83 | |
| პროსტატა | 14 | 4.0 | 9.83 | 4.17 | |
| ასოს თავი | 0 | 0.0 | 9.83 | -9.83 | |
| თავის ტვინი | 4 | 1.1 | 9.83 | -5.83 | |
| ყბა-ყურა ჯირკვავი | 3 | 0.8 | 9.83 | -6.83 | |
| საყლაპავი | 0 | 0.0 | 9.83 | -9.83 | |
| ქოლანგიო-კარცინომა | 0 | 0.0 | 9.83 | -9.83 | |
| მელანომა | 3 | 0.8 | 9.83 | -6.83 | |
| ნაღვლის ბუშტი | 2 | 0.6 | 9.83 | -7.83 | |
| პირის ღრუ | 2 | 0.6 | 9.83 | -7.83 | |
| ენა | 3 | 0.8 | 9.83 | -6.83 | |
| ყია | 2 | 0.6 | 9.83 | -7.83 | |
| ყური | 1 | 0.3 | 9.83 | -8.83 | |
| ტუჩი | 1 | 0.3 | 9.83 | -8.83 | |
| ცხვირ-ხახა | 0 | 0.0 | 9.83 | -9.83 | |
| სანაღვლე გზები | 1 | 0.3 | 9.83 | -8.83 | |

დანართი 15. პროსპექტულ კვლევაში ჩართულ ონკოლოგიური

პაციენტებისთვის ჩატარებული მკურნალობის ტიპები

| რა მკურნალობა უტარდება: | Observed N | % | Expected N | Residual | Chi-Square |
|---------------------------------|------------|------|------------|----------|------------|
| ნეო/ადიუვანტური ქიმიოთერაპია | 97 | 27.4 | 50.57 | 46.43 | 191.72 |
| ნეო/ადიუვანტური სხივური თერაპია | 88 | 24.9 | 50.57 | 37.43 | |
| პალიატიური ქიმიო- | 92 | 26.0 | 50.57 | 41.43 | |
| პალიატიური სხივური თერაპია | 35 | 9.9 | 50.57 | -15.57 | |

| | | | | | |
|--|----|-----|-------|--------|--|
| პალიატიური ქიმიო- სხივური ერთად | 24 | 6.8 | 50.57 | -26.57 | |
| ჰორმონოთერაპია | 12 | 3.4 | 50.57 | -38.57 | |
| ნეო/ადიუვანტური ქიმიო- და სხივური ერთად | 6 | 1.7 | 50.57 | -44.57 | |

დანართი N 16.

ექიმები რომლებმაც თანხმობა განაცხადეს კვლევაში მონაწილეობაზე:

1. უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი (თბილისი): ონკოლოგები: ლუდმილა იარკინა, მელაძე თამუნა, ლერა კუპრაძე, მარინა თევზაძე; ხათუნა პარკაია, გულიკო პაპუაშვილი, მაია ვაშაყმაძე; ეთერი სურმავა. რადიოლოგები: ნინო გორგაძე, აჩიკო კაპანაძე, ნანა ათუაშვილი, აჩიკო პავლიაშვილი, ლალი თოლომაშვილი, მედიკო ჩიხლაძე, ნანი ქიმერიძე;
2. საროველის სამედიცინო ცენტრი (ქუთაისი): ონკოლოგი სოფო ბაძგერაძე.
3. მედცენტრი (ბათუმი): ონკოლოგები: მემედ ჯინჭარაძე, ხათუნა შოთაძე, ნინო სემიონოვა, ქეთი ასანიძე, რადიოლოგები: ციცინო გოქვაძე, სულიკო ჯიჯავაძე, მაია ირემაძე; არქივის გამგე ხათუნა თავართქილაძე;
4. ნეო მედი (თბილისი): ონკოლოგები თამარ ჩანახჩიდი, ლიკა მოქია, ნია შავდია. არქივის გამგე ნაზი ბიბიჭაძე;
5. სხივური მედიცინის ცენტრი: რადიოლოგები ირაკლი ზუმბაძე, გიორგი ორკოდაშვილი.
6. კლინიკა ავერსი (თბილისი): ონკოლოგი ნინო მჭედლიძე, მენეჯერი სალომე ჩაგანავა.
7. თსსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა (თბილისი): ონკოლოგი ირაკლი კობხრეიძე, მალხაზ ბარკალაია, ნინო ჩხეიძე;
8. პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტები: ეკა აბზიანიძე, ეკა თოდაძე, თამუნა ბულია, ლადო ფანცხავა, გურანდა აბუაშვილი, პროფ. ხათუნა ჭაავა, პროფ. ნინო გეგეშიძე, მიხეილ ჩხაიძე, ლევან ბაბუხაძია, თამარ ლეთოდინი, გიორგი მოდებაძე, გალაქტიონ ტაბიძე, ნაზი ბარიშვილი, ნინო ლაგაზაური.
9. კლინიკური ონკოლოგიის ინსტიტუტი: ონკოლოგი: გიორგი მეტივიშვილი.
10. რაიონოლოგი/ოჯახის ექიმები: მედეა ნაჭყებია (თბილისი), თამარ ხაცკავაძე (სამტრედია), მარიამ თვალავაძე (მარტვილი), ზაზა ჭიპაშვილი ლადო ფანცხავა,

(რუსთავი), ირინა ფოჩხუა (ზუგდიდი), მერაბ ერემეიშვილი, მაია გონგლაძე, მამუკა მიქაძე (ქუთაისი), ლალი ქავთარაძე (დუშეთი), ზეიკო მგელიაშვილი.

დანართი N 17.

ქრონიკული ტკვილის შეფასების ტესტი

| ტკვილის მახასიათებლები | პასუხი | პასუხი | პასუხი | პასუხი |
|--|--------|--------|--------|---------|
| ტკვილის დაყუჩების წინ თუ ადგენთ პათოფიზიოლოგიურ ტიპია | დიახ | ზოგჯერ | არა | არ ვიცი |
| მორფინის ნახევარ დაშლის პერიოდია იყენებთ თუ არა ტკვილის მართვის სამსაფეხურიან სქემას | 4 სთ | 3 სთ | 2 სთ | არ ვიცი |
| თუ იყენებთ ტკვილის ვიზუალური ანალოგიის ან რიცხობრივ შეფასებას | დიახ | ზოგჯერ | არა | არ ვიცი |
| ოპიოიდის დანიშვნის წინ ადგენთ თუ არა ტკვილის გამომწვევ მიზეზს | დიახ | ზოგჯერ | არა | არ ვიცი |
| იცი თუ არა ტკვილის ადექვატური დოზის შერჩევა | დიახ | ზოგჯერ | არა | არ ვიცი |
| იცი თუ არა ოპიოიდების გვერდითი ეფექტები და მათი მართვა | დიახ | ზოგჯერ | არა | არ ვიცი |